

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

CRISTIANE RIBEIRO

**ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
EM SAÚDE EM UMA REGIÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO**

**SÃO CARLOS
2016**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

CRISTIANE RIBEIRO

**ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
EM SAÚDE EM UMA REGIÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, como um dos requisitos para obtenção do título de mestre em ciências da saúde.

Linha de pesquisa: **Trabalho e gestão em saúde e enfermagem.**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cássia Irene Spinelli Arantes.

**SÃO CARLOS
2016**

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar
Processamento Técnico
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

R484a Ribeiro, Cristiane
 Análise da implementação da política de educação
 permanente em saúde em uma região do estado de São
 Paulo / Cristiane Ribeiro. -- São Carlos : UFSCar,
 2016.
 146 p.

 Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de
 São Carlos, 2016.

 1. Educação permanente em saúde. 2. Atenção básica à
 saúde. I. Título.



Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a defesa de dissertação de mestrado do(a) candidato(a) **CRISTIANE RIBEIRO** realizada em 22/08/2016

Profa. Dra. Cássia Irene Spinelli Arantes - PPGE_{nf}/UFSCar

Profa. Dra Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia-Bava – FMRP/USP

Profa. Dra. Maria Lúcia Teixeira Machado – DEnf/UFSCar

Certifico que a sessão de defesa foi realizada com a participação à distância do **Profa. Dra Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia-Bava** e, depois das arguições e deliberações realizadas, o participante à distância está de acordo com o conteúdo do parecer da comissão examinadora redigido no relatório de defesa do(a) aluno(a) **CRISTIANE RIBEIRO**

Profa. Dra. Cássia Irene Spinelli Arantes
Presidente da Comissão Examinadora
(PPGE_{nf}/UFSCar)

DEDICATÓRIA

A Deus, minha família e orientadora pelo apoio, companheirismo, força, e incentivo. Sem eles nada disso seria possível.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me abençoar com saúde, força e coragem para enfrentar a caminhada e superar as dificuldades.

Aos meus pais Aristeu e Shirley minha eterna gratidão por tudo que fizeram por mim ao longo da vida. Sempre estiveram ao meu lado, me apoiando e acreditando em minha capacidade e potencial. Agradecida pela alegria, carinho, amparo, paciência e atenção sem reservas, e pelo amor que me levou a direção correta e me ensinou a ter fé na vida.

Aos meus irmãos Luciana e Gustavo, que sempre me deram forças para continuar mais essa etapa de minha caminhada. Somos tão diferentes, mas tão complementares. Sou grata a minha linda sobrinha Victória, minha fonte de energia, alegria e motivação para sempre seguir em frente.

À minha família, muito obrigada a todos pela compreensão, confiança, apoio e boas energias, sei que todos de algum modo contribuíram em minha formação.

Um agradecimento especial à sempre presente orientadora professora Cássia Arantes, pela disponibilidade, dedicação, incentivo e colaboração. Por acreditar e valorizar à saúde coletiva, por confiar na minha competência, pela amizade, cuidado, e sobretudo sua escuta e paciência em todos os momentos. Minha gratidão!

À professora Maria do Carmo Caccia-Bava pela delicadeza e contribuição dedicada a este trabalho.

À professora Maria Lúcia Teixeira Machado pela capacidade de análise e valiosas reflexões a este trabalho.

À minha amiga e companheira de trabalho de anos e anos, Mônica Vilchez, que contribuiu para meu crescimento pessoal e profissional. Com você percebi que o aprendizado é uma construção diária permeada de afetos. Nessa caminhada acadêmica esteve sempre presente, e por inúmeras vezes ofereceu-me reflexões, compreensão, tranquilidade, escuta, cumplicidade, compartilhamento, incentivo e suporte para a conclusão desta pesquisa. Sempre serei muito grata por tudo que vivemos no trabalho. Foi um bom tempo!

Às queridas amigas Alana, Maria Teresa, Mary Cristina e Sonia, minha gratidão pela força, carinho, amizade, incentivo e por não terem me deixado desistir. Pela convivência extrovertida, constantes trocas de experiências e conhecimentos, enfim, pelo apoio nessa trajetória contribuindo com a minha caminhada de vida e pela certeza de que vale a pena investir sempre.

Aos amigos do grupo de pesquisa PPSUS, pelo acolhimento, disponibilidade, compartilhamento, atenção e principalmente pelo ambiente acadêmico aberto ao pensamento crítico e ao debate de ideias. O meu reconhecimento e gratidão.

Ao Departamento Regional de Saúde de Araraquara (DRSIII), o qual fez parte da minha formação profissional, onde muito aprendi. Sinto-me grata pelas vivências na gestão estadual, junto aos trabalhadores e gestores municipais de saúde. Todos fizeram parte desta importante etapa da minha vida. Meus sinceros agradecimentos.

Aos professores e colegas do PPGEnf, agradeço pela convivência e aprendizagem, todos de alguma maneira contribuíram com o meu percurso e com esta dissertação.

Por fim, a todas as pessoas que estiveram ao meu lado, respeitando-me, desejando que tudo terminasse bem, e contribuindo para a concretização desta dissertação, estimulando-me intelectual e emocionalmente. Os meus mais profundos sentimentos de gratidão!

*“A utopia está lá no horizonte.
Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos.
Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos.
Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei.
Para que serve a utopia?
Serve para isto: para que eu não deixe de caminhar.”*
Eduardo Galeano

RESUMO

O objeto desta investigação é analisar como se dá o processo de implementação da política de Educação Permanente em Saúde (EPS) em uma região do estado de São Paulo, partindo do pressuposto de que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem responsabilidade na ordenação e formação de Recursos Humanos – RH para área da saúde, e ainda está distante de uma formação profissional e de reorganização dos processos de trabalho de modo a promover transformação e reorientação dos modelos de atenção, cuidado e gestão. Trata-se de um estudo de caráter exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa, cujo objetivo principal é analisar por meio da pesquisa documental, documentos públicos dos municípios relativos às ações de EPS, destacando a implantação e implementação da EPS nos territórios do Departamento Regional de Saúde III – DRSIII Araraquara/São Paulo. A análise foi orientada pelo referencial teórico da EPS e Atenção Básica à Saúde (ABS), e os resultados da pesquisa foram apresentados em forma de categoria. Foram identificados documentos norteadores como os Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) e os Mapas da Saúde, que foram submetidos a técnica de análise documental de conteúdo temática, possibilitando identificar o modo como as ações de EPS estão sendo implementadas em uma região do estado de São Paulo. A partir da análise qualitativa dos dados, os resultados foram organizados e apresentados por região de saúde, com a caracterização de cada região, bem como as necessidades e proposições apontadas nos PAREPS das regiões de saúde no período de 2008 a 2015. Por meio das análises apreende-se que a EPS pode ser considerada uma “estratégia” de gestão e intervenção que propõe a revisão das práticas de gestão, atenção, formação dos trabalhadores e participação social numa perspectiva crítico-reflexiva, articulando a formação ao mundo do trabalho, e favorecendo a aprendizagem significativa, em um processo de aprendizagem que produza sentidos e significados, de modo a contribuir com a transformação social da realidade.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, Atenção Básica à Saúde

ABSTRACT

The object of this research is to analyze how the process of actions implementation of Permanent Education in Health (EPS) works in a region of São Paulo, on the assumption that the Unified Health System (SUS) has responsibility for ordering and training Human Resources - HR for health. In addition, it is still far from a professional training and working process reorganization to promote transformation and reorientation of attention, care and management models. This is an exploratory-descriptive study of qualitative approach, whose main objective is to analyze through documental research, public documents of the municipalities relating to EPS actions, emphasizing the EPS deployment and implementation in the territory of the Regional Health Department III - DRSIII Araraquara / São Paulo. The analysis was guided by the theoretical reference of EPS and Primary Health Care (ABS), and the results were presented by categories. The guiding documents such as the Regional Action Plan for Permanent Education in Health (PAREPS) and the Health Maps were identified, and submitted to documental analysis with thematic content technique, which enabled to identify how the EPS actions is being implemented in a region of the state of São Paulo. Based on qualitative analysis, the results, organized and presented by health region, show their characterization as well as the needs and proposals identified in each PAREPS within the period of 2008 to 2015. Through the analysis, it is apprehended that the EPS can be considered a “management and intervention strategy” that suggests a revision of management, attention, training workers and social participation practices in a critical and reflective perspective, making articulations between training and the working world, and, supporting significant learning, in a learning process that could produce senses and meanings in order to contribute to the social transformation of reality.

Keywords: Permanent Education in Health, Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------------|---|
| ABS | Atenção Básica à Saúde |
| AME | Ambulatório Médico de Especialidades |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CIES | Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço |
| CIR | Comissões Intergestores Regionais |
| CMS | Conselho Municipal de Saúde |
| CNS | Conferência Nacional de Saúde |
| CONASEMS | Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde |
| CONASS | Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde |
| CS | Conselho de Saúde |
| DEGES | Departamento de Gestão da Educação na Saúde |
| DRS III | Departamento Regional de Saúde de Araraquara |
| EPS | Educação Permanente em Saúde |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| OPAS | Organização Pan-Americana de Saúde |
| PACS | Programa de Agente Comunitário de Saúde |
| PAREPS | Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde |
| PMAQ | Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica |
| PMS | Plano Municipal de Saúde |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PNEPS | Política Nacional de Educação Permanente em Saúde |
| PNH | Política Nacional de Humanização |
| RH | Recursos humanos |
| RS | Região de Saúde |
| RRAS | Redes Regionalizadas de Assistência à Saúde |
| SF | Saúde da Família |
| SMS | Secretaria Municipal de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| FIGURA 1 – Mapa da Região do DRSIII Araraquara..... | 49 |
|---|----|

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|-----|
| QUADRO 1 – Necessidades e proposições da Região Central no PAREPS de 2008 e 2009..... | 76 |
| QUADRO 2 – Necessidades e proposições da Região Central no PAREPS de 2010 | 77 |
| QUADRO 2 – Necessidades e proposições da Região Central no PAREPS de 2010 | 78 |
| QUADRO 3 – Necessidades e proposições da Região Central no PAREPS de 2011..... | 79 |
| QUADRO 4 – Necessidades e proposições da Região Central no PAREPS de 2012..... | 80 |
| QUADRO 5 – Necessidades e proposições da Região Central no PAREPS de 2013..... | 81 |
| QUADRO 5 – Necessidades e proposições da Região Central no PAREPS de 2013..... | 82 |
| QUADRO 6 – Necessidades e proposições da Região Central no PAREPS de 2014..... | 83 |
| QUADRO 7 – Necessidades e proposições da Região Central no PAREPS de 2015..... | 84 |
| QUADRO 8 – Necessidades e proposições da Região Centro Oeste no PAREPS de 2008 e 2009.. | 86 |
| QUADRO 9 – Necessidades e proposições da Região Centro Oeste no PAREPS de 2010 | 87 |
| QUADRO 10 – Necessidades e proposições da Região Centro Oeste no PAREPS de 2011..... | 88 |
| QUADRO 11 – Necessidades e proposições da Região Centro Oeste no PAREPS de 2012..... | 89 |
| QUADRO 12 – Necessidades e proposições da Região Centro Oeste no PAREPS de 2013..... | 90 |
| QUADRO 13 – Necessidades e proposições da Região Centro Oeste no PAREPS de 2014..... | 91 |
| QUADRO 14 – Necessidades e proposições da Região Centro Oeste no PAREPS de 2015..... | 92 |
| QUADRO 15 – Necessidades e proposições da Região Coração no PAREPS de 2008 e 2009..... | 93 |
| QUADRO 15 – Necessidades e proposições da Região Coração no PAREPS de 2008 e 2009..... | 94 |
| QUADRO 16 – Necessidades e proposições da Região Coração no PAREPS de 2010..... | 95 |
| QUADRO 17 – Necessidades e proposições da Região Coração no PAREPS de 2011..... | 96 |
| QUADRO 17 – Necessidades e proposições da Região Coração no PAREPS de 2011..... | 97 |
| QUADRO 18 – Necessidades e proposições da Região Coração no PAREPS de 2012..... | 97 |
| QUADRO 19 – Necessidades e proposições da Região Coração no PAREPS de 2013..... | 99 |
| QUADRO 20 – Necessidades e proposições da Região Coração no PAREPS de 2014..... | 100 |
| QUADRO 21 – Necessidades e proposições da Região Coração no PAREPS de 2015..... | 101 |
| QUADRO 22 – Necessidades e proposições da Região Norte no PAREPS de 2008 e 2009..... | 102 |
| QUADRO 23 – Necessidades e proposições da Região Norte no PAREPS de 2010..... | 103 |
| QUADRO 24 – Necessidades e proposições da Região Norte no PAREPS de 2011..... | 104 |
| QUADRO 25 – Necessidades e proposições da Região Norte do PAREPS de 2012..... | 105 |
| QUADRO 26 – Necessidades e proposições da Região Norte do PAREPS de 2013..... | 106 |
| QUADRO 27 – Necessidades e proposições da Região Norte do PAREPS de 2014..... | 107 |
| QUADRO 28 – Necessidades e proposições da Região Norte do PAREPS de 2015..... | 108 |

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| APRESENTAÇÃO | 14 |
| 1 INTRODUÇÃO | 17 |
| 1.1 Objetivo geral..... | 20 |
| 1.2 Objetivos Específicos | 20 |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL | 21 |
| 2.1 Educação Permanente em Saúde..... | 21 |
| 2.2 Atenção Básica à Saúde..... | 40 |
| 3 PRESSUPOSTOS E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS | 47 |
| 3.1 Tipo de Estudo | 47 |
| 3.2 Fonte de dados..... | 51 |
| 3.3 Cenário de estudo..... | 51 |
| 3.4 Análise dos dados..... | 52 |
| 4 RESULTADOS | 56 |
| 4.1 Caracterização das Regiões de Saúde do DRSIII Araraquara | 56 |
| 4.1.1 Região de Saúde Central | 56 |
| 4.1.2 Região de Saúde Centro Oeste..... | 60 |
| 4.1.3 Região de Saúde Coração | 65 |
| 4.1.4 Região de Saúde Norte | 70 |
| 4.2 Necessidades e proposições apresentadas no PARESP das regiões de saúde do DRSIII Araraquara..... | 75 |
| 4.2.1 Necessidades e proposições da Região de Saúde Central | 75 |
| 4.2.2 Necessidades e proposições da Região de Saúde Centro Oeste | 85 |
| 4.2.3 Necessidades e proposições da Região de Saúde Coração..... | 92 |
| 4.2.4 Necessidades e proposições da Região de Saúde Norte | 101 |
| 5 DISCUSSÃO | 109 |
| 5.1 Análise histórica das necessidades e proposições apresentadas nos PAREPS das diferentes regiões de saúde | 109 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 128 |
| REFERÊNCIAS | 130 |
| APÊNDICE | 145 |

APRESENTAÇÃO

Reconstruir o caminho que venho percorrendo em minha trajetória profissional possibilitou-me, refletir o que sou hoje e também delinear a busca para o meu autoconhecimento. Essa trajetória provocou-me emoções levando-me a refletir e avaliar todo o meu processo de amadurecimento, o meu trabalho no SUS, as minhas ações concretizadas e também o muito que ainda almejo realizar.

Iniciei minha vida e meu trabalho na saúde, quando ingressei no curso de graduação de Fonoaudiologia na Universidade de Franca, concluído o curso, prestei o concurso para ser estagiária no setor de Fonoaudiologia, do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, no qual fui admitida e comecei minha vida profissional na assistência, no serviço público, contudo o estágio teve a duração de apenas um ano. Acabara o estágio e a ânsia para o ingresso no mercado de trabalho era imensa, o que me levou a atuar em uma clínica particular de audiologia clínica. Neste momento, pude perceber que o caminho que desejava era o que envolvia as questões de saúde coletiva e políticas públicas de saúde.

Em 2002 fui aprovada no concurso público do município de Descalvado/SP. Nesse momento, deparei-me com escolhas, dúvidas, perdas, ganhos, mudanças pessoais e profissionais, novas motivações, desejos de novos aprendizados. Instigada por este desafio, fui para Descalvado e implantei o Serviço de Fonoaudiologia, na Diretoria Municipal de Saúde e, a partir deste momento, conheci de fato uma das políticas públicas mais inclusivas e encantadoras deste país, o Sistema Único de Saúde, o SUS.

O tempo em Descalvado trouxe-me novas perspectivas para ampliar meus conhecimentos e minha atuação profissional. Os anos vivenciados na rede de atenção à saúde de Descalvado foram marcantes para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Sempre buscando novos conhecimentos e possibilidades de aprendizagem, aproveitei com muito afinco as oportunidades de formações, e fiquei bastante contente quando fui indicada e designada pela Diretoria Municipal de Saúde de Descalvado, para ser a representante do município no curso de Formação de Facilitadores em Educação Permanente em Saúde, oferecido pelo Ministério da Saúde (MS), na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz

(ENSP/FIOCRUZ). Acredito que a oportunidade de participar desse curso, foi um marco muito significativo na minha história dentro do SUS. A partir da formação de facilitadores em Educação Permanente em Saúde (EPS) pude ressignificar as minhas concepções sobre os princípios e diretrizes do SUS, os processos de trabalho e tudo que implica a produção de sujeitos, bem como, aprender a aprender no cotidiano do trabalho em saúde. Concomitantemente, comecei a estimular e desenvolver rodas de conversa no município de Descalvado e, juntamente com a gestão, constituímos uma equipe multiprofissional de EPS para pensar, analisar, desenvolver e acompanhar as atividades de EPS no município.

Essa prática desvelou as dificuldades que nós trabalhadores de saúde temos em quebrar os paradigmas da educação e do trabalho conservador, pois em diversos momentos observei que os trabalhadores não reconhecem que o conhecimento e a aprendizagem se desenvolvem por meio de um processo de desconstrução, construção e reconstrução da práxis.

As rodas de conversas, os momentos vivenciados e os caminhos percorridos em Descalvado me possibilitaram uma reflexão mais crítica sobre como se dá o trabalho nos coletivos e o processo de aprendizagem no cotidiano das práticas e me motivou a buscar novos processos educativos que possibilitassem a construção e a transformação destas realidades.

Após alguns anos em Descalvado, fui convidada pela diretora do Departamento Regional de Saúde de Araraquara - DRS III, para compor a equipe de gestão do Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQ-SUS), no núcleo de EPS. Assumi o trabalho no CDQ-SUS com imensa satisfação, esse espaço me proporcionou muitos sentimentos, afetos, novas descobertas, aprendizado, inovação e criação de novos modos de subjetivação e produção de novas aprendizagens.

Trabalhar no CDQ-SUS, foi algo quase que indescritível, foi um marco no meu percurso de formação pessoal e profissional, me proporcionou oportunidades de crescimento e novos desafios. A partir da gestão estadual, tive a oportunidade de aprimorar e transformar meus conhecimentos, fazer vários cursos, participar de muitos bons encontros e conhecer professores, pesquisadores e trabalhadores que defendem e lutam pela saúde coletiva e um SUS de qualidade para todos.

Com a gestão do CDQ-SUS e eu como trabalhadora do Núcleo de EPS, desenvolvemos atividades e ações de apoio a formação e qualificação dos trabalhadores da ABS, com o grupo de articuladores municipais de EPS e apoiadores de humanização. Construímos diversos projetos de EPS para gestores, trabalhadores e usuários SUS.

Frente às vivências e experiências da minha trajetória e prática profissional, deparei-me com questionamentos, desafios, movimentos constantes de reflexão e a sede de conhecimentos estruturados e, assim, bastante mobilizada, ingressei no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), tendo como objeto de pesquisa a EPS.

No decorrer das disciplinas, comecei a pensar em alguns projetos de pesquisa, fui juntamente com minha orientadora esboçando questões de pesquisa, o que resultou no delineamento dessa pesquisa, a qual analisa a implementação da EPS em uma região do estado de São Paulo.

Minha escrita inicia-se pela introdução do tema EPS como política estratégica para a formação e qualificação para o SUS, cujo objetivo é analisar e transformar os processos de trabalho, assim como formar e qualificar os trabalhadores do SUS. Em seguida, delimitamos o objetivo geral e os objetivos específicos e posteriormente, foi abordado o referencial teórico conceitual da EPS e ABS com seus princípios norteadores.

Na sequência, foram apresentados os pressupostos e procedimentos metodológicos, com destaque para a pesquisa documental, instrumento metodológico que possibilitou a análise histórica dos Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS). A partir da análise dos documentos, foi possível caracterizar as quatro regiões de saúde, assim como suas necessidades e proposições relativas a EPS. Essa dissertação encerra-se com algumas impressões e reflexões nas considerações finais.

1 INTRODUÇÃO

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 1986 foi um marco histórico para a formulação do SUS no Brasil, e apresentou um conjunto articulado de proposições para a área de RH em saúde (MARQUES; EGRY, 2011). Os processos de formação de RH para o setor público de saúde estiveram presentes no cenário político de discussão e concepção do SUS o que resultou na inclusão da atribuição da saúde em ordenar e regular a formação dos trabalhadores da área, na Constituição Federal de 1988 (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2012).

Apesar da ordenação da formação de RH na área de saúde estar descrita na Lei nº. 8080/90 como responsabilidade do SUS, a organização da formação e do trabalho em saúde ainda está distante do mesmo, com fragmentação dos saberes em campos profissionais, promovendo a divisão social do trabalho e a dificuldade do trabalhador de saúde em compreender seu papel de agente na relação entre os serviços, seu processo de trabalho e as necessidades de saúde da população (FERLA et al., 2013).

Ao longo da história, a educação na área da saúde seguiu diferentes lógicas e estratégias educacionais, sendo que a mais utilizada se baseava em regulamentar, enquadrar e controlar todos os gestos e atitudes comportamentais, hábitos e discursos, destruindo ou apropriando-se do modo e uso do “saber”, definido pelas classes dominantes (MESTRINER JUNIOR et al., 2009).

Sendo o SUS o lócus de ordenação e formação, cabe a ele problematizar o trabalho e as organizações de saúde e de ensino, bem como construir significados e práticas com orientação social mediante participação ativa (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Para tal desafio o MS instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento de seus trabalhadores (BRASIL, 2007).

A Educação Permanente (EP) é um dos conceitos pedagógicos adotados no setor da saúde que busca efetuar relações orgânicas entre ensino, ações e serviços de saúde. Agrega aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009).

De acordo com a Portaria GM/MS 1.996 o SUS adotou a EPS como um

conceito pedagógico para adultos trabalhadores da saúde para qualificar os segmentos da gestão, da atenção à saúde e do controle social, com objetivos de desenvolvimento profissional e institucional (BRASIL, 2007).

A EPS é um “movimento” que permite produzir processos de educação no próprio espaço de trabalho, promovendo reflexões sobre como têm se materializado as ações de saúde com vistas a problematizá-las e reconstruí-las por meio de práticas educativas significativas (CECCIM e FEUERWERKER, 2004). Constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente (CECCIM, 2005).

Ressalta-se a importância da EPS e o seu potencial de reorientação das práticas de saúde, as melhorias na gestão, a humanização dos serviços, dentre tantos outros benefícios que nascem a partir da inserção da EPS ao mundo do trabalho em saúde (SANTOS e COUTINHO, 2014).

Em acordo com a Política Nacional de EPS encontra-se a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) publicada em 2012, que expressa uma dimensão imediatamente vinculada à organização interna do trabalho, que se refere à gerência democrática, ao trabalho em equipe, à definição de território, à integralidade do cuidado, ao vínculo e à responsabilização com a comunidade e com cada usuário. E outra relativa à relação que estabelece com o sistema, quando se refere a seu papel como principal porta de entrada, sua necessária interdependência com outros níveis do sistema de saúde, mas também, com outros setores de políticas sociais, e à sua capacidade de ordenar a rede de atenção à saúde (CASTANHEIRA et al., 2011).

Com vistas à reorientação do modelo assistencial a partir da ABS, o MS implantou em 1994, o que atualmente é denominada de Estratégia de Saúde da Família (ESF), considerando-a como eixo estruturante da atenção à saúde (BRASIL, 2006). A ESF é compreendida como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da ABS por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da ABS, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

Nos últimos anos, com o alcance de uma cobertura estimada de mais

da metade da população brasileira pela ESF e uma cobertura populacional por outros modelos de ABS, a qualidade da gestão e das práticas das equipes de ABS tem assumido maior relevância na agenda dos gestores do SUS. Nesse sentido, o MS propõe iniciativas centradas na qualificação da ABS e, entre elas, destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (BRASIL, 2012).

O PMAQ foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011 e tem como objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da ABS, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, propiciando maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à ABS (BRASIL, 2012).

O sucesso do PMAQ está condicionado à sua capacidade de mobilizar os atores locais em prol da mudança das condições e práticas de atenção, gestão e participação orientadas por diretrizes pactuadas nacionalmente. Depende do fomento de espaços de diálogo, problematização, negociação, gestão da mudança entre equipes, gestores e usuários, com possibilidades de provocar mudanças concretas na realidade cotidiana dos serviços (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Para que haja o redirecionamento do modelo de atenção faz-se necessária a transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho (BRASIL, 2012). Nesse sentido, a EPS, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser vista também como importante “ferramenta de gestão”, que tem grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho” (BRASIL, 2012).

Considerando a necessidade de fortalecimento e consolidação da EPS, torna-se relevante olhar para o seu processo de implantação e implementação, a partir do PAREPS e de outros documentos de diagnóstico e planejamento em saúde, como o Mapa da Saúde; sobretudo analisando o planejamento, a reflexão da qualidade de atenção, os processos de trabalho instituídos nas equipes, suas

dificuldades e potencialidades e as análises e experiências que emergem das ações de EPS nas equipes da ABS. Partindo-se deste pressuposto, foram elaboradas as questões de pesquisa: como articuladores de EPS e equipes de ABS analisam suas necessidades e possíveis soluções para a EPS nos seus municípios? Quais ações de EPS as equipes e os articuladores de EPS propõem na ABS? Para responder a essas questões formulamos os seguintes objetivos:

1.1 Objetivo geral

Analisar a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nos municípios que compõem as diferentes regiões de saúde do Departamento Regional de Saúde – DRSIII Araraquara, no período de 2008 a 2015.

1.2 Objetivos Específicos

- Conhecer e analisar as necessidades e proposições apresentadas nos Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde – PAREPS, elaborados anualmente.
- Caracterizar as regiões de saúde e suas necessidades de saúde apresentadas nos Mapas da Saúde.
- Avaliar a relação entre as proposições e os principais desafios para o avanço da EPS nas regiões de saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

2.1 Educação Permanente em Saúde

A expansão do sistema de saúde brasileiro, ocorrida a partir dos anos 1970, e a conseqüente necessidade de desenvolvimento de mão de obra para o setor, bem como os grandes avanços nos setores de prestação de serviços e outros impulsionaram o surgimento de programas de formação, qualificação e capacitação no âmbito dos serviços de saúde (SANTOS; COUTINHO, 2014).

As preocupações com a formação de RH para o setor público de saúde estiveram presentes no cenário político de concepção do SUS, incluindo na Constituição Federal de 1988, a atribuição da saúde em ordenar e regular a formação dos profissionais da área (DIAS, et al., 2012). A 8ª CNS realizada em 1986 foi um marco para a confirmação do SUS e apresentou um conjunto articulado de formulações para a área de RH em saúde (MARQUES; EGRY, 2011).

Atualmente, os desafios de construção do SUS refletem diretamente na necessidade de revisão dos processos de formação profissional e de organização do trabalho em saúde para se promover uma reorientação dos modelos de atenção e das práticas de gestão e cuidado. Neste sentido, nas últimas décadas, muitas iniciativas têm buscado instituir uma política de formação profissional orientada para a integração das práticas de educação, saúde e trabalho, com base na adoção de mecanismos coletivos e interdisciplinares de organização dos serviços e instituições formadoras (NESPOLI; RIBEIRO, 2011).

É sabido e notório que a formação dos profissionais da área da saúde é orientada por uma concepção pedagógica que estabelece o centro das aprendizagens no hospital, hierarquizando os adocimentos em critérios biologicistas, dissociando clínica e política. Faz-se necessário, que os educadores assumam posturas criativas de construção do conhecimento, tendo como referência as necessidades dos usuários, que são extremamente dinâmicas, social e historicamente construídas; e que lutem por um desenho orientado pelas complexidades locais e pela responsabilização dos profissionais e serviços pelo cuidado e pela cura, singular em cada caso ou realidade (CECCIM; FERLA, 2009).

O SUS, pela amplitude que possui, aparece na arena dos processos educacionais de saúde como um lócus privilegiado para o ensino e a aprendizagem, especialmente os lugares de atenção à saúde (MICCAS; BATISTA, 2014).

Em reconhecimento à importância do SUS na função de ordenar e formar seu RH, o MS definiu o conceito de EPS, seja no âmbito nacional, estadual ou regional, como aquela capaz de articular as necessidades dos serviços de saúde às possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, à capacidade resolutiva dos serviços de saúde e à gestão social sobre as políticas públicas de saúde (BRASIL, 2009).

Foi posto em curso no país um processo de construção coletiva de uma política de educação para o SUS. Um enfrentamento complexo dessa política foi optar pela interrupção da compra de serviços educacionais das instituições de ensino para implementar pacotes de cursos; assim como a interrupção de treinamentos aplicados, pontuais e fragmentários que sobrepujam a técnica aos processos coletivos do trabalho; e, também, a não contratação de consultores externos para as análises e formulações da tomada de decisões (CECCIM, 2005).

A implantação do SUS se constitui em um movimento contra hegemônico na atual conjuntura neoliberal, no qual há reflexões teóricas importantes sobre a necessidade de que os profissionais de saúde possuam um saber que extrapole a dimensão técnica e instrumental. No entanto, a formação da maioria dos profissionais atuantes no SUS ocorreu com uma visão centrada na atenção às doenças, muito fragmentada e excessivamente biomédica, o que dificulta o exercício da integralidade e o desenvolvimento da participação das comunidades no cuidado, como proposto pelo SUS (LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU, 2014).

Optou-se por priorizar a educação dos profissionais de saúde como uma ação finalística da política de saúde e não como atividade-meio para o desenvolvimento da qualidade do trabalho. Este é o aspecto original, o diferencial de novidade configurado sob o conceito político-pedagógico da EPS, conceito que resume a política proposta e lhe dá tradução concreta junto dos Conselhos de Saúde, instituições de ensino, associações docente, movimentos sociais, organizações estudantis e representações de trabalhadores (CECCIM, 2005).

O setor da formação dos trabalhadores de saúde historicamente não vinha respondendo a estas necessidades de profissionalização para o setor, em função da inadequação curricular frente à realidade dos serviços, principalmente na

ABS. A articulação para a criação de uma política de RH com vistas à reforma sanitária, priorizando a formação voltada para a cobertura das ações e serviços na ABS, ganhou sustentação teórica a partir da discussão do descompasso da formação com a realidade na saúde (LOPES et al., 2007).

Ao longo dos anos, o setor da saúde no Brasil vem sendo submetido a um significativo processo de reforma de Estado, protagonizado por importantes segmentos sociais e políticos, cuja ação é fundamental à continuidade e ao avanço do movimento pela Reforma Sanitária, bem como para a concretização do SUS. Por essa razão, as várias instâncias do SUS devem cumprir um papel indutor no sentido da mudança, tanto no campo das práticas de saúde como no campo da formação profissional (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A discussão sobre a mudança na estratégia de formação dos trabalhadores de saúde iniciou-se na América Latina anteriormente à implantação da política de EPS no Brasil. A partir da década de 70, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), percebendo a formação inadequada das equipes de saúde frente à realidade dos serviços, introduziu o debate para a construção de um novo modelo pedagógico para a mudança das práticas de saúde (LOPES et al., 2007).

De acordo com os autores Macêdo, Albuquerque e Medeiros (2014) a aprendizagem profissional abrange várias dimensões: a dimensão da aquisição de conhecimento teórico e formal; a dimensão da prática profissional e a dimensão da relação, da troca de experiências e de conhecimento técnico dentro da equipe. Nesse sentido, a educação na saúde precisa considerar essas dimensões no momento de pensar políticas e ofertas de formação e qualificação para o setor.

A busca do conhecimento está relacionada aos modos de emancipação dos trabalhadores e pode ser ligado ao papel da educação no contexto do trabalho por constituir espaços para reflexão, emprego da criatividade e inovação para reconfigurar as práticas de saúde. Assim, o agir comunicativo será fundamental para possibilitar avanços na direção emancipatória, por meio de uma atitude consensual orientada ao entendimento (SILVA, PEDUZZI, 2011).

A EPS é um dos conceitos pedagógico utilizado no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde, tendo sido ampliada, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, e, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (BRASIL, 2009). Processos pedagógicos ancorados na EP visam à

construção do saber do indivíduo com base no estímulo ao ato reflexivo, tornando o sujeito ativo nas transformações da sociedade (DANIEL; SANDRI; GRILLO, 2014).

Reconhecer que a educação é inerente à organização do trabalho em saúde, não configura um único e homogêneo entendimento das práticas, mas remete para duas concepções distintas de educação e de organização do trabalho em saúde ou modelo assistencial. A primeira é a educação comunicativa, emancipatória com organização do trabalho orientada para a integralidade, trabalho em equipe, gestão comunicativa e participativa. A segunda é a educação instrumental, tradicional com a organização do trabalho orientada pelo modelo biomédico hegemônico, cujo foco é a remissão de sintomas, o trabalho individualizado por profissional e a gestão taylorista e fordista (SILVA; PEDUZZI, 2011).

Para Ceccim (2005) colocar a EPS na ordem do dia para o SUS pôs em evidência o trabalho da saúde, um trabalho que requer: trabalhadores que aprendam a aprender; práticas cuidadoras; intensa permeabilidade ao controle social; compromissos de gestão com a integralidade; desenvolvimento de si, dos coletivos, institucional e político da saúde, além da implicação com as práticas concretas de cuidado às pessoas e às coletividades, no ensino e na produção de conhecimento.

A EPS constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Há necessidade, entretanto, de descentralizar e disseminar sua capacidade pedagógica entre seus trabalhadores; entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores e gestores com os formadores e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde. Esta ação nos permitiria constituir o SUS verdadeiramente como uma rede-escola (CECCIM, 2005).

A proposta da política nacional do MS foi a de que os processos de formação dos trabalhadores da saúde se dariam por meio da EPS, desenvolvida com bases locais, transformando toda a rede de gestão e de serviços em ambientes-escola (MACÊDO; ALBUQUERQUE; MEDEIROS, 2014).

A política nacional de EPS foi instituída como estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento de seus trabalhadores. Agrega aprendizado, reflexão

crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva (BRASIL, 2004; BRASIL, 2007).

Ao colocar o trabalho na saúde sob a luz da EPS, a informação científica e tecnológica, a informação administrativa setorial e a informação social e cultural podem contribuir para colocar em evidencia os “encontros rizomáticos” que ocorrem entre ensino, trabalho, gestão e controle social em saúde, carregando consigo o contato e a permeabilidade às redes sociais que tornam os atos de saúde mais humanos e de promoção da cidadania (CECCIM; FERLA, 2009).

Aproximar a educação da vida cotidiana é fruto do reconhecimento do potencial educativo da situação de trabalho; ou seja, que no trabalho também se aprende. A proposta da EPS prevê transformar as situações diárias em aprendizagem, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o próprio processo de trabalho no seu contexto intrínseco. Esta perspectiva, centrada no processo de trabalho, não se limita a determinadas categorias profissionais, mas a toda a equipe e as variantes de atores que formam os grupos envolvidos na produção da atenção e gestão da saúde (BRASIL, 2009).

Cada ator envolvido tem potencialidades na estruturação de estratégias para mudanças das situações problemáticas dos serviços de saúde. Sabe-se que muitos profissionais não são protagonistas, o que faz repensar em novas possibilidades de sensibilizá-los e conscientizá-los e, de certa forma, compreender quais os motivos que fazem qualificar seus processos de trabalho. Sendo assim, é relevante que todos os profissionais estejam engajados com a proposta da política nacional de EPS (STROSCHEIN; ZOCCHÉ, 2012).

Trabalhar o processo de aprendizagem de diferentes atores torna-se um desafio, principalmente quando se considera que as pessoas têm diferentes formas de pensar e valores agregados à sua história de vida, fato que deve ser levado em conta quando se pretende estabelecer mudanças, sejam elas relacionadas ao conhecimento, atitudes e habilidades (BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA, 2012).

É importante que a educação esteja incorporada no cotidiano de trabalho em saúde por sua característica de serviço cujo trabalho se realiza por meio do encontro entre sujeitos-trabalhadores e usuários (SILVA; PEDUZZI, 2011).

Como consequência, educar torna-se o reinventar e a reconstrução do conhecimento de forma personalizada, transpondo o mero preparo de mão de obra

para o mundo globalizado, buscando a capacitação do profissional, um transformador da realidade, um reavaliador crítico. Esta condição favorece uma redescoberta do indivíduo, das suas potencialidades, dos seus limites, e, de alguma maneira, subsidia o desenvolvimento de suas capacidades (GUIMARÃES; MARTIN; RABELO, 2010).

É necessário que os profissionais da saúde reservem um espaço para observar a realidade em que estão inseridos, para elencar os problemas das situações de trabalho, bem como suas possíveis estratégias educacionais de enfrentamento, relacionando a teoria com a prática, mediante hipóteses e soluções, rompendo com a reprodução do modelo biomédico, com a ausência da garantia dos princípios e diretrizes do SUS. Mas, para que isso realmente aconteça faz-se necessário substituir a metodologia da transmissão do conhecimento utilizada em diversos cenários para a metodologia da problematização (STROSCHEIN; ZOCCHÉ, 2012).

A EPS é fruto da constatação de que as ações educativas tradicionais, produzem baixo impacto sobre os serviços e ações de saúde, principalmente por não considerarem a experiência prévia, os saberes já acumulados e os anseios dos supostos educandos. As modalidades educativas perpetradas no sistema de saúde, quaisquer que sejam a sua versão, como revisão, atualização, capacitação ou imersão, não têm sido suficientes para despertar nos trabalhadores a criatividade e o desejo de fazer diferente. Um dos motivos diz respeito às mesmas habitualmente desconsiderarem a governabilidade que o trabalhador tem sobre seu trabalho (FRANCO, 2007).

Conforme Merhy (2005) aponta, não é possível sustentar as visões gerenciais que atribuem a baixa qualidade das ações de saúde, à falta de competência dos trabalhadores, e que esta pode ser corrigida à medida que é ofertado cursos pontuais para superar a questão técnica que falta. Partindo desta visão, muitos gestores passam a propor uma diversidade de cursos, que consomem recursos imensos e que não vêm gerando efeitos positivos e mudanças nas práticas destes profissionais.

A EPS diferencia-se por ser uma abordagem que foca os processos educativos para a gestão do trabalho da saúde, a partir da construção de sujeitos ativos, autônomos e éticos. A educação é compreendida como inerente às práticas sociais e como um processo de mediação que pode produzir novas racionalidades

para a saúde, especialmente, pela democratização das relações de poder e dos mecanismos decisórios no âmbito das organizações, instituições e serviços de saúde (NESPOLI; RIBEIRO, 2011).

No sentido de atender as necessidades de formação para o SUS, em setembro de 2003, o MS, por meio de seu Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), apresentou e aprovou junto ao Conselho Nacional de Saúde, a “Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde”, com objetivo de atender aos requisitos citados na NOB/RH-SUS, propondo-se a conquistar relações orgânicas entre as práticas gerenciais e organização da rede, as instituições de ensino, os órgãos de controle social e os serviços de atenção (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A implementação de uma política de formação dos profissionais de saúde que tenha a capacidade de dialogar e interagir com a realidade dinâmica das ações e dos serviços, possibilitando a formação de perfis profissionais éticos e politicamente comprometidos e a garantia de espaços e mecanismos que gerem progressivamente autoanálise e implicação, superando modelos instituídos e efetivando mudanças institucionais, além de desafiador é um grande compromisso (LEMOS; FONTOURA, 2009).

Para a implementação da política nacional de EPS, as três esferas de gestão passam a ter como desafio: descentralizar o debate e a gestão da educação na saúde entre instâncias interinstitucionais e locais, mediante a noção de gestão colegiada; perspectiva que provoca o rompimento de uma gestão da formação verticalmente imposta, com base nas proposições de programas nacionais, ao mesmo tempo que possibilita o protagonismo de todos os envolvidos na gestão da formação dos trabalhadores da saúde (MACÊDO; ALBUQUERQUE; MEDEIROS, 2014).

Diante do exposto, pode-se inferir que o gestor federal, proponente da EPS para o SUS, desencadeou um processo de constituição de uma gestão colegiada para a política. Para o gestor federal do SUS, uma articulação interinstitucional para a EPS com uma gestão colegiada, é capaz de quebrar a regra da verticalidade única e hierarquizada nos fluxos organizativos. Também pode superar a racionalidade gerencial hegemônica e a tradicional concepção de educação por meio de capacitações e treinamentos para pessoal de serviço (CECCIM, FEUERWERKER, 2004). Vale ressaltar que a integração de todos os

processos de capacitação e desenvolvimento de RH, à política de EPS é de responsabilidade conjunta de todos os gestores, respeitando, cada qual, o respectivo âmbito de gestão no SUS (ANDRADE; MEIRELLES; LANZONI, 2011).

A edição da Portaria nº. 198/04, que instituiu a política nacional de EPS, trouxe algumas inovações que representaram rupturas na forma de conceber a formação dos trabalhadores para atuarem no SUS. Dentre essas inovações, destaca a formação percebida como uma política estratégica do governo federal para a formação e o desenvolvimento do conjunto de profissionais da saúde, em vez de mais um programa pontual do MS (MACÊDO; ALBUQUERQUE; MEDEIROS, 2014).

Com a revogação da Portaria nº. 198/04 e instituição da Portaria nº. 1996/07, o MS reafirmou que adotou a EPS como um conceito pedagógico para adultos trabalhadores da saúde para qualificar os segmentos da gestão, da atenção e do controle social, com objetivos de desenvolvimento profissional e institucional, atribuindo-lhe uma característica dialética e geradora de autonomia, derivada da pedagogia freireana. Vale ressaltar que tal portaria evidencia que a condução regional da política nacional de EPS se dará por meio das Comissões Intergestores Regionais (CIR), com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), bem como, traz luz e destaque para as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009).

A principal modificação no âmbito organizacional foi a criação das CIES, que juntamente com as CIR assumiram a responsabilidade pela elaboração do PAREPS e, também, pelo desenvolvimento da política de EPS no espaço de cada região (LIMA, et al., 2010). O PAREPS é para ser utilizado como norteador para as atividades das CIES na construção e implementação de ações e intervenções na área de educação na saúde em resposta às necessidades do serviço (BRASIL, 2009).

A descentralização da gestão do processo de formação e desenvolvimento dos profissionais para uma base local vem na perspectiva de dar autonomia para os municípios e regiões, visando atender às necessidades locais de formação. É possível desta maneira, conhecer problemas locais e desenvolver a capacidade de reflexão de suas ações, dando voz aos outros atores locais,

favorecendo a resposta destes na relação cotidiana com o trabalho dos profissionais na rede de serviços (LOPES et al., 2007).

Ceccim e Feuerwerker (2004) argumentam que a necessária aproximação entre construção da gestão descentralizada do SUS, o desenvolvimento da atenção integral com responsabilidade do conjunto integrado do sistema de saúde e o fortalecimento da participação popular com características de formulação política deliberativa sobre o setor; características fundantes de uma educação em serviço; têm ficado relegadas à condição de produto secundário quando interrogamos as relações entre educação dos profissionais e trabalho no SUS.

A política nacional de EPS explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da atenção integral à saúde e a construção da cadeia do cuidado progressivo à saúde. Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura de um sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatoriais de especialidades e hospitais gerais e especializados, em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados, reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas e necessidades de saúde das pessoas e das populações (BRASIL, 2009).

A integralidade visa tecer uma rede de cuidados que atenda às necessidades dos indivíduos e da população, de forma a garantir um cuidado integral e, ao mesmo tempo, a democratização dos processos de participação social e de decisão política. A integralidade é valorizada como um princípio que implica mudanças nas relações de poder para que, efetivamente, o trabalho seja construído de forma interdisciplinar e rizomática, isto é, ramificado e organizado por conexões que não obedecem a uma ordem hierárquica vertical ou burocrática, mas a uma dinâmica de reciprocidade (NESPOLI; RIBEIRO, 2011).

É importante ressaltar que a articulação educação e saúde encontram-se pautada tanto nas ações dos serviços de saúde, quanto da gestão e das instituições formadoras. Para atingir as metas propostas pelos documentos da OPAS/OMS e MS, é necessário realizar propostas de EPS com trabalhadores dos serviços, professores e profissionais das instituições de ensino a fim de que sejam incorporadas novas mudanças nas estruturas do trabalho e do ensino (MICCAS; BATISTA, 2014).

A educação e o trabalho são práticas sociais, portanto, estão articulados e reconfiguram um ao outro. Ao tomar como objeto de reflexão a educação de trabalhadores inseridos em serviços, ou seja, a educação no trabalho em saúde entende-se que a educação é parte do trabalho (SILVA; PEDUZZI, 2011).

A estrutura teórica que dá sustentação à proposta de EPS articula-se às transformações sociais. Entretanto, observa-se que, ideologicamente, as mudanças dependem de inúmeros fatores para romper com os paradigmas que orientam não para o novo, mas para a estabilização e a reprodução de antigas práticas. A intersecção da EPS, nesse cenário, como estratégia de mudanças, destina-se a transcender a unicidade de práticas tecnicistas e reproducionistas, ao possibilitar a assunção de novas formas de conceber, desenvolver e envolver os sujeitos no processo educativo (SILVA et al., 2011).

Fazendo uma articulação de conceitos e ideias, oriundos de diferentes campos, a EPS indica a plasticidade das práticas e a centralidade dos sujeitos na construção do trabalho e de redes solidárias de inclusão e proteção social. Apresenta-se como uma abordagem político-pedagógica, um discurso, que busca superar as concepções dicotômicas e estabelecer relações sistêmicas, organizadas em rede (NESPOLI; RIBEIRO, 2011).

Ceccim e Feuerweker (2004) apontaram que a formulação dessa política se baseou em ideologias e movimentos de mudança na educação em saúde como resultado de concepções pedagógicas baseadas na pedagogia freireana. Com isso, somos provocados a pensar a EPS como processo de formação, acionador de movimentos de estranhamento, de desacomodação, de questionamento e de implicação, potência para um coletivo diferir de si mesmo e de dobrar novas práticas (CECCIM, FERLA, 2009). A EPS também é entendida como estratégia de gestão, na medida em que possibilita reorganizar a gestão dos serviços e sistemas de saúde a partir da problematização do trabalho, processo permeado pela tensão decorrente da diversidade de interesses das instâncias da gestão, dos trabalhadores e dos usuários (PINTO et al., 2010).

Para que a EPS possa efetivamente acontecer, o trabalho dentro das instituições não deve partir de um organograma de funções hierárquicas na organização e produção dos serviços. A proposta é uma rede comunicante na qual todos os atores sejam protagonistas e a produção do trabalho seja coletiva (LOPES et al., 2007).

Processos de mudanças no SUS, especialmente na atenção à saúde, com base na reorganização do processo de trabalho devem ter como pressuposto a EPS; por se tratar de uma metodologia eficaz para agregar novo conhecimento às equipes e torná-las reflexivas, ativas e protagonistas dos processos produtivos na saúde (FRANCO, 2007).

A educação em serviço é uma proposta apropriada para trabalhar a construção dessas mudanças no sistema, pois permite articular gestão, atenção, ensino e controle social no enfrentamento dos problemas concretos de cada equipe de saúde em seu território geopolítico de atuação (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). A educação em serviço, além de desenvolver habilidades e reflexão-ação, analisa os contextos em que elas podem ser postas em prática e coloca em discussão os bloqueios institucionais, regulatórios, normativos ou cognitivos, necessários para abordar e colocar o conhecimento em ação (BRASIL, 2009).

O processo de mudanças na formação dos trabalhadores de saúde, para ser viável, requer atuar sobre a estrutura das práticas de saúde, articulando, cada vez mais intensa e organicamente, o mundo do ensino com o mundo do trabalho. Trata-se, portanto, de reconhecer o caráter educativo do próprio trabalho e de aproveitar as oportunidades educativas proporcionadas pela organização e pelo desenvolvimento e operação dos serviços de saúde, constituindo-se como base estruturante de um processo político-pedagógico de formação (LEMOS; FONTOURA, 2009).

A EPS pode ser considerada um desdobramento de vários movimentos de mudança na formação dos trabalhadores de saúde. No caso brasileiro, parece haver nos movimentos de mudança da atenção e formação em saúde uma ampla intimidade cultural e analítica com Paulo Freire, no sentido de ter a educação como elemento transformador dos sujeitos em indivíduos com capacidade de refletir, analisar criticamente sobre sua realidade e intervir sobre ela (CARDOSO, 2012).

Refletir sobre as práticas e transformá-las implica um complexo processo de institucionalização e desinstitucionalização, que requer formas de ação coletivas. Em consequência, a instalação ou modificação de uma prática institucional implicará influir não apenas no desenvolvimento de novas habilidades específicas, mas necessariamente colocar os pressupostos e os contextos dos processos em discussão (BRASIL, 2009). A vivência e a reflexão sobre as práticas vividas é que pode gerar o contato com o desconforto, com a indagação e, depois, a

disponibilidade para produzir alternativas de práticas e de conceitos, para enfrentar o desafio de provocar transformações (CECCIM, 2005).

A transformação e qualificação das práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços de saúde e os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, mais do que diretrizes de uma política, são prerrogativas de um Estado democrático (ANDRADE; MEIRELLES; LANZONI, 2011).

A proposta de EPS na perspectiva de transformação ocorre através da articulação entre a teoria e prática realizada pelos sujeitos-trabalhadores, permeada por políticas institucionais que sustentem estas ações. Neste sentido, visualiza-se que as possibilidades de mudanças através das ações de EPS podem constituir-se em formas alternativas de transcender aos modos tradicionais de educação ao preconizar-se atividades educativas inseridas no contexto histórico, social, econômico, político e ético (SILVA et al., 2010).

De acordo com Nespoli e Ribeiro (2011) a EPS prioriza a produção de uma abordagem capaz de ressignificar o trabalho pela sua dimensão micropolítica e subjetiva, rompendo com formas cristalizadas e instituídas de agir. Partindo da realidade, busca ampliar a capacidade de se detectarem problemas reais, buscando soluções adequadas e colaborando com a produção de respostas originais e criativas, bem como apropriadas aos contextos sociais.

Para ocupar o lugar ativo da EPS precisamos abandonar, desaprender o sujeito que somos, por isso mais que sermos sujeitos pelos papéis instituídos, precisamos ser produção de subjetividade, ou seja, o tempo todo abrindo espaço, desterritorializando o comportamento ou e a gestão dos processos de trabalho (CECCIM, 2005).

Conforme Santos e Coutinho (2014), a EPS traz um aspecto inovador nas maneiras de promover a qualificação dos trabalhadores da saúde, uma vez que toma o próprio processo de trabalho como ponto de análise com capacidade de mudança. Tem origem no aprendizado significativo, implicando na estruturação do conhecimento a partir da realidade do próprio ambiente de trabalho. Essa ferramenta promove a qualificação da formação, da gestão, do aprimoramento profissional e do controle social como uma das novas modalidades de reorientação do modelo de atenção à saúde.

Ceccim e Feuerweker (2004) complementam que a EPS é um movimento que permite produzir processos de educação no próprio espaço de trabalho, promovendo reflexões sobre como tem se materializado as ações de saúde, com vistas a problematizá-las e reconstruí-las por meio de práticas educativas significativas. Constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente (CECCIM, 2005).

A constituição de propostas educativas é imprescindível e preponderante para a manutenção de um sistema, e da possibilidade de transcender para formas diferenciadas de associar saber e fazer, em consonância com o momento social, histórico, econômico e político, de promoção dos sujeitos e cidadãos conscientes de que seus compromissos profissionais, pessoais e sociais possam ser efetivados de forma integrativa (SILVA et al., 2011).

A EPS parte do pressuposto da aprendizagem significativa, em que o aprender e o ensinar devem integrar a prática diária dos profissionais da saúde, pois, através desta, refletem sobre as diversas realidades e os modelos de atenção em saúde em que estão inseridos, com o intuito de identificar as situações-problema. Em certas circunstâncias das práticas profissionais, os modelos de atenção em saúde são reproduzidos e não são colocados em discussão entre todos os atores envolvidos (STROSCHEIN; ZOCHE, 2012).

A aprendizagem significativa propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre o processo de trabalho desenvolvido pelas equipes na rede de serviços de saúde. Assim, a mudança das estratégias, da organização e do exercício da atenção à saúde deverá ser construída na prática concreta das equipes, de forma participativa, a partir da problematização do processo de trabalho local (CARDOSO, 2012).

Conforme Ceccim (2005), a aprendizagem significativa se desapegou da implicação ensino-serviço para implicar-se com: a porosidade do ensino à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; a ligação política da formação com a posição de perfis profissionais e de serviços; a introdução de mecanismos, espaços e temas que gerem autoanálise, autogestão e mudança institucional; a introdução de práticas pedagógicas e institucionais que gerem, enfim, processos de pensamento (problematização de instituídos, fórmulas e modelos: disrupturas) e experimentação (em contexto, em ato de vivências).

Para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental que sejamos capazes de dialogar com as práticas e concepções vigentes, que sejamos capazes de problematizá-las não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe, e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde (CECCIN, 2005).

As mudanças que implicam reorganização e mudanças de papéis exigem processos mais coletivos, em que os atores sociais tenham uma participação mais ativa, pensando criticamente sobre suas práticas, ampliando a mobilização em favor das transformações, tanto na educação, como na saúde. A EPS tem como proposta propiciar às pessoas que articulam a mudança um conhecimento mais profundo sobre os processos, oportunidades de trocar experiências, de discutir e de construir coletivamente. A estratégia oportuniza um ambiente mais favorável, mas a mudança concreta se constrói em cada espaço envolvido com a saúde. A potência da proposta está em construir políticas locais e processos de mudança em espaços concretos e propícios para a transformação. O problema está detectado, a estratégia de mudança é coerente com o contexto, o que se busca é colocar em prática a política para construir cenários compatíveis para a mudança (LOPES et al., 2007).

A reflexão sobre o processo de trabalho em saúde, produzida de modo dialógico, coletivo e inclusivo, é pressuposto para a possibilidade de transformação da realidade em questão por meio da práxis. Por conta destas características, as ações de EPS em saúde precisam ser efetivadas também no cotidiano do trabalho e não somente em momentos de capacitação, envolvendo trabalhadores da saúde e controle social (FERRAZ et al., 2013).

O pensar, o planejar e o gerenciar resultam de um processo interativo e, as estratégias de gestão são ações que criam possibilidades de gerenciar os processos de trabalho em saúde em novas direções, inovadoras e democráticas, num todo interdependente, interconectado. Assim, a gestão do trabalho em saúde não pode ser considerada, simplesmente, uma questão técnica, já que envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas (MEDEIROS et al., 2010).

O processo de mudanças na formação dos trabalhadores de saúde, para ser viável, requer atuar sobre a estrutura das práticas de saúde, articulando,

cada vez mais intensa e organicamente, o mundo do ensino com o mundo do trabalho. Trata-se, portanto, de reconhecer o caráter educativo do próprio trabalho e de aproveitar as oportunidades educativas proporcionadas pela organização e pelo desenvolvimento e operação dos serviços de saúde, constituindo-se como base estruturante de um processo político-pedagógico de formação (LEMOS; FONTOURA, 2009).

Na EPS as estratégias de aprendizagem são aquelas ativas, as quais todos são aprendizes e sujeitos do processo. Prevê ainda, o desenvolvimento de trabalho em equipe e realiza-se pela própria equipe no seu cotidiano de trabalho, na qual a premissa desencadeadora é a análise do processo de trabalho em saúde (MISHIMA et al., 2015).

Os processos de EPS necessitam, portanto, serem estimulados no processo formativo, a fim de instigar novas abordagens de intervenção, pelo estímulo a análise crítico-reflexiva e a problematização das práticas de saúde. É um processo contínuo de aprendizagem e transformação, pela capacidade do aprender a aprender ao longo da vida (TAVARES et al., 2014). Na perspectiva da transformação, a EPS transita no sentido contrário ao da reprodução. Na reprodução, procura-se reforçar o instituído, enquanto na transformação, busca-se romper paradigmas que são socialmente aceitos (SILVA et al., 2010).

O SUS requer um contínuo aprimoramento na busca para atender às mudanças constantes que são próprias das dinâmicas sociais. Entre os desafios reconhecidos pela gestão do SUS, a EPS dos trabalhadores assumiu relevância, pois se apresentou como recurso indispensável para ampliar a capacidade de autoavaliação e autogestão, a partir do uso da metodologia problematizadora, que visa reorganizar as práticas a partir das lacunas existentes entre o cenário real e as ideologias do sistema de saúde (MACHADO et al., 2015).

Tomar o cotidiano como lugar aberto à revisão permanente e gerar o desconforto com os lugares “como estão/como são”, deixar o conforto com as cenas “como estavam/como eram” e abrir os serviços como lugares de produção de subjetividade, tomar as relações como produção, como lugar de problematização, como abertura para a produção e não como conformação permite praticar contundentemente a EPS (CECCIM, 2005).

O caráter interativo do trabalho em saúde remete também ao papel do trabalhador como mediador entre as necessidades dos usuários e os saberes

estruturados que fundamentam as intervenções técnicas para adequá-las à especificidade e singularidade de cada demanda. A busca de consensos entre os sujeitos envolvidos no processo de trabalho configura um meio de negociação direcionada a determinado fim, por isso o trabalho em saúde e a educação no trabalho compõem ação instrumental e ação comunicativa (SILVA; PEDUZZI, 2011).

Para Stroschein e Zocche (2012), a problematização é um facilitador da transformação social, fazendo com que os atores envolvidos catalisem o seu olhar de integralidade, de gestão, de educação, de atenção com ética e política, de pesquisa, de inclusão social e de direitos humanos. Problematizar as práticas de saúde no trabalho possibilita a compreensão e busca de nexos no processo de trabalho, cuja compreensão crescente tende a se tornar reflexiva (SILVA; PEDUZZI, 2011).

A problematização é um dos alicerces fundamentais para mudar as práticas de saúde tradicionais, centradas na queixa-conduta, na doença e no tratamento medicamentoso. Mas, a partir das reflexões em coletivos, algumas temáticas, como os princípios e diretrizes do SUS, atenção centrada no coletivo, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, saúde como qualidade de vida de acordo com o cenário e as condições de cada indivíduo e atenção integral à saúde incluindo ações de promoção, proteção, cura e recuperação e articulação da rede, devem ser discutidas e inseridas no processo de trabalho, para dar conta dos nós críticos e das práticas de saúde que não contemplem a atenção integral (STROSCHEIN; ZOCHE, 2012).

É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho em cada serviço de saúde, que são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). É o debate e a problematização que transformam a informação em aprendizagem, e é a EPS que produz grupos de trabalho em coletivos organizados de desenvolvimento de si, do trabalho e da atuação na saúde (CECCIM; FERLA, 2009).

A interação entre os segmentos da formação, da atenção, da gestão e do controle social em saúde deveria permitir a valorização das características locais e as capacidades instaladas, contribuindo para o desenvolvimento das potencialidades existentes em cada realidade e para uma aprendizagem significativa; finalmente, deveria contribuir para desenvolver a autogestão no campo da

educação em saúde (CARDOSO, 2012).

O quadrilátero da formação propõe para a área da saúde: ensino, gestão setorial, práticas de atenção e controle social, a fim construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade, a fim de provocar mudanças, mobilizar caminhos, convocar protagonismos, coletivos e instituições (CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

A integração entre o ensino, os serviços, a gestão setorial e o trabalho no SUS, ao mesmo tempo em que deveria reconhecer a necessidade de disputa pela atualização cotidiana das práticas, segundo as mais recentes abordagens teóricas, metodológicas, científicas e tecnológicas disponíveis, deveria inseri-la em uma necessária construção de relações e de processos que vão desde o interior das equipes em atuação conjunta, implicando seus agentes, até as práticas organizacionais, implicando a instituição e/ou o setor da saúde como um todo, bem como às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, implicando as políticas em que se inscrevem os atos de saúde (CECCIM, 2005).

Para MERHY (2005), a “autoanálise e autogestão dos coletivos” o “trabalho com eixo na integralidade”, bem como os analisadores do quadrilátero da EPS, só terão força se conseguirem atingir a alma do operar ético-político do trabalhador e dos coletivos na construção do cuidado, que é o modo como estes dispõem do seu trabalho vivo em ato, enquanto força produtiva do agir em saúde. O desafio é pensar uma nova pedagogia que usufrua todas as que têm implicado com a construção de sujeitos autodeterminados e comprometidos sócio-historicamente com a construção da vida e sua defesa, individual e coletiva, e que se veja como amarrada a intervenção que coloca no centro do processo pedagógico a implicação ético-político do trabalhador no seu agir em ato, produzindo o cuidado em saúde, no plano individual e coletivo, em si e em equipe (MERHY, 2005).

De acordo com Ceccim e Ferla (2009), a EPS sugere uma ligação orgânica entre o ensino (educação formal, educação em serviço, educação continuada), trabalho (gestão setorial, práticas profissionais, serviço) e cidadania (controle social práticas participativas, alteridade com os movimentos populares, ligações com a sociedade civil). Para esses autores, a EPS seria não apenas uma prática de ensino-aprendizagem, mas uma política de educação na saúde, esforço de nomeação da ligação política entre educação e saúde.

O envolvimento de todos os atores produz a riqueza de saberes, oriundos dos processos de troca de experiências, subjetivações e singularidades de cada ator, que em suas posições diferentes, propõe novos arranjos e conhecimentos (STROSCHEIN; ZOCCHÉ, 2012).

Ceccim (2005) considera que todos e cada um dos que trabalham nos serviços de saúde, na atenção e na gestão dos sistemas e serviços têm ideias, noções e compreensão acerca da saúde e de sua produção, do sistema de saúde e de sua operação e do papel que cada profissional ou cada unidade setorial deve cumprir na prestação das ações de saúde. É a partir dessas ideias, noções e compreensão que cada profissional se integra às equipes ou agrupamentos de profissionais em cada ponto do sistema. É a partir dessas concepções, mediadas pela organização dos serviços e do sistema, que cada profissional opera.

Silva e Peduzzi (2011) constataram em sua investigação que a educação no trabalho vai além da interação entre trabalhadores, gerentes e usuários, pois também contempla o conjunto de saberes técnico-científicos que fundamentam um conjunto de ações de saúde consagradas na atenção às necessidades dos usuários.

A EPS requer que seus atores se sintam convocados à criação, à abertura e ao coletivo. Sob esta perspectiva, somos sempre uma novidade, potência de afetar e ser afetado, caminhando na diversidade, construindo alianças, desconstruindo evidências. O investimento pedagógico é para poder quebrar o que está dado, ampliar as noções de autonomia do outro e constituir espaços criativos e sensíveis na produção da saúde (CECCIM, FERLA, 2009).

Lima; Albuquerque; Wenceslau (2014) a partir de seus estudos recomendam que o aperfeiçoamento das ações de EPS necessita ser trabalhado com a gestão, colocando a política de EPS como prioridade estratégica de reorientação dos serviços e garantindo a escuta dos trabalhadores para os quais essas atividades de EPS são voltadas.

A proposta político-pedagógica da EPS está intrinsecamente ligada à gestão do trabalho e se orienta pelas possibilidades micropolíticas de romper a lógica predominante de organização da atenção e do cuidado na saúde. Toma o trabalho como território de inscrição das práticas de educação e como ponto de problematização, análise e intervenção.

É importante analisar as vivências de EPS, a qual oportuniza a reflexão crítica sobre o processo de trabalho, as percepções sobre as possibilidades e dificuldades existentes, as estratégias, as habilidades e atitudes necessárias aos profissionais, os espaços compartilhados, o trabalho interdisciplinar, a relação com os usuários, as necessidades em saúde, as demandas do serviço, enfim, pode-se apreender como esses profissionais desenvolvem EPS nos processos de trabalho na saúde (STROSCHEIN; ZOCHE, 2012).

Considerando a assistência ao usuário na dimensão da integralidade do cuidado, as necessidades de saúde dos usuários e o levantamento de necessidades de ações educativas de trabalhadores são o núcleo do processo educativo em saúde, e a análise e avaliação posterior são imprescindíveis para identificar o impacto produzido na prática, na qualidade do cuidado em saúde (MONTANHA; PEDUZZI, 2010).

Diversos aspectos podem ser mencionados em relação aos trabalhadores da saúde que reconhecem o espaço de trabalho como um ambiente de formação coletiva por meio da pedagogia da problematização, como a formação acadêmica (antes, durante e após), o 'estar aberto' às discussões em relação aos novos saberes de núcleo e de campo das profissões, refletir sobre as inúmeras produções de conhecimento na área da saúde e de outras áreas que somam e reconstróem o conhecimento e as práticas de saúde, para dar conta dos problemas individuais e coletivos desses serviços (STROSCHEIN; ZOCHE, 2012).

Miccas e Batista (2014) observam a necessidade de articular as experiências e transformações da EPS nos serviços com as mudanças estruturais e pedagógicas das instituições de ensino e formação. As instituições de ensino, da maneira como foram organizadas, em sua maioria desarticuladas da rede de atenção, privavam a capacidade educativa de outros cenários, sobretudo o serviço.

Na perspectiva da educação, estão estabelecidas diretrizes curriculares nacionais para a formação de profissionais de saúde, com perfil e competências orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, possíveis de se realizar a partir de experiências de ensino, desenvolvidas em cenários concretos de prática (ANDRADE; MEIRELLES; LANZONI, 2011).

Para a área da saúde, entretanto, a formação não apenas gera profissionais que possam ser absorvidos pelos postos de trabalho do setor. O trabalho em saúde é um trabalho de escuta, em que a interação entre profissional de

saúde e usuário é determinante da qualidade da resposta assistencial. A incorporação de novidade tecnológica é premente e constante, e novos processos decisórios repercutem na concretização da responsabilidade tecnocientífica, social e ética do cuidado, do tratamento ou do acompanhamento em saúde. A área da saúde requer educação permanente (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Cabe ao SUS e às instituições formadoras coletar, sistematizar, analisar e interpretar permanentemente informações da realidade, problematizar o trabalho e as organizações de saúde e de ensino, e construir significados e práticas com orientação social, mediante participação ativa dos gestores setoriais, formadores, usuários e estudantes (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A EPS, incorporada ao cotidiano da gestão setorial e da condução gerencial dos serviços de saúde, colocaria o SUS como um interlocutor nato das instituições formadoras, na formulação e implementação dos projetos político-pedagógicos de formação profissional, e não mero campo de estágio ou aprendizagem prática (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Por fim, vale destacar o esforço da EPS sobre as questões da ABS, enquanto ferramenta que mobiliza, estimula os trabalhadores a refletir criticamente os processos de trabalho desenvolvidos, ao mesmo tempo que induz a construção coletiva, a inovação das equipes conforme sua realidade e necessidade.

2.2 Atenção Básica à Saúde

Para assegurar os direitos constitucionais em meio a complexidade conjuntural, avançar na consolidação do SUS e materializar suas diretrizes, mudanças foram necessárias, sendo que estas foram decisivas para a implantação de práticas da Atenção Primária à Saúde (APS) / Atenção Básica à Saúde (ABS), nas políticas de saúde do Estado brasileiro (CARDOSO et. al., 2011).

A APS é concebida como uma construção coletiva, que ganha forma e expressão no encontro com os diferentes sujeitos implicados na produção dos cuidados à saúde. A definição da APS/ABS adotada pelo SUS, expressa duas dimensões: uma mais imediatamente vinculada à organização interna do trabalho, quando se refere à gerência democrática, ao trabalho em equipe, à definição de território, à integralidade do cuidado, ao vínculo e à responsabilização com a

comunidade e com cada usuário; e outro, relativo à relação que estabelece com o sistema – quando se refere a seu papel como principal porta de entrada, sua necessária interdependência com outros níveis do sistema de saúde, mas também, com outros setores de políticas sociais, e à sua capacidade de ordenar a rede de atenção à saúde (CASTANHEIRA et al., 2011).

Para Silva e Peduzzi (2011) a ABS/APS tem como foco as necessidades de saúde da população/usuários e busca se organizar na perspectiva da integralidade com a possibilidade do desenvolvimento de espaços de interação nos processos de trabalho em saúde. Na ABS, além do conhecimento do perfil demográfico, epidemiológico e socioambiental da população, a identificação das necessidades seria realizada através da análise da demanda, do conhecimento do território, da comunidade, do vínculo e da relação longitudinal com a população.

De acordo com Magalhães e Pinto (2014) a ABS é a principal porta de entrada do sistema, mas, de outro, ela precisa ainda ser organizada, preparada e empoderada para se tornar a principal ordenadora do acesso à redes de atenção à saúde e para ter condições, tanto de gerir o cuidado do usuário atendido exclusivamente por ela quanto de assumir papel mais importante na coordenação do cuidado quando o usuário percorre a rede de atenção à saúde. Para esses autores o sistema deve ser acolhedor e se responsabilizar pela coordenação do cuidado do usuário, exige que cada serviço deva se organizar e se articular para isto.

A ABS é composta por múltiplos e diversificados objetos de atenção à saúde, abarcando desde o nascimento ao envelhecimento, incluindo a atenção à saúde sexual e reprodutiva, a saúde do trabalhador, a atenção a situações de conflito e violência, o uso abusivo de álcool e outras drogas, o cuidado às condições e agravos crônicos, entre tantas outras condições que compõem a atenção integral à saúde, o que lhe atribui uma complexidade própria (CASTANHEIRA et al., 2016).

O sistema deve ser ordenado em função das necessidades de saúde, individuais e coletivas, da população de um território determinado e a ABS tem papel destacado na identificação, no manejo e na transformação destas necessidades (MAGALHÃES; PINTO, 2014). Outro fator importante para que um usuário busque ABS é justamente a expectativa de que seu problema seja resolvido na própria, ou que a mesma possa ajudá-lo a acessar o serviço que supostamente resolveria seu problema, portanto, ela deve ser também resolutiva na sua função de porta de entrada para outros serviços do sistema (MAGALHÃES; PINTO, 2014).

O reconhecimento das necessidades de saúde e sua íntima relação com a finalidade do trabalho e com os demais elementos constitutivos do processo de trabalho quando operam são atravessados pela concepção de homem e de processo saúde-doença e, também, são conformados por processos históricos e sociais que determinam a organização das práticas de saúde (CARDOSO et al., 2011).

Com vistas à reorientação do modelo assistencial a partir da APS, o Ministério da Saúde (MS) implantou em 1994, o que atualmente é denominada de Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF é compreendida como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica à saúde por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica à saúde, de ampliar a resolubilidade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012). A ESF apresenta-se como eixo estruturante do processo de reorganização do sistema de saúde, baseado na ABS (FERTONANI, 2015).

Identificam-se avanços positivos na consolidação da ESF, principalmente com relação à ampliação do acesso, dos cuidados domiciliares, da atenção à saúde da mulher e da criança, especialmente no pré-natal de baixo risco e puericultura e no cuidado especial com idosos e com as doenças crônicas. Contudo, identifica-se, também, a significativa influência do modelo biomédico hegemônico nas práticas assistenciais e que apesar de existirem propostas e políticas estruturantes de um modelo que rompa com o paradigma biomédico, as dificuldades para sua implementação são significativas (FERTONANI, 2015). Segundo Santos e Bertolozzi (2010) estudo sobre necessidades de saúde evidenciou que os profissionais de saúde ainda focalizam seu olhar na doença, no biológico, o que limita o olhar sobre as necessidades e, em consequência, na satisfação das necessidades.

Nesse sentido uma mudança organizacional na saúde envolve a modificação do foco na cura e reabilitação baseadas em tecnologias médico-centradas, para um foco na promoção da saúde e prevenção baseada em evidências, apoiadas no resgate da relação profissional-paciente e em tecnologias leves e multiprofissionais (SAVASSI, 2012). Para tal modificação, transformação faz-se necessário considerar o escutar, ouvir, falar e conversar como recursos da ABS

indica potencialidade para produzir cuidado na perspectiva da integralidade da atenção, pois para produzir cuidado integral e necessário articular o conjunto das tecnologias duras, leve-duras e leves, sendo que as tecnologias leves operam em todos os momentos da assistência (CARDOSO et al., 2011).

A busca de um modelo assistencial que esteja orientado para a integralidade e às necessidades ampliadas de saúde, em sintonia com os princípios do SUS e que supere os problemas decorrentes da hegemonia do paradigma da biomedicina é um dos grandes desafios do sistema de saúde brasileiro na atualidade. Neste cenário, a ESF se constitui em uma das principais tentativas de superação dos problemas decorrentes do modelo biomédico e também de busca da implementação dos princípios do SUS (FERTONANI, 2015).

Pensar a ABS como coordenadora do cuidado cada vez mais significa investir na autonomia dos usuários; ter equipes que tenham, no diálogo, no fazer pedagógico e na corresponsabilização pelo processo de cuidado, elementos centrais de sua atuação; e, isso tudo, sem perder o compromisso de que cada equipe, serviço e sistema tem que buscar ser o mais responsável possível pela coordenação do cuidado do usuário, mesmo que se invista em sua autonomia e que essa coordenação seja compartilhada entre equipes, serviços e usuários/profissionais (MAGALHÃES; PINTO, 2014).

Embora a ABS seja exigida no seu papel de ordenar o acesso à rede de atenção à saúde e coordenar o cuidado ao longo da linha deste cuidado, dados revelaram que as ABS, ainda não estão organizadas nem empoderadas para estes dois papéis: pouco informatizadas e sem informação suficiente para acompanhar o usuário; têm poucos instrumentos e modos de comunicação com outros profissionais e serviços; não dispõem de normas, fluxos e mecanismos que lhes permitam gerir e decidir o encaminhamento do usuário; têm insuficiência de instrumentos de acompanhamento do usuário quando ele é encaminhado para outro ponto de atenção, e muito menos de acompanhamento da coordenação do cuidado (MAGALHÃES; PINTO, 2014).

Savassi (2012) aponta que faz-se necessário estruturar um sistema gerencial profissional que coordene os instrumentos disponíveis e garanta o planejamento, controle e melhorias de cada um dos processos, e que aplique o conceito de cadeia de valor: uma sequência de processos de produção relacionados entre si, dos insumos (recursos humanos, materiais e financeiros) à produção de

serviços até a distribuição dos serviços ao usuário. Em outras palavras: a rede de saúde deve funcionar como equipe.

Fertonani (2015) resgata o conceito de integralidade, indicando a atenção básica como porta privilegiada de acesso, articulada aos demais níveis de atenção. Prevê a construção de uma rede integrada de serviços de saúde que atenda o conjunto das necessidades de assistência de indivíduos e populações.

A integralidade existe em ato e pode ser demandada na organização de serviços e na renovação das práticas de saúde, sendo reconhecida nas práticas de saúde, sendo reconhecida nas práticas que valorizam o cuidado e que têm em suas concepções a ideia de considerar o usuário como sujeito a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades. Assim, a integralidade é concebida como uma construção coletiva, que ganha forma e expressão no espaço de encontro dos diferentes sujeitos implicados na produção do cuidado em saúde (PINHEIRO, 2009).

A ABS embora mais flexível e menos hierárquica, também se baseia na cooperação, com um forte componente de trabalho em equipe, necessário para a prestação de serviços adequados e sucesso das intervenções (SAVASSI, 2012). A reunião de equipe é o momento de encontro dos seus membros para o planejamento, organização, análise e avaliação crítica dos processos de trabalho (NEVES; MONTENEGRO; BITTENCOURT, 2014).

As perspectivas teóricas e políticas de implementação de um novo modelo assistencial, no Brasil, são desafios que necessitam ser assimilados no cotidiano dos serviços de saúde, pelos profissionais/equipes de saúde, pelos usuários e suas instâncias de controle social e pelos gestores da saúde (FERTONANI, 2015).

Vale considerar que a partir da definição da ESF como coordenadora do cuidado e eixo estruturante de reorganização do sistema, percebeu-se a incorporação de diversas categorias profissionais, bem como a ampliação de outras, na rede de assistência a saúde (CARDOSO et al., 2011). Contudo, o designado “modelo biomédico” tem influenciado a formação profissional, a organização dos serviços e a produção de conhecimentos em saúde (FERTONANI, 2015).

Machado et al., (2015) considerou ainda, a insuficiência dos setores de formação em atender as necessidades de qualificação profissional, de modo que

valorizasse o potencial educativo do trabalho como fonte de conhecimento e local de aprendizagem significativa

A política de EPS deve contribuir para aprimorar o processo de conhecimento e análise da realidade social, bem como aumentar a resolubilidade, a longitudinalidade, a humanização, a coordenação do cuidado e a competência pedagógica (TESSER et al., 2011). Dessa forma, a EPS pode representar um espaço de ressignificação, no qual todos os atores envolvidos assumem importância, visando uma construção coletiva de novos significados do fazer em saúde (D'ÁVILA et al., 2014).

A PNABS organizou ofertas desde a gestão que intencionavam, objetivamente, a aprendizagem, a busca e o uso de informação, a construção cooperativa de saberes ou o desenvolvimento coletivo do conhecimento, a constituição de comunidades de aprendizagem e rodas de debate ou estudo-ação (MAGALHÃES; PINTO, 2014).

Nesse sentido, a EPS e sua assunção pelos gestores locais constituem-se em instrumento privilegiado de ampliação da qualidade da análise da realidade e da construção de ações de promoção da saúde e de cuidado, num contexto de democratização da gestão e das relações de trabalho. Ela poderá contribuir para a superação da visão hierárquica e autoritária dos processos de educação e de trabalho, promovendo um pouco de empoderamento comunitário nos profissionais (TESSER et al., 2011).

Conforme Tesser et al., (2011) há necessidade de estímulo e de apoio institucional para que os profissionais de saúde possam ressignificar seus processos de leitura e de análise da realidade, no sentido de revalorizar a potencialidade que o próprio trabalho e a imersão na realidade dos usuários têm de gerar propostas de ações de promoção da saúde, bem como de terapêutica e prevenção.

Magalhães e Pinto (2014) relatam que percebem o papel cada vez mais importante dos usuários que vêm se responsabilizando e tentando coordenar o seu próprio cuidado, fazendo escolhas entre serviços, construindo pactos e compartilhando informações com diferentes profissionais, mudando fluxos e desenhando caminhos nas redes.

Savassi (2012) considera importante para a ABS, a qualificação da gestão em todos os seus níveis, em especial no local, bem como, uma mudança na qualidade dos gestores do SUS, na relação do gestor com os trabalhadores e

usuários, e na participação ativa dos profissionais da saúde, também usuários e público-alvo dos serviços do SUS.

Os desafios para a qualificação do conjunto dos serviços de ABS, em todo território nacional, precisam ser identificados nas diferentes esferas em que se colocam. Ao lado da superação de questões macropolíticas, há que se superar obstáculos postos na dimensão cotidiana dos serviços, como o trabalho em equipe, a qualidade técnica articulada à humanização das práticas e à comunidade. Entre os diversos desafios postos, a qualidade da atenção realizada na rede de serviços de ABS já existente se apresenta como uma dimensão imediatamente mais próxima da governabilidade de gestores, profissionais e usuários, e que pode impulsionar o enfrentamento das demais dimensões (CASTANHEIRA et al., 2016).

Gestores, trabalhadores e usuários do SUS, na busca pela melhoria da atenção à saúde, vem apresentando evidências práticas da necessidade de revisão das ideias e concepções de saúde, em particular dos modelos tecnoassistenciais. A busca pela implementação de políticas públicas mais justas no país por esses atores tem-se destacado pela sua ação criativa, como sujeitos em ação que, na luta pela construção de um sistema de saúde universal, democrático, acessível e de qualidade, vem possibilitando o surgimento de inúmeras inovações institucionais, seja na organização dos serviços de saúde, seja na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários do SUS (PINHEIRO, 2009).

A construção do “SUS que queremos” passa pela redefinição do modelo que se mantém hegemônico. As medidas de enfrentamento precisam ser múltiplas e simultâneas, muitas delas têm sido tomadas, como a própria ESF, a instituição do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e a formação de profissionais de saúde (CASTANHEIRA et al., 2016). Soma-se a essa complexidade, o desafio posto para a ABS brasileira de constituir-se no eixo de reorientação do sistema público de saúde de modo a ordenar um modelo de atenção que tome a saúde como direito social, expressa em práticas e tecnologias de cuidado individual e coletivo (CASTANHEIRA et al., 2016).

3 PRESSUPOSTOS E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de caráter exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa.

Considerando que as investigações no âmbito da saúde envolvem inúmeros fatores, sobretudo questões subjetivas relacionadas ao modo de vida, demandas, comportamentos e interações sociais entre os diversos sujeitos envolvidos no processo saúde-doença, destaca-se a importante contribuição da metodologia qualitativa para o entendimento de tais complexidades (SOUZA; KANTORSKI; LUIS, 2011).

O método qualitativo abarca a discussão sobre um conjunto de técnicas e procedimentos adequados para descrever e compreender as relações de sentidos e significados dos fenômenos humanos referidos neste campo. É concebido como um meio científico de conhecer e interpretar as significações de natureza psicológicas e psicossociais que os indivíduos dão aos fenômenos (TURATO, 2003).

Os dados dessa pesquisa foram coletados por meio da pesquisa documental. A pesquisa documental pode trazer contribuições importantes no estudo de alguns temas. Os documentos normalmente são considerados importantes fontes de dados para estudos qualitativos, merecendo, portanto, atenção especial. O exame de materiais de natureza diversa, que ainda não receberam um tratamento analítico, ou que podem ser reexaminados, buscando-se novas e/ ou interpretações complementares, constitui de pesquisa documental (GODOY, 1995).

A partir do documento, pode-se operar um corte longitudinal que favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, bem como o de sua gênese até os nossos dias (CELLARD, 2012).

É um procedimento metodológico decisivo em ciências humanas e sociais porque a maior parte das fontes escritas, ou não, são quase sempre a base do trabalho de investigação. Dependendo do objeto de estudo e dos objetivos da pesquisa, pode se caracterizar como principal caminho de concretização da

investigação ou se constituir como instrumento metodológico complementar. A pesquisa documental propõe-se a produzir novos conhecimentos, criar novas formas de compreender os fenômenos e dar a conhecer a forma como estes têm sido desenvolvidos. Tem a intenção de provocar a reflexão de pesquisadores que utilizam documentos como método investigativo para o desvelamento de seus objetos de estudo e problematização das suas hipóteses (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

A pesquisa documental exige, desde o início, um esforço firme e inventivo, quanto ao reconhecimento dos arquivos ou das fontes potenciais de informação, e isto não apenas em função do objeto de pesquisa, mas também em função do questionamento (CELLARD, 2012).

O uso de documentos em pesquisa deve ser apreciado e valorizado. A riqueza de informações que deles podemos extrair e resgatar justifica o seu uso em várias áreas, por possibilitar ampliar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

O documento é uma fonte extremamente preciosa, insubstituível em qualquer reconstituição referente a um passado relativamente distante, pois não é raro que ele represente a quase totalidade dos vestígios da atividade humana em determinadas épocas. Além disso, muito frequentemente ele permanece como único testemunho de atividades particulares ocorridas num passado recente (CELLARD, 2012).

A análise documental apreende os documentos como base para o desenvolvimento de estudos e pesquisas cujos objetivos advêm do interesse do pesquisador; também pode ser percebida como uma investigação relacionada à pesquisa histórica, uma vez que busca a reconstrução crítica dos dados passados no intuito de obter indícios para projeções futuras (PIMENTEL, 2001).

Além disso, os documentos constituem uma fonte não-reativa, as informações neles contidas permanecem as mesmas após longos períodos de tempo. Podem ser considerados uma fonte natural de informações à medida que, por terem origem num determinado contexto histórico, econômico e social, retratam e fornecem dados sobre esse mesmo contexto (GODOY, 1995).

Os documentos públicos, trata-se de uma documentação volumosa, organizada segundo planos de classificação, complexos e variáveis no tempo. Ainda

que seja pública, nem sempre é acessível. Esse tipo de arquivo compreende comumente: os arquivos governamentais (federais, regionais, municipais), os arquivos de estado civil, assim como arquivos de natureza notória jurídica (CELLARD, 2012).

Quando um pesquisador utiliza documentos objetivando extrair dele informações, ele o faz investigando, examinando, usando técnicas apropriadas para seu manuseio e análise; segue etapas e procedimentos; organiza informações a serem categorizadas e posteriormente analisadas; por fim, elabora sínteses, ou seja, na realidade, as ações dos investigadores – cujos objetos são documentos – estão impregnadas de aspectos metodológicos, técnicos e analíticos (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

Na pesquisa documental, três aspectos devem merecer atenção especial por parte do pesquisador: a escolha dos documentos, o acesso a eles e a sua análise. Os documentos são considerados / primários quando produzidos por pessoas que vivenciaram diretamente o evento que está sendo estudado, ou / secundários, quando coletados por pessoas que não estavam presentes por ocasião da sua ocorrência (GODOY, 1995).

O pesquisador deve localizar os textos pertinentes e avaliar sua credibilidade, assim como a sua representatividade. Deve compreender adequadamente o sentido da mensagem e contentar-se com o que tiver à mão; fragmentos eventualmente, passagens difíceis de interpretar e repleta de termos e conceitos que lhe são estranhos e foram redigidos por um desconhecido (CELLARD, 2012).

Nesta investigação científica, foi realizado estudo documental, no qual os aspectos analisados foram construídos a partir do objeto de pesquisa, a EPS na atenção primária à saúde, sobre o qual buscou-se aprofundar nas necessidades identificadas e proposições de gestores e implementações realizadas por equipes de atenção básica nos municípios.

Foram analisados os Mapas da Saúde e os Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), das quatro regiões de saúde do DRSIII Araraquara, no período de 2008 a 2015.

De acordo com o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, o Mapa da Saúde trata-se da descrição geográfica da distribuição de RH e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS, rede conveniada e privada, considerando-se a

capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho a partir dos indicadores de saúde do sistema. O Mapa da Saúde é conceituado como instrumento de gestão que possibilita a identificação das necessidades de saúde das regiões de saúde, e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para a construção dos demais dispositivos do referido Decreto.

O PAREPS caracteriza-se como uma proposta que se articula com as políticas de RH; obedece a análise de necessidades e de conjuntura; propõe objetivos de curto e médio prazo; determina prioridades e seleciona estratégias e instâncias de ação. Ao mesmo tempo, a continuidade prevê os momentos de monitoramento e avaliação de processos e resultados, a partir da eficácia e da efetividade das ações, reorientando-as quando necessário. A sua construção deve ser coletiva, coerente com os Planos de Saúde estadual e municipais, a partir de um processo de planejamento, no que tange à educação na saúde (SÃO PAULO, 2008).

O PAREPS foi proposto em consonância com o Plano Regional de Saúde e coerente com a Portaria GM/MS nº. 3.332, de 28 de dezembro de 2006, que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS, deverá conter: caracterização da região de saúde; identificação dos problemas de saúde; caracterização da necessidade de formação em saúde; atores envolvidos; relação entre os problemas e as necessidades de EPS; produtos e resultados esperados; processo de avaliação do plano e recursos envolvidos para a execução do plano (BRASIL, 2009).

Nos PAREPS, visando a caracterização de cada região de saúde, são abordados os aspectos populacionais, a organização da rede de serviços de saúde, focalizando na rede de ABS, o perfil demográfico e as características gerais de assistência à saúde.

A elaboração do instrumento foi norteadada pelos princípios e diretrizes da ABS, partindo do pressuposto de que todos os gestores municipais e equipes de ABS possam utilizá-lo. Espera-se que o a elaboração do plano, assim como sua execução produza sentidos e significados com potencial de facilitar a mobilização de iniciativas para mudança e aprimoramento dos serviços. (BRASIL, 2015). O planejamento favorece o monitoramento e a avaliação das ações implementadas, subsidiando a tomada de decisão para o reordenamento ou manutenção das ações.

3.2 Fonte de dados

A investigação se deu pelos Mapas da Saúde e os PAREPS das quatro regiões de saúde, tratam-se de documentos públicos, mas, mesmo assim, foi solicitada autorização do gestor estadual do Departamento Regional de Saúde de Araraquara (DRSIII) para sua utilização nesta pesquisa. Com os documentos disponíveis, foi possível ter acesso às informações relativas a EPS.

3.3 Cenário de estudo

O estudo foi realizado no âmbito dos vinte e quatro municípios de abrangência do Departamento Regional de Saúde (DRS III) Araraquara da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, especificamente situado na região administrativa de governo denominada central.

Os vinte e quatro municípios pertencentes à área administrativa do DRS III estão organizados em quatro regiões de saúde, a saber, Coração, Central, Norte e Centro-Oeste, de maneira que a presente pesquisa analisará os documentos relativos a EPS das referidas regiões de saúde.

Regiões de Saúde do DRS III – Araraquara

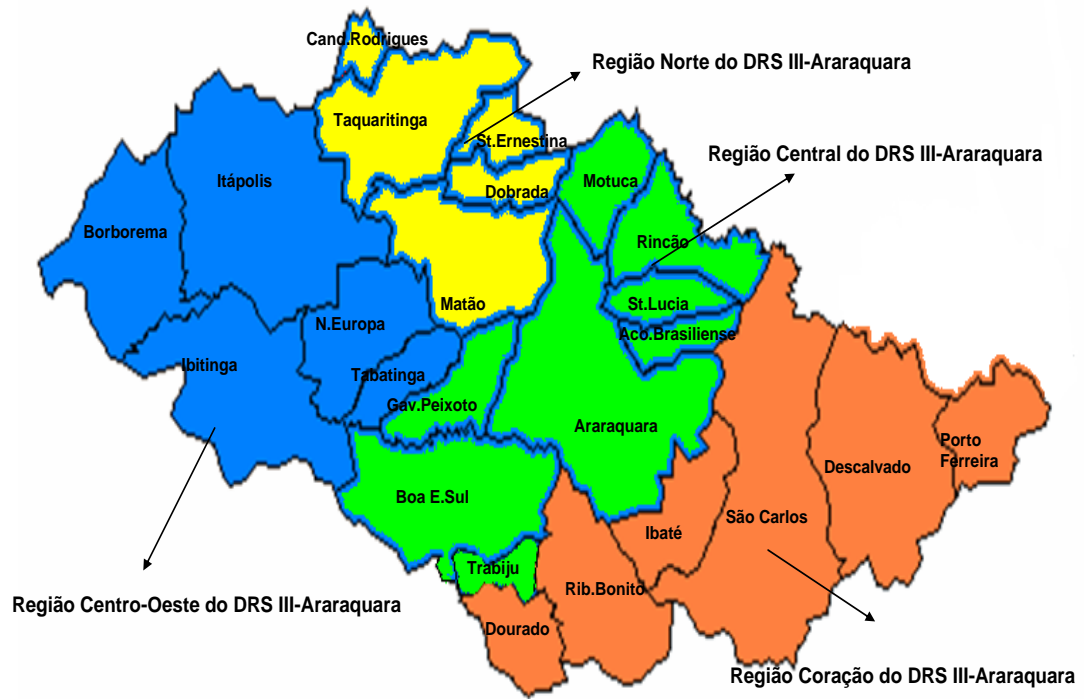


Figura 1: DRS III – Estado de São Paulo
Fonte: Secretaria do Estado de Saúde, 2015

3.4 Análise dos dados

A pesquisa documental exige, desde o início, um esforço firme e inventivo, quanto ao reconhecimento dos arquivos ou das fontes potenciais de informação, e isto não apenas em função do objeto de pesquisa, mas também em função do questionamento (CELLARD, 2012). Possibilita ainda, a partir da análise de dados passados, fazer algumas inferências para o futuro, além de considerar a importância de se compreender os seus antecedentes numa espécie de reconstrução das vivências e do vivido (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

Para Cellard (2012) é importante formular, desde o início algumas diretrizes, propondo um quadro teórico, a fim de orientar as análises minuciosas. Tal quadro deve continuar flexível, pois diante de novas fontes documentais, bases de arquivos inesperadas, pode-se ser levado a elaborar novas teorias, novas hipóteses,

ou a aperfeiçoar alguns conceitos iniciais.

A técnica de análise documental teve como escopo representar o conteúdo de um documento sob um aspecto diferente do original, com o fim de promover um estudo posterior, através de sua consulta e diferenciação (BARDIN, 2011).

A análise é desenvolvida através da discussão que os temas e os dados suscitam e inclui geralmente o *corpus* da pesquisa, as referências bibliográficas e o modelo teórico. No caso da análise de documentos recorre-se geralmente para a metodologia da análise do conteúdo (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009). A qual trata-se de um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos de um documento (CAMPOS, 2004).

A técnica de análise de conteúdo como conjunto de técnicas se vale da comunicação como ponto de partida; é sempre feita a partir da mensagem e tem por finalidade a produção de inferências. Produzir inferência, em análise de conteúdo significa, não somente produzir suposições subliminares acerca de determinada mensagem, mas em embasá-las com pressupostos teóricos de diversas concepções de mundo e com as situações concretas de seus produtores ou receptores. Situação concreta que é visualizada segundo o contexto histórico e social de sua produção e recepção (CAMPOS, 2004).

A análise de conteúdo é um recurso metodológico que pode servir a muitas disciplinas e objetivos, uma vez que tudo o que pode ser transformado em texto é passível de ser analisado com a aplicação desta técnica ou método (OLIVEIRA, 2008).

De acordo com Oliveira (2008) alguns conceitos dão sustentação ao desenvolvimento da análise de conteúdo e permitem instrumentalizá-la: *Objetividade*: as unidades decompostas da mensagem, as categorias que servem para classificá-la, devem ser definidas com tal clareza e precisão que outros, a partir dos critérios indicados, possam fazer a mesma decomposição, operar a mesma classificação.

Sistematicidade: a análise deve tomar em consideração tudo o que, no conteúdo, decorre do problema estudado e analisá-lo em função de todas as categorias retidas para fins de pesquisa.

Conteúdo Manifesto: a análise deve abordar apenas o conteúdo manifesto, o que foi efetivamente expresso. A mensagem deve ser examinada em si

mesma, o que não significa dizer que a análise de conteúdo deva se abster de toda e qualquer extrapolação sobre o conteúdo latente das comunicações. Implica apenas que as extrapolações em direção aos conteúdos latentes devem se apoiar nos conteúdos efetivamente observados.

Unidades de Registro (UR): trata-se de uma unidade de segmentação ou de recorte, a partir da qual se faz a segmentação do conjunto do texto para análise. Essa unidade pode ser definida por uma palavra, uma frase, um parágrafo do texto; ou ainda o segmento de texto do objeto em estudo.

Unidades de Contexto (UC): são unidades de compreensão da unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem cujas dimensões são maiores do que aquelas da unidade de registro. São segmentos de texto que permitem compreender a significação das unidades de registro, recolocando-as no seu contexto, tratando-se sempre de uma unidade maior do que a UR. Ex. a frase para a palavra, o parágrafo para o tema.

Construção de Categorias (CC): operação de classificação dos elementos participantes de um conjunto, iniciando pela diferenciação e, seguidamente por reagrupamento, segundo um conjunto de critérios. Implica impor uma nova organização intencional às mensagens, distinta daquela do discurso original.

Análise Categorical (AC): considera a totalidade do texto na análise, passando-o por um crivo de classificação e de quantificação, segundo a frequência de presença ou ausência de itens de sentido.

Inferência: operação lógica através da qual admite-se uma proposição em virtude da sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras. A intenção maior da AC é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e de recepção de uma mensagem, inferência esta que recorre a indicadores relativos ao texto.

Condições de Produção (CP): campo de determinações dos textos; intencionalidade subjacente à produção de uma mensagem; o que conduziu a um determinado enunciado de texto ou enunciado discursivo.

Segundo Oliveira (2008) a técnica análise temática ou categorial permite a exploração do material analisado a partir da observação de diferentes elementos presentes no texto, bem como conduzem a resultados distintos em termos de compreensão da mensagem. Com relação as etapas de análise, a técnica de análise de conteúdo pressupõe algumas etapas, definidas por Bardin como: pré-análise; exploração do material ou codificação; tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Essas etapas podem ser especificadas como:

Pré-análise: essa etapa consiste num processo de escolha dos documentos ou definição do corpus de análise; formulação das hipóteses e dos objetivos da análise; elaboração dos indicadores que fundamentam a interpretação final.

Exploração do material ou codificação: consiste no processo através do qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo expresso no texto.

Tratamento dos resultados (inferência e interpretação): busca-se, nesta etapa, colocar em relevo as informações fornecidas pela análise, através de quantificação simples (frequência) ou mais complexas como a análise fatorial, permitindo apresentar os dados em diagramas, figuras, entre outros.

Utilizar a análise de conteúdo como conjunto de procedimentos sistemáticos implica a determinação de tais procedimentos, de forma a dar segurança ao pesquisador no caminho a seguir, ao mesmo tempo em que permite a replicabilidade da técnica, possibilitando a comparação entre resultados de diferentes estudos. Cada tipo de análise, portanto, exige a definição de um conjunto de procedimentos explícitos, atribuindo rigor metodológico ao seu desenvolvimento.

4 RESULTADOS

A partir da análise qualitativa dos dados, os resultados foram organizados e apresentados por região de saúde, com a caracterização de cada região, bem como as necessidades e proposições apontadas nos PAREPS no período de 2008 a 2015.

4.1 Caracterização das Regiões de Saúde do DRSIII Araraquara

4.1.1 Região de Saúde Central

A Região de Saúde (RS) Central está situada na região administrativa de governo denominada, também central, é composta pelos municípios de Américo Brasiliense, Araraquara, Boa Esperança do Sul, Gavião Peixoto, Motuca, Rincão, Santa Lúcia e Trabjju. Observa-se que dos oito municípios que compõem a Região Central, sete possuem menos de 50 mil habitantes, ocorrendo maior concentração de serviços no município de Araraquara, caracterizando maior necessidade de investimento e infraestrutura neste município (ARARAQUARA, 2013).

A rede física ambulatorial da RS está constituída por Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicional e ESF, e ainda unidades mistas, que possuem ABS e leito de observação, NASF, Ambulatório Médico de Especialidades (AME), assim como Ambulatórios de Especialidades e salas de vacina (ARARAQUARA, 2013).

Quanto aos leitos gerais SUS percebe-se que na RS somente os municípios de Américo Brasiliense, Boa Esperança do Sul e Araraquara possuem hospitais, entretanto, os dois primeiros são de pequeno porte e em Araraquara concentra-se a referência em média e alta complexidade para a região. Cabe destacar que a Santa Casa de Araraquara é referência em alta complexidade para as regiões de saúde Norte e Centro-Oeste do DRS III-Araraquara. O Hospital Estadual Américo Brasiliense é referência para os 24 municípios do DRS (ARARAQUARA, 2013).

Em relação aos equipamentos de saúde, na sua maioria estão concentrados no município de Araraquara, o que é de se esperar, visto que é o maior município da região. No que diz respeito à saúde bucal na RS, vale salientar

que Boa Esperança do Sul possui Centro de Especialidades Odontológicas Municipal, mas sem as 4 especialidade requeridas pelo MS (presta serviços de prótese, endodontia e pediatria. Aponta-se também que a Faculdade de Odontologia - UNESP é referência de várias especialidades para o RS Central e também para as demais regiões do DRS III. Em Araraquara há um Centro de Referência do Idoso que atende apenas a demanda município; os municípios da região ainda não têm referencia para este atendimento ao idoso (ARARAQUARA, 2013).

No decorrer dos anos esta RS incorporou diferentes modelos de atendimento, muitas vezes no mesmo equipamento de saúde. Esse atendimento oferecido ao mesmo usuário pelo mesmo profissional ou equipe dentro do mesmo espaço de trabalho dificulta a discriminação das diferentes proposta de atendimentos oferecidos. Os trabalhadores da ABS não conseguem coletar os dados dos procedimentos efetuados, muitos deles no mesmo usuário no mesmo atendimento, por conta de trabalharem simultaneamente com diferentes sistemas de informação construídos para responder a demandas de diferentes concepções de prestação de serviços (ARARAQUARA, 2013).

As questões da ABS, mesmo com menor concentração de consultas do que o esperado envolve fundamentalmente resolubilidade e qualidade, o que justificaria a necessidade do estado e o DRS III apoiarem os municípios em processos de EPS, com vistas à assistência e à gestão, entre outras formas, e garantir referências ambulatoriais e hospitalares através de regulação do sistema para toda a rede (ARARAQUARA, 2012). É interessante pontuar que para o preenchimento dos vazios assistenciais e o controle das filas de espera, o importante é a reorganização de processos de trabalho (ARARAQUARA, 2013).

Observou-se nesta região 55% de cobertura por UBS, que não dispõe de RH suficiente para garantir a busca ativa de usuários em situações de risco, nem a vigilância em saúde e intensificação de ações de prevenção e controle em áreas vulneráveis. A visibilidade das superposições de modelos é maior nos três municípios da RS Central onde a população é menor que 5.000 hab e tem-se 100 % de cobertura de ESF (ARARAQUARA, 2013).

Destaca-se o aparecimento da ABS como prioridade nos Planos Municipais de Saúde (PMS) é um bom começo para a reorganização do atendimento em redes de atenção à saúde. Entretanto, a realidade expressa na ABS

é de demanda reprimida, vazios assistenciais e inadequação de RH (ARARAQUARA, 2013).

Nota-se que o controle social na ABS na região é incipiente, muitos municípios ainda não priorizaram a construção de espaços formais de participação dos usuários na discussão dos serviços prestados nas UBS. Essa interação se dá principalmente em reuniões já tradicionais na AB, como grupos de gestantes, hipertensos, escolares (ARARAQUARA, 2013).

Pode-se observar que o controle social na região apresenta fragilidade tanto na autonomia como na estrutura disponibilizada para o seu funcionamento, já que apenas 50% dos Conselhos têm regimento interno, um município tem secretaria executiva, 25% possui sede ou sala própria. Cabe destacar a inexistência na regularidade das reuniões. Apesar dessa realidade, é de extrema importância enfatizar que os conselhos apresentam certa democratização já que 100% dos conselhos referem que as reuniões são abertas a população, que a mesma tem direito a voz nas reuniões, que as atas são abertas para consulta pública e 62,5% referem que os locais e horários de reunião são divulgados com antecedência. Nota-se que dos oito municípios, apenas o conselho de Araraquara conta com orçamento próprio (ARARAQUARA, 2013; ARARAQUARA, 2014).

Numa análise geral, pode se apontar que os conselhos necessitam ser fortalecidos, tanto com relação à dinâmica do seu funcionamento, quanto do seu papel e da sua importância na condução da política de saúde de seu município (ARARAQUARA, 2013; ARARAQUARA, 2014).

Com relação as principais causas de internação nota-se o destaque para as causas do aparelho circulatório, seguida pelo aparelho digestório, causas externa e neoplasias. Também ocorreu um número elevado de internações por transtornos mentais, vez que há falta oferta de serviços substitutivos na RS (ARARAQUARA, 2013; ARARAQUARA, 2014).

Dentre as dez principais causas de internação do sexo feminino, sete estão relacionadas à gestação, parto e puerpério, denotando a necessidade de grandes investimentos principalmente na qualidade dos serviços na atenção básica relacionada à saúde da mulher. No sexo masculino, destacam-se os transtornos mentais, uso de álcool e substâncias psicoativas, além de sofrerem mais acidentes com fraturas. As doenças respiratórias também aparecem como um das principais causas de internação revelando a importância de se realizar ações tanto para a

diminuição da ocorrência de queimadas como para a criação de outras estratégias (ARARAQUARA, 2013; ARARAQUARA, 2014).

A RS Central conseguiu diminuir o percentual de internações por causas sensíveis à ABS, sendo superior à média de redução do DRS III e das Redes Regionalizadas de Assistência à Saúde 13 (RRAS 13), podendo atribuir essa redução à melhoria da resolubilidade neste nível de atenção (ARARAQUARA, 2013).

No que tange ao percentual de partos em menores de 20 anos, por região de saúde e RRAS, observa-se várias ações desenvolvidas para redução dos índices, porém há ainda necessidade de investimento em ações intersetoriais, principalmente com a Secretaria de Educação e Desenvolvimento Social para que favoreça a redução do percentual (ARARAQUARA, 2013).

Em análise das taxas de cesáreas nota-se que as taxas estão ligadas diretamente à assistência pré-natal e ao parto, principalmente referente à infraestrutura hospitalar e a fatores culturais. A região apresenta alta taxa de cesárea, em não conformidade ao preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Sobre o percentual de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natais, por RS e RRAS, percebe-se um aumento de cobertura da região como um todo em relação aos DRS III (ARARAQUARA, 2013).

Quanto aos indicadores de mortalidade, nota-se uma redução lenta, abaixo do esperado, no número de óbitos e taxa de mortalidade infantil, o que sugere problemas nas assistências pré-natal e pós-parto. Sobre o número de óbitos e taxa de mortalidade neonatal referência ano 2010, houve uma redução tímida do indicador, mas os valores da região ainda estão acima dos valores do DRS III e da RRAS 13. Salienta-se que esse indicador está intimamente ligado à assistência pré-natal, assistência hospitalar ao parto e pós-parto (ARARAQUARA, 2013).

Em relação ao número de óbitos e taxa de mortalidade pós-neonatal, apesar dos indicadores serem favoráveis, ainda persistem problemas de assistência à gestante. Ressalta-se que está ocorrendo a reorganização da atenção, através da implantação da Rede Cegonha, com ambulatórios de gestação de risco e maternidades de alto risco para a região do DRS III (ARARAQUARA, 2013).

Dentre as principais causas específicas de mortalidade, destacamos o câncer de colo uterino e de mama e as causas do aparelho cardiocirculatório, principalmente no sexo feminino onde seis das 10 estão correlacionadas à esse aparelho. Espera-se que com a implantação da Rede de Urgência e Emergência,

que os índices de mortalidade por doenças cardiovasculares tenham declínio (ARARAQUARA, 2013).

No que diz respeito a gestão do trabalho, nota-se ausência de coordenação de gestão do trabalho na secretaria municipal da saúde, fragilidade do departamento de RH, insuficiência do mesmo e falta de profissionais qualificados (ARARAQUARA, 2013).

Na RS Central apreende-se sobre a gestão da educação na saúde que apenas o município de Araraquara apresenta em sua estrutura organizacional formal a gerência de EPS vinculada a coordenação administrativa da secretaria municipal de saúde. Em Boa Esperança do Sul tem uma trabalhadora nomeada para o planejamento em saúde, e a mesma desenvolve a articulação da EPS. Os municípios de Américo Brasiliense, Santa Lúcia e Motuca contam com articuladores e equipes de EPS. Com relação aos processos de EPS desenvolvidos na região, as equipes de Américo Brasiliense e Araraquara desenvolvem ações voltadas para a atenção básica (UBS) e especializada. No município de Boa Esperança do Sul cada unidade de saúde tem um representante, para que juntamente com a coordenação desenvolva ações de EPS, sendo estas desenvolvidas na ABS (ARARAQUARA, 2013).

Observa-se que 100% dos municípios da região Central realizam ações educativas de saúde na rede municipal de ensino, como: palestras, rodas de conversa sobre a sexualidade, DST/AIDS, drogas, gravidez na adolescência, principais doenças e agravos, dengue, saúde bucal, campanhas de vacinação e controle de surtos (ARARAQUARA, 2013).

Na região Central 100% dos municípios garantem a participação dos trabalhadores em atividades de educação permanente, destaque para Araraquara que também desenvolve atividades internas nas equipes e externas para atualização (ARARAQUARA, 2013).

4.1.2 Região de Saúde Centro Oeste

A Região de Saúde Centro Oeste do DRS III Araraquara, está situada na área centro oeste da região, é constituída por cinco municípios Borborema, Ibitinga, Itápolis, Nova Europa e Tabatinga, com estimativa populacional de 131.724

habitantes (IBGE 2010). A RS está localizada na divisa das regiões Norte e Central do DRS III e com as regiões de saúde de Jaú e Bauru, do DRS VI Bauru e a região de Catanduva do DRS XV de São José do Rio Preto (ARARAQUARA, 2012).

Dos 24 municípios de abrangência do DRS III, 18 tem população menor de 49 mil habitantes. Destes 4 municípios são da RS Centro Oeste, Borborema, Itápolis, Nova Europa e Tabatinga. O município de Ibitinga tem população entre 50 a 99 mil habitantes (IBGE, 2010).

Pode-se constatar que na região Centro-Oeste há uma tendência do modelo de ESF (46%), sendo o restante UBS tradicional e com especialidade (54%). Nota-se que os municípios da região apontaram que atendem a demanda espontânea, programática e as urgências, dentro de limitações como: falta de RH, ausência de equipamentos, protocolos e uma organização do processo de trabalho. Há a existência de grande vazio assistencial nos municípios, as unidades de saúde tradicionais e as ESF não possuem quadro de profissionais compatíveis à cobertura assistencial necessária (ARARAQUARA, 2012).

Com relação a definição de abrangência apenas os municípios de pequeno porte fazem cobertura de 100% da população. Os municípios de Ibitinga e Itápolis apresentam o menor percentual de cobertura de território, as unidades de saúde não possuem população definida o que favorece aos usuários a buscar o acesso às clínicas básicas e de especialidades por sua livre escolha. Esta prática compromete a vinculação dos usuários, a longitudinalidade e a resolubilidade do cuidado (ARARAQUARA, 2012).

É reconhecido pela equipe que há pouco conhecimento, apropriação e utilização dos instrumentos norteadores para avaliação e monitoramento da ABS, como o, por exemplo, QualiAB e PMAQ (ARARAQUARA, 2012).

No que se refere aos indicadores de morbidade percebe-se que nesta região, a maior ocorrência de internações é por doenças do aparelho circulatório em todos os municípios, relacionadas a HAS, DM, sedentarismo, obesidade, tabagismo, alcoolismo, alimentação inadequada e dislipidemia. Todas as doenças e hábitos apontados acima estão relacionados diretamente e preferencialmente com cuidados na ABS. A segunda maior causa são as internações na gravidez, parto e puerpério, e a terceira maior causa são as doenças do aparelho digestivo (ARARAQUARA, 2012).

Ressalta ainda que os óbitos por causas relacionadas ao período perinatal têm maior ocorrência nos municípios de pequeno porte e que dependem da assistência hospitalar e de maior complexidade outros municípios de referências (ARARAQUARA, 2012).

Conforme o Mapa da Saúde (2012) as 20 principais causas específicas de internação por sexo, por região de saúde e RRAS, nota-se a primeira causa de internação do sexo feminino o parto, os indicadores mostram que a principal causa de internação em ambos os sexos é a pneumonia e a segunda em mulheres são relacionadas a gravidez e a insuficiência cardíaca em ambos os sexos (ARARAQUARA, 2012).

Em relação ao percentual de internações por causas sensíveis à ABS por município, região de saúde e RRAS houve uma diminuição nas internações sensíveis a atenção básica em todos os municípios. Quando comparado os municípios ao DRS/RRAS/Estado, identificamos que o percentual de internações é superior isto nos faz refletir as ações que estão sendo desenvolvidas na rede de ABS (ARARAQUARA, 2012).

Os indicadores apontam que as taxas de natalidade de mães menores de 19 anos da região Centro Oeste são superiores ao percentual do DRS/RRAS/Estado, o que chama a atenção para as políticas de saúde voltadas para essa faixa etária. Destaca-se o município de Nova Europa que apresentou taxas inferiores, isso pode estar associado as ações preventivas e intersectoriais que o município vem desenvolvendo dentro da ABS no decorrer dos anos (ARARAQUARA, 2012).

A região de saúde segue uma tendência cultural que prioriza o parto cesáreo, as principais explicações estão relacionadas a falta de profissionais na maternidade para monitoramento e acompanhamento do parto normal. Vale salientar as conveniências profissionais, tendo em vista que os partos cesáreos são agendados, o que novamente implica no trabalho e/ou incentivo realizado pela equipe profissional enfatizando o benefício para mães e criança com a realização do parto normal (ARARAQUARA, 2012).

Quanto aos indicadores de mortalidade apreende-se que a taxa de mortalidade infantil da região Centro Oeste está acima da DRS/RRAS/Estado, com destaque ao município de Ibitinga que apresenta a taxa elevada de mortalidade sugerindo ações de enfrentamento e melhoria do indicador. No indicador de

mortalidade neonatal, em todos os anos Ibitinga aponta o maior número de óbitos (ARARAQUARA, 2012).

A RS demonstra alto índice de mortalidade infantil nos componentes neonatal e pós-neonatal, indicando a necessidade de implantação de protocolos de melhoria do acesso às referências (ARARAQUARA, 2012).

Analisando a taxa de mortalidade na região Centro Oeste e RRAS observa-se a mesma tendência do analisado nas taxas de internação demonstrando que os índices de mortalidade são compatíveis com as primeiras causas de internações realizadas (aparelho circulatório, neoplasias e aparelho respiratório) (ARARAQUARA, 2012).

Percebe-se que as principais causas específicas de mortalidade por sexo seguem a mesma tendência das taxas de internação demonstrando índices compatíveis da região Centro Oeste com a RRAS. Vale ressaltar uma melhor investigação/elucidação do diagnóstico das pneumonias visto que aparecem como não especificadas (ARARAQUARA, 2012).

No que tange a taxa de mortalidade por causas mal definidas faz-se necessário que o registro da causa do óbito seja melhor investigado. Toda a região mostra a necessidade de melhoria de diagnóstico e encaminhamento para Serviço de Verificação de Óbitos e Instituto Médico Legal. Destaca-se o município de Itápolis com as maiores taxas.

Pode-se notar que na RS não há detecção precoce das neoplasias de útero, mama e próstata, assim faz-se necessário a implantação e implementação de protocolos nas linhas de cuidado e campanhas educativas (ARARAQUARA, 2012).

Quanto ao percentual de leitos gerais SUS da região Centro Oeste, nota-se que esta conta com um percentual menor que os parâmetros da Portaria 1.101. Os municípios de Ibitinga e Itápolis relatam que há necessidade de mais leitos na região para internação. O município de Ibitinga pactuou aumentar o número de leitos de UTI ADULTO de acordo com o plano de Implantação da Rede de Urgência e Emergência – RRAS 13 adequando assim a necessidade da região (ARARAQUARA, 2012; ARARAQUARA, 2013).

Em relação à gestão do trabalho, observa-se que apenas o município de Borborema apontou a existência de coordenação de gestão do trabalho, a qual é executada pelo secretário municipal de saúde, porém não há coordenação de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde formalmente constituída. Os demais

municípios da região não possuem uma coordenação que fomente a incorporação na agenda de gestão a pactuação das questões relativas a gestão do trabalho no SUS (ARARAQUARA, 2012).

Na região os municípios de Ibatinga, Itápolis, Nova Europa e Tabatinga não possuem Plano de Carreira Cargos e Salários; vale destacar que em Borborema, o plano de carreira cargos e salários, foi proposto na Conferência Municipal de Saúde em 2011, e depende de leis complementares e orçamento para aprovação e efetivação (ARARAQUARA, 2012).

É reconhecida a insuficiência de RH nos municípios da RS. Para a admissão de profissionais na rede SUS, os municípios utilizam diversas formas de contratação e jornadas de trabalho. A carga horária contratada para as categorias profissionais de nível superior oscila de 10hs a 40hs, com destaque para os médicos; os demais profissionais apresentam carga horária de contratação que varia de 20hs a 40hs semanais. Quanto aos profissionais de nível médio nos 05 municípios da região a carga horária contratada é de 40hs e somente o município de Borborema possui contratação com carga horária semanal de 30hs. Observa-se também que 100% dos municípios contratam pela administração direta, por meio de concursos públicos e processos seletivos. O município de Nova Europa apresenta outras formas de contratação via cargo de comissão (dentistas, farmacêuticos e psicólogos), e contrato temporário para médicos por meio da Prefeitura Municipal (ARARAQUARA, 2012).

O diagnóstico demonstrou em relação a gestão da educação na saúde que os municípios da região Centro Oeste não contam com coordenação de EPS; com exceção de Borborema os demais possuem articulador/equipe de EPS. Vale destacar que a equipe de Itápolis vem desenvolvendo ações na ABS e na atenção especializada. Em Tabatinga, o articulador de EPS está em processo de organizar a articulação entre a UBS e os PSF(s) nas questões relativas a rede de saúde mental. Em Ibatinga há intenção de discussão da gestão do CSII e ABS a partir da análise dos processos de trabalho da recepção sendo que na rede de atenção especializada e hospitalar não há o desenvolvimento de ações (ARARAQUARA, 2012).

Com relação a educação popular, nenhum dos municípios da região Centro Oeste desenvolvem movimentos de aproximação dos trabalhadores, para o desenvolvimento de ações. Observa-se que 100% dos municípios realizam ações educativas de saúde na rede municipal de ensino (ARARAQUARA, 2012).

Na região Centro Oeste todos os municípios garantem a participação dos trabalhadores em atividades de EPS. Em Itápolis a participação dos trabalhadores se dá por meio das ações disparadas pela equipe de EPS. Destaque para Nova Europa, no qual as equipes da atenção possuem autonomia para as reuniões de equipe, que são espaços de EPS e os trabalhadores participam dos projetos de EPS desenvolvidos na região (ARARAQUARA, 2012).

4.1.3 Região de Saúde Coração

A região de saúde Coração é constituída pelos municípios de Descalvado, Dourado, Ibaté, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito e São Carlos, está geograficamente localizado na extremidade sul do mapa, fazendo limites com a Região Central do DRS III e Aquífero Guarani do DRS XIII Ribeirão Preto. Dois municípios da RS Coração possuem mais que 50.000 habitantes, sendo que apenas um município possui mais que 100.000 (IBGE, 2010).

Esta região de saúde priorizou a expansão do modelo de atenção à saúde da família e programa de agentes comunitários de saúde como estratégia para o fortalecimento da ABS. Em relação à definição de território e tipo de atendimento, observa-se que há predomínio de área de abrangência definida, o que favorece o vínculo dos usuários a uma unidade de saúde e equipe. Enfim, o território das equipes de saúde é lócus privilegiado para a promoção, vigilância em saúde e para a resolução da grande maioria dos problemas assistenciais apresentados pelos usuários (ARARAQUARA, 2012).

De modo geral, a demanda reprimida na ABS, deve-se à falta de oferta assistencial, pouca resolubilidade na ABS e a fragilidade no acolhimento, fazendo com que a demanda espontânea busque atendimento nas unidades de Pronto Atendimento. Dentre as dificuldades vivenciadas pelos municípios de menor porte, no que se refere a proporcionar assistência à saúde aos seus munícipes, podem ser elencadas, entre outras, dificuldade em alocar RH especializados e/ou em oferecer remuneração aos profissionais de saúde compatível com os oferecidos pelos de maior porte. Há ainda uma maior dependência no provimento de ações de saúde em relação aos municípios maiores, além de demandar eficiente logística de transporte

sanitário e recursos financeiros adicionais para garantia do acesso (ARARAQUARA, 2012).

O fortalecimento da ABS é condição indispensável para a mudança do modelo assistencial em todos os níveis de complexidade e tem sido apontado como fundamental para a organização e a construção das redes de atenção à saúde que garantam a integralidade, resolubilidade, qualidade e o acesso às ações e serviços de saúde.

No que diz respeito aos RH, na RS destaca-se o predomínio da ESF e Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), porém observa-se que 36 (59,02%) unidades estão com equipes completas de acordo com a PNAB e 25 (40,98%) unidades com equipe incompleta (ARARAQUARA, 2012).

Ressalta-se que, a maioria dos municípios de pequeno e médio porte enfrenta dificuldades com a falta de médicos e de perfil de formação para contratação, relatando serem frequentes os concursos públicos ou processos seletivos que não suprem as vagas disponíveis e isto impede ainda mais a expansão da ABS na modelagem de ESF. Com relação às equipes horizontais para o atendimento, percebe-se que as equipes são fixas e atendem as demandas programáticas da saúde da criança, saúde da mulher e doenças crônicas (ARARAQUARA, 2012).

Sobre os vínculos profissionais, a região conta com 1105 funcionários, sendo a maioria, 839 (75,93%) com vínculo efetivo e fazendo parte do quadro permanente das secretarias municipais de saúde; 75 (6,79%) funcionários temporários presentes nos municípios de Descalvado, Porto Ferreira e São Carlos. É importante salientar o elevado número, 191 (17,28%) de funcionários com outras formas de contratação, presentes em elevado número nos municípios de Descalvado (89) e Ribeirão Bonito (65), sendo a maioria deles, pertencentes às equipes de ESF e PACS e contratados através de entidades filantrópicas. Tornam-se necessárias ações relativas a gestão do trabalho que garantam a permanência destes profissionais no quadro efetivo da saúde (ARARAQUARA, 2012).

O dados do controle social na ABS, demonstram que 32 (52,46%) unidades de saúde possuem Conselho Gestor Local, notadamente as unidades pertencentes aos municípios de Descalvado. Ressalta-se a importância de ações, visando a efetivação de espaços consolidados para participação dos usuários na cogestão das unidades de saúde (ARARAQUARA, 2012).

Os dados mostram que 41 (67,21%) unidades realizam reuniões com a comunidade; em Porto Ferreira somente as quatro USF realizam reuniões com a comunidade de forma esporádica, e de acordo com a demanda da comunidade (ARARAQUARA, 2012).

O controle social na ABS é um grande desafio para as equipes, para uma gestão democrática e participativa a população precisa se informada de seus direitos e deveres, e do trabalho desenvolvido pelas unidades de saúde (ARARAQUARA, 2012).

Quanto ao perfil de morbimortalidade, os indicadores de morbidade apresentam como principais causas de internação as doenças do aparelho circulatório e respiratório e das causas externas que figuram entre as primeiras causas de internação. As doenças do aparelho circulatório estão intimamente relacionadas com hábitos de vida e organização do sistema para diagnóstico precoce. As doenças do aparelho respiratório relacionam-se também às condições ambientais, tabagismo e demais poluentes urbanos e rurais (ARARAQUARA, 2012).

Entre as 20 principais causas de internação feminina, 8 (40%) estão relacionadas ao período pré-natal, o que reforça a necessidade qualificação das ações nesta área. A insuficiência cardíaca aparece entre as cinco primeiras causas de internação em ambos os sexos. No sexo masculino nota-se ainda a relevância das internações relacionadas ao aparelho cardiorrespiratório, o que se relaciona com o estilo de vida adotado, incluindo a frequência aos serviços de saúde e o autocuidado. Ainda no sexo masculino, percebe-se a relação das fraturas e traumatismo craniano com as causas externas e a relevância das internações por uso abusivo de drogas e substâncias psicoativa as quais podem determinar ainda internações por transtornos do trato digestivo e respiratório. A insuficiência renal crônica, que pode ser consequência das doenças circulatórias reforça a importância de tais agravos para saúde da população masculina (ARARAQUARA, 2012).

Em relação ao percentual de internações por condições sensíveis à ABS, a redução das internações pode significar a expansão da rede de atenção básica e ampliação do acesso, além da qualificação das ações nesta área. Outro ponto a ser considerado é a necessidade da regulação municipal como fator limitador das internações não necessárias (ARARAQUARA, 2012).

Quanto ao percentual de partos em menores de 20 anos, por região de saúde e RRAS, no geral o indicador é menor na RS Coração (embora seja maior do

que o do estado), mas em situações específicas ele é significativamente maior. Reflete a necessidade de ações intersetoriais de atenção aos adolescentes e de ações educativas voltadas a esta faixa etária. Deve ser considerada a oferta de métodos contraceptivos e a inserção dos adolescentes em programas de planejamento familiar. Além disso, deve ser considerado o acesso e a organização dos serviços para o acolhimento aos adolescentes. O indicador ainda impacta os indicadores de internação relacionados à gestação e a mortalidade infantil e materna (ARARAQUARA, 2012).

A taxa de cesárea no âmbito do SUS é menor, o que reflete os investimentos no sentido de qualificar a atenção materna infantil na rede pública de saúde. Também implicam neste indicador a qualificação dos profissionais para a condução do parto natural e a oferta de ações educativas (ARARAQUARA, 2012).

O indicador percentual de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal, é melhor na Região Coração, em comparação com o DRS e RRAS, com destaque para Ibaté que, embora seja menor do que na RS é maior do que na RRAS. O dado pode estar comprometido pela falta ou insuficiência de informação relacionada ao registro das consultas de pré-natal. Quando comparado com as causas de internação femininas, o dado reflete a necessidade de qualificação das ações, incluindo captação precoce das gestantes (ARARAQUARA, 2012).

Em relação aos números de óbitos e a taxa de mortalidade infantil, mortalidade neonatal e mortalidade pós-neonatal, a região apresenta melhores indicadores do que a RRAS e o DRS, com destaque positivo para Descalvado, que apresenta o melhor desempenho da região e Ribeirão Bonito, acima da média da RS. Os dados do município, quando avaliados conjuntamente com o indicador de mortalidade neonatal precoce revelam a necessidade de qualificação das ações de atenção ao pré-natal, parto e puerpério (ARARAQUARA, 2012).

Deve ser destacado, entretanto, que o componente neonatal precoce é significativo para todos os municípios, enfatizando-se a necessidade desta qualificação, incluindo a implantação, implementação, efetividade e ações de qualificação dos Comitês Municipais de Mortalidade Materna e Infantil (ARARAQUARA, 2012).

A mortalidade materna é mais significativa do que a infantil, cabendo a implementação das mesmas ações sugeridas na assistência à gestante. Em

comparação ao DRS e a RRAS o indicador se destaca negativamente, sendo mais que o dobro em relação à RRAS, demonstrando a necessidade de priorização da linha de cuidado materno infantil, com foco também na gestante (ARARAQUARA, 2012).

As cinco principais causas de óbito são, em ordem decrescente, doença do aparelho circulatório, neoplasias, doença do aparelho respiratório, sintomas e achados anormais (causas mal definidas) e causas externas (ARARAQUARA, 2012).

No que se referem aos leitos gerais SUS, destaca-se que todos os municípios da RS possuem hospitais. Entretanto, dois são de pequeno porte: Dourado e Ribeirão Bonito e a Santa Casa de São Carlos é a referência em média e alta complexidade para a região, inclusive abrigando a Maternidade de Alto Risco. Há necessidade de cadastramento de leitos dia o que facilitaria o atendimento a cirurgias de pequeno porte, disponibilizando leitos para internações de maior complexidade. Da mesma forma, há carência de leitos psiquiátricos em hospital geral (ARARAQUARA, 2012).

Em relação a gestão do trabalho na região Coração, apenas os municípios de São Carlos e Porto Ferreira possuem plano de carreira cargos e salários (ARARAQUARA, 2012).

Na região Coração, para a admissão de profissionais na rede SUS, os municípios utilizam diversas formas de contratação e jornadas de trabalho. A carga horária contratada para as categorias profissionais de nível superior varia de 04h a 40h, com destaque para os médicos; os demais profissionais apresentam carga horária de contratação que varia de 15h a 40h semanais. Quanto aos profissionais de nível médio nos 05 municípios da região a carga horária contratada é de 40h semanais. Observa-se também que 100 % dos municípios contratam pela administração direta, por meio de concursos públicos. Outras formas de contratação ocorrem por meio de OSS/OCIP, ONG, recibo de pagamento autônomo, e por fim contrato temporário, via cargo em comissão (ARARAQUARA, 2012).

Quanto a gestão da educação na saúde, os municípios da região Coração não contam com coordenação de EPS no organograma da secretaria municipal de saúde, porém cabe ressaltar que o município de Descalvado possui um grupo de apoio institucional que juntamente com a gestão e as unidades desenvolvem ações de EPS. Os municípios de Ibaté e Porto Ferreira contam com

uma equipe de EPS. Em São Carlos há o articulador de EPS e os processos de EPS são desenvolvidos pelas administradoras regionais de saúde nas equipes de saúde dos territórios. Com relação a educação popular, apenas os municípios de São Carlos e Descalvado desenvolvem ações (ARARAQUARA, 2012).

Nesta RS todos os municípios garantem a participação dos trabalhadores em atividades de EPS. Destaque para Descalvado, no qual o grupo de apoio institucional participa das reuniões de equipe das unidades onde são desenvolvidas ações de EPS. Os municípios de Ibaté, Ribeirão Bonito e Porto Ferreira apesar de algumas dificuldades, incentivam e oferecem condições para a participação dos trabalhadores em atividades de EPS. Em São Carlos as participações dos trabalhadores em atividades de EPS se dão dentro dos territórios, das administrações regionais de saúde, além de outros espaços do município como universidades, escola municipal de governo (ARARAQUARA, 2012).

4.1.4 Região de Saúde Norte

A Região de Saúde Norte pertence ao DRS III Araraquara, sendo composta por cinco municípios, sendo eles Cândido Rodrigues, Dobrada, Matão, Santa Ernestina e Taquaritinga, faz divisa com três municípios da Região Horizonte Verde, do DRS XIII de Ribeirão Preto, e também com municípios do DRS XV, de São José do Rio Preto. A região conta com três municípios de pequeno porte populacional e dois de médio porte populacional (ARARAQUARA, 2013).

Pode-se destacar que nessa RS há um predomínio de UBS tradicionais e UBS tradicionais com especialidades (70%), sendo as restantes sete unidades com ESF com ou sem saúde bucal (SB) e PACS (30%). Na RS Norte existe a necessidade de se aprofundar nas discussões sobre modelo assistencial, baseado na PNAB e, com a participação de representantes da gestão, dos trabalhadores e dos usuários dos SUS, uma vez que existem várias configurações presentes no conjunto das unidades de saúde (ARARAQUARA, 2013).

Quanto ao território nos municípios de pequeno porte, as unidades de saúde cobrem a totalidade da população e, portanto, tem sua área de abrangência definida, o que não ocorre nos municípios maiores, o que acarreta a busca do acesso às UBS e de especialidades por sua livre escolha. Esta prática compromete

a vinculação dos usuários a uma unidade de saúde e equipe de referência. Observa-se que quatro das cinco ESF apresentam população superior ao recomendado pelo MS, o que indica uma necessidade de redefinição dos seus territórios ou implantação de novas ESFs. Outra estratégia possível é a expansão do PACS nas unidades básicas de referência (ARARAQUARA, 2013).

As unidades de saúde da RS Norte atendem a demanda espontânea, porém, de forma geral, este atendimento está condicionado à disponibilidade de vagas do atendimento médico, sendo que algumas UBS absorvem a demanda espontânea somente para clínica médica e pediatria. Com relação a demanda programática, nas unidades de saúde na região, de forma geral o atendimento da demanda programática é realizado para algumas áreas específicas a exemplo da puericultura, ginecologia, entre outras. Em outras áreas, este atendimento não é sistematizado (ARARAQUARA, 2013).

Nota-se a baixa cobertura de ABS desta RS e tal panorama se mantido, certamente continuará havendo prejuízo na oferta de serviços básicos de saúde à população adscrita nestes municípios. Esta situação está compatível com o número insuficiente de RH desta RS (ARARAQUARA, 2013).

Com relação às equipes horizontais para o atendimento, com exceção da equipe de enfermagem do município de Dobrada, as equipes são fixas nas unidades de saúde e atendem as demandas programáticas de saúde da criança, mulher e doenças crônicas. Vale salientar que, nesta RS parte das unidades de saúde, apesar de possuírem equipes horizontais, não contam com profissionais médicos, dentistas e enfermeiros presentes durante todo seu período de funcionamento (ARARAQUARA, 2013).

Nas unidades de saúde dos municípios de Cândido Rodrigues, Dobrada e Santa Ernestina, vale destacar que, as mesmas compartilham a mesma estrutura física da Secretaria Municipal de Saúde e parte dos profissionais exercem funções de assistência e de gestão. Este compartilhamento de funções e responsabilidades dos profissionais pode gerar dificuldades, tanto no cotidiano da unidade de saúde, quanto nos processos de gestão (ARARAQUARA, 2013).

A RS conta com um quadro de 596 profissionais de saúde, sendo que, grande parte deste contingente (74%) é do quadro permanente das SMS e 15% referem-se ao quadro temporário, para os quais a gestão deve fazer esforços para incorporar tais trabalhadores ao seu conjunto. O tipo de vínculo temporário está

presente nos municípios de Dobrada (ACS) e Matão (ACS, estagiários em função administrativa e médicos), sendo necessárias ações que garantam a permanência destas categorias profissionais no quadro de funcionários efetivos da saúde (ARARAQUARA, 2013).

Em relação ao controle social na ABS, as unidades de saúde não contam com conselhos gestores locais implantados, embora tenha sido deliberada sua constituição nas conferências municipais realizadas em 2011 em Dobrada, Matão e Taquaritinga. Não há reuniões sistemáticas com a comunidade desenvolvidas pelas unidades de saúde e ou pela gestão. Algumas questões relativas à organização e funcionamento das unidades de saúde são discutidas eventualmente nos conselhos municipais de saúde (ARARAQUARA, 2013).

Conclui-se que nesta região de saúde há necessidade de fomentar processos locorregionais de apoio à participação social (ARARAQUARA, 2013).

Os indicadores de morbidade da região Norte, despontam como principal causa de internação a gravidez, parto e puerpério, porém se comparado a RRAS 13 é inferior, podendo ser justificado alta incidência de partos não SUS. Uma possível explicação para tal fato é a dificuldade de acesso à cesárea SUS com o profissional que acompanhou o Pré-Natal. Destacam-se também as lesões por causas externas, sendo superior na RS em relação a RRAS13, possivelmente relacionados com as condições socioeconômicas da população e com a população flutuante nos municípios (ARARAQUARA, 2013).

Em relação a principais causas específicas de internação por sexo na RS Norte, destaca-se a ocorrência de internações relativas às causas de doenças crônicas entre as primeiras causas, mas também se verifica a persistência de internações por causas infecciosas intestinais, virais e outras causas infecciosas. Cabe ressaltar ainda que as internações por causas relacionadas aos transtornos mentais e comportamentais e transtornos mentais por drogas e substâncias psicoativas são superiores no sexo masculino em relação ao feminino (ARARAQUARA, 2013).

Quanto ao percentual de internações por causas sensíveis à ABS por município, RS, RRAS 13 e estado, verifica-se que nesta RS a taxa é superior em relação a outras instâncias (DRS3, RRAS13 e estado). Vale salientar que em alguns municípios, na RS e no DRS III houve aumento nos anos de 2010 e 2011, em discordância com os dados da RRAS e do estado que tem uma tendência de queda,

podendo estar relacionados à deficiência dos programas de prevenção, promoção e tratamento da saúde. Nota-se uma discreta diferença entre os municípios na taxa de internação por causas sensíveis da ABS possivelmente causada pela existência e acesso ao serviço hospitalar nos municípios de Matão e Taquaritinga em relação aos demais municípios (ARARAQUARA, 2013).

Percebe-se que nessa RS a taxa de internação de menores de 20 anos para partos é superior a outras instâncias (DRS3, RRAS13 e estado), com tendência de queda nos últimos cinco anos, com exceção aos municípios de Cândido Rodrigues e Santa Ernestina. Esta informação pode estar relacionada com situação socioeconômica, cultural e de educação da população adolescente. Identifica-se ainda que nesta RS, a taxa de cesárea é consideravelmente superior a outras instâncias (DRS3, RRAS13 e estado) (ARARAQUARA, 2013).

No que tange a mortalidade infantil nos municípios, RS, DRS, RRAS e estado, destaca-se que o município de Matão apresenta no período de 2007 a 2010 um crescimento de mortalidade infantil em discordância aos dados da RS, DRS III e RRAS13. Vale ressaltar que no município de Taquaritinga houve declínio considerável na taxa de mortalidade, com exceção ao ano de 2008 onde ocorreu elevação da taxa. Esses indicadores podem refletir a qualidade da assistência da gestante, parturiente e ao recém-nascido. O papel do comitê de vigilância do óbito materno-infantil é de suma importância para qualificar a análise e propor ações de prevenção do óbito infantil (ARARAQUARA, 2013).

Quanto a taxa de mortalidade neonatal, o município de Matão apresenta maior taxa da RS comparando com os demais municípios da região, com a DRS III, a RRAS13 e o estado, que apresentam índices decrescentes. A RS apresenta índice superior a DRS III, RRAS 13 e estado, apresentado ainda aumento dos índices do ano de 2009 para 2010 em discordância com os demais, que apresentam diminuição das taxas (ARARAQUARA, 2013).

Com relação ao componente Pós-Neonatal, verifica-se que a RS apresenta diminuição da taxa em concordância com o DRS III, RRAS 13 e estado, que apresentam índices decrescentes nos últimos 2 anos analisados. Destaca-se que os índices da RS Norte não apresentam diferenças significativas em relação ao DRS III, RRAS 13 e estado (ARARAQUARA, 2013).

Observa-se que a mortalidade materna ocorre nos municípios de Matão e Taquaritinga, que apresentam um índice consideravelmente superior aos do

DRS III, RRAS 13 e estado. Destaca-se que nos anos de 2009 e 2010 houve elevação da taxa na RS, diferentemente do DRS III, da RRAS 13 e estado. Ressalta-se novamente o papel do comitê de vigilância do óbito materno-infantil na detecção de óbitos maternos, qualificação da análise e proposição de ações de prevenção deste agravo (ARARAQUARA, 2013).

Na análise das principais causas de mortalidade, destaca-se importante ocorrência de óbitos relativos aos sintomas sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais o que indica uma necessidade de qualificação das informações da Declaração de Óbito, onde o Serviço de Verificação de Óbito apresenta um papel importante (ARARAQUARA, 2013).

Também se considera que os índices da RS Norte são relativamente maiores que da RRAS 13 nas causas de doenças do aparelho circulatório, de sintomas sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais, visto que as ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento de saúde devem ser intensificadas para as doenças crônicas e também para as ações intersetoriais, visando à redução de violência e acidentes (ARARAQUARA, 2013).

As causas específicas de mortalidade são, em sua maioria, as mesmas para ambos os sexos, porém aparecem em diferentes ordens, sendo que o que difere nas mulheres é a cardiomiopatia e nos homens o acidente vascular encefálico. Comparando a RS com a RRAS 13 podemos observar que dentre as 5 principais causas específicas de mortalidade temos o infarto agudo do miocárdio para as mulheres e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas para os homens. Pode-se destacar ainda a ocorrência de óbitos por fibrose e cirrose hepáticas e neoplasias malignas do esôfago no sexo masculino na RS e RRAS 13, podendo estar associado ao consumo de álcool (ARARAQUARA, 2013).

Quanto aos leitos SUS gerais, a capacidade de leitos hospitalares instaladas é considerada suficiente para a RS. Verifica-se a inexistência de leitos clínicos para o serviço hospitalar de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas para atendimento da demanda existente, sendo necessário o credenciamento desse serviço (ARARAQUARA, 2013).

Em relação a gestão do trabalho, observa-se que 100% dos municípios da região Norte não possuem uma coordenação que fomente a incorporação na agenda de gestão a pactuação das questões relativas à gestão do trabalho no SUS.

Destaca-se também a ausência de Plano de Carreira Cargos e Salários; cabe salientar que em Matão, Dobrada e Taquaritinga as prefeituras municipais oferecem aos trabalhadores da saúde uma remuneração adicional por tempo de serviço (ARARAQUARA, 2013).

Os municípios da região Norte não contam com coordenação de EPS, contam apenas com articuladores e equipes de EPS. Vale destacar que os municípios de Matão e Taquaritinga possuem equipes de EPS, sendo que a de Matão é composta pelo articulador de EPS, de saúde mental e trabalhadores participantes dos projetos de EPS Desenvolvidos, ambos os municípios desenvolvem ações voltadas para a ABS e especializada (ARARAQUARA, 2013).

Na região Norte, com exceção de Santa Ernestina, todos os municípios garantem a participação dos trabalhadores em atividades de EPS. Em Dobrada as equipes de atenção entendem as reuniões de equipe como espaços de EPS. Nos municípios de Matão e Taquaritinga a gestão apoia a participação dos trabalhadores em atividades de EPS, porém há resistências, falta de motivação e não envolvimento de alguns trabalhadores nos processos desencadeados (ARARAQUARA, 2013).

Nota-se que os municípios de Cândido Rodrigues, Dobrada, Santa Ernestina, Taquaritinga e Matão realizam ações educativas de saúde na rede municipal de ensino (ARARAQUARA, 2013).

4.2 Necessidades e proposições apresentadas no PARESP das regiões de saúde do DRSIII Araraquara

4.2.1 Necessidades e proposições da Região de Saúde Central

Os resultados encontram-se na forma de categorias, no que se refere às necessidades ou problemas e as proposições apresentadas estão no formato mais próximo do que se encontrou nos PAREPS, de maneira articulada a cada categoria de necessidades. A apresentação dos resultados foi organizada em quadros referentes aos anos de 2008 a 2015, considerando o quadrilátero da EPS: gestão, atenção, formação e participação social.

Ressalta-se nos anos de 2008 e 2009 (Quadro 1), as questões

relacionadas ao planejamento e gestão do cuidado. Os resultados estão relacionados ao modelo de atenção à saúde, processo de trabalho em saúde. Nota-se que as ações propostas pelos articuladores de EPS e equipes municipais, estão focalizadas na discussão da ESF como a possibilidade de mudança do modelo de atenção, na qual o cuidado está centrado nas necessidades dos usuários, na vinculação junto ao território, na integralidade e responsabilização. Quanto ao eixo da formação, nota-se o apontamento de processos formativos de educação continuada, para a qualificação dos trabalhadores e melhoria da gestão e do cuidado ofertado aos usuários. Como segue: *Capacitação em saúde mental às equipes da Rede Básica; (RS Central 2008 e 2009); Formação Técnica de nível médio em ACS; (RS Central 2008 e 2009)*. Em relação a participação social, os documentos apontaram que a RS Central no período de 2008 e 2009 não apresentou necessidades e proposições.

Quadro 1: Necessidades e proposições da Região Central no PAREPS de 2008 e 2009

| EIXO | NECESSIDADES | PROPOSIÇÕES |
|--|---|---|
| Gestão | Planejamento e Gestão do Cuidado em Saúde | Implantação de equipes de apoio matricial |
| | | Utilização da ferramenta planejamento na gestão da atenção |
| | | Implantação das políticas e equipamentos de saúde |
| | | Implantação da rede de atenção |
| Atenção | Modelo de Atenção à Saúde Processo de Trabalho em Saúde | Implementar o trabalho em equipe |
| | | Discutir a ESF / UBS Territorialização - Equipe ampliada |
| | | Ampliar a adesão da população ao PSF |
| Formação | Processos formativos –Educação Continuada, especializações e atualizações | Melhorar o acolhimento |
| | | Capacitação em saúde mental às equipes da Rede Básica |
| | | Capacitação para abordagem breve e acolhimento ao dependente químico e etilista |
| | | Formação Técnica de nível médio em ACS |
| | | Formação Técnica de nível médio em Técnico em enfermagem |
| Formação Técnica de nível médio em Auxiliar e Técnico de Saúde Bucal | | |

Fonte: elaboração própria

No Quadro 2, relativo ao período de 2010, nota-se o enfoque para o planejamento e a gestão do cuidado em saúde. Revela-se que o cuidado em saúde, não está em pauta no projeto de saúde dos municípios. A intenção é o

fortalecimento e a consolidação da ABS como modelo de atenção, com adscrição de território e clientela, trabalho em equipe, vinculação, responsabilização e resolubilidade. Foram percebidas necessidades de intervenção da EPS, modelo de atenção centrado nas necessidades dos usuários, bem como a reflexão e discussão dos modos de operar o trabalho.

Nota-se ainda, o surgimento dos temas implementação da EPS no cotidiano das equipes de gestão e atenção, integração ensino-serviço, assim como os processos de EPS, educação continuada, especializações e atualizações: *Curso Especialização em Saúde da Família (RSC 2010); Reestruturação dos parceiros ensino-serviço (RSC 2010)*.

No que diz respeito a participação social emergiu a necessidade relacionadas ao papel do controle social: *Inclusão da comunidade na colaboração de definição e organização das práticas a partir de seu modo de vida no território (RSC 2010)*.

Quadro 2: Necessidades e proposições da Região Central no PAREPS de 2010

| EIXO | NECESSIDADES | PROPOSIÇÕES |
|-------------|---|--|
| Gestão | Planejamento e Gestão do Cuidado em Saúde | Fortalecimento da Educação permanente dentro dos municípios |
| | | Fortalecimento da Atenção Básica, visando o aumento da sua resolatividade |
| | | Implantação e apoio da gestão para a territorialização. |
| | | Constituição de um Grupo de Trabalho de Humanização Regional |
| Atenção | Modelo de atenção à saúde | Implantação da a Política de Humanização nos municípios |
| | | Fortalecimento da EPS nos municípios |
| | | Fortalecimento da ABS, visando o aumento da sua resolatividade |
| | | Implantação da a Política de Humanização nos municípios |
| | Implementação da EPS no cotidiano das equipes de gestão e atenção | Implantação e apoio da gestão para a territorialização. |
| | | Grupos de Trabalho realizados pelo DRS que contemplem as necessidades de formação e desenvolvimentos para a atuação em áreas específicas |
| | | Formação Técnica de nível médio em ACS |
| | | Formação Técnica de nível médio em Técnico em enfermagem |

| | | |
|---------------------|---|---|
| Formação | Processos formativos – EPS, Educação Continuada, especializações e atualizações | Formação Técnica de nível médio em Auxiliar e Técnico de Saúde Bucal |
| | | Projeto de EPS Fortalecimento da Atenção Básica que abordou inúmeros problemas e necessidades apontadas pelos trabalhadores |
| | | Projeto de EPS - Territorialização: um processo de transformação das práticas de gestão e produção de vida e cuidado |
| | | Curso Especialização em Saúde da Família |
| | | Formação de Conselheiros Municipais |
| | Integração ensino serviço | Reestruturação dos parceiros ensino-serviço |
| Participação Social | Controle Social | Inclusão da comunidade na colaboração de definição e organização das práticas a partir de seu modo de vida no território |

Fonte: elaboração própria

Os resultados do ano de 2011 (Quadro 3) mostram que novamente foram elencadas necessidades que envolvem o planejamento e a gestão do cuidado em saúde. Ressalta ainda no cuidado em saúde, o reconhecimento da EPS como ferramenta para o cuidado integral. *Continuidade das ações de EPS e fortalecimento das equipes municipais de EPS (RS Central).*

No ano de 2011, emergiu o tema da educação em saúde. Constatou-se que na RS a prevenção e a promoção de saúde estavam na pauta das equipes: *Realização de ações educativas nas unidades de saúde para diabéticos, hipertensos, gestantes e obesos (RS Central).*

Neste ano, novamente houve o surgimento dos temas integração ensino-serviço, assim como os processos de EPS, educação continuada, especializações e atualizações: *Formação Técnica de nível médio em ACS, TSB, ASB e técnico de enfermagem (RS C 2011).*

Em relação a participação social, a necessidade elencada está relacionada a capilarização da política do SUS e da EPS junto aos Conselhos Municipais de Saúde (CMS): *Instruir os profissionais e a comunidade, sobre conceitos básicos do SUS, EPS, direitos e deveres (RS C 2011).*

Quadro 3: Necessidades e proposições da Região Central no PAREPS de 2011

| EIXO | NECESSIDADES | PROPOSIÇÕES |
|---------------------|---|---|
| Gestão | Planejamento e Gestão do Cuidado em Saúde | Continuidade das ações de EPS e fortalecimento da equipe EP |
| Atenção | Educação em Saúde | Realização de ações educativas para diabéticos, hipertensos, gestantes e obesos |
| | | Apoiar atividades de Educação em Saúde nas áreas de Dengue, Saúde Bucal, DSTs nas Escolas e para a população em geral. |
| Formação | Processos formativos – EPS, Educação Continuada, especializações e atualizações | Atividades diversas de educação continuada para médicos, enfermeiros e equipe de enfermagem |
| | | Capacitação com diversos temas a equipe de enfermagem (treinamento de Imunização, coleta teste do pezinho (prática)) |
| | | Capacitação da equipe em relação humanização e acolhimento |
| | | Capacitar os profissionais sobre o que é o SUS |
| | | Formação de conselheiros municipais de saúde e representantes dos conselhos gestores das unidades de saúde. |
| | Projeto de formação das equipes de EP | |
| | Processos de Trabalho em Saúde | Fortalecer a Saúde Mental adequando as ações através de projetos, instituindo espaços de EP e proporcionar o fortalecimento e interação entre os profissionais da equipe e com a comunidade |
| | Integração Ensino-Serviço | Articular a integração ensino-serviço para a formação de trabalhadores alinhados à política de saúde SUS |
| Participação Social | Capilarização da política de EPS e do SUS | Instruir os profissionais e a comunidade, sobre conceitos básicos do SUS, EPS, direitos e deveres |

Fonte: elaboração própria

Na gestão (Quadro 4), destacou-se no ano de 2012, a importância da gestão regional na implementação e articulação da política de EPS junto aos municípios, por meio da execução dos projetos de EPS, avaliação do projeto de EPS “Fortalecimento da Atenção Básica” e ações advindas dos mesmos. Vale ressaltar que neste ano emergiu junto a gestão do cuidado em saúde, as redes de atenção à saúde, com proposta de constituir equipes indutoras da gestão em rede, a fim de organizar o fazer em rede, assim como reorganizar as redes temáticas.

Em 2012, surgiu de forma bastante intensa a necessidade e a

importância do debate e da constituição das redes de atenção à saúde. As proposições revelam a relevância da gestão e atenção em alinhar conceitos, conhecer os pontos da rede municipais e regionais e estabelecer fluxos, entre outras discussões. *O que é rede? de que rede estamos falando quando pensamos em rede? Como organizar uma rede? (RS C 2012).*

No que tange a formação, ressalta-se a necessidade de processos educativos que coloque os diferentes pontos da rede em conversa, salientando o que é a rede, os fluxos de comunicação, possibilitando o desenho da rede municipal, assim como constituir equipes indutoras da gestão em rede, a fim de organizar o fazer em rede, e reorganizar as redes municipais e regionais.

Nota-se que no ano de 2012, a região não apontou necessidades e proposições no eixo da participação social.

Quadro 4: Necessidades e proposições da Região Central no PAREPS de 2012

| EIXO | NECESSIDADES | PROPOSIÇÕES |
|----------|---|---|
| Gestão | Gestão Regional para implementação da EPS | Continuação das atividades da avaliação do PPSUS a fim de implementar a EPS na ABS |
| Atenção | Redes de Atenção à Saúde | constituição das redes de atenção à saúde |
| | | alinhamento de conceitos sobre Redes de Atenção à Saúde |
| Formação | Processos formativos – EPS, Educação Continuada, especializações e atualizações | constituição de equipes indutoras da gestão em rede, com a tarefa de organizar o fazer em rede, no cuidado e na gestão |
| | | Projeto de EP com o objetivo de colocar os diferentes pontos da rede em conversa, salientando que a rede, os fluxos de comunicação, possibilitando o desenho da rede municipal, constituir equipes indutoras da gestão em rede, com a tarefa de organizar o fazer em rede, e assim reorganizar as redes municipais e regionais. |
| | | Formação Técnica de nível médio em ACS, Técnico em enfermagem, Auxiliar de Saúde Bucal e Técnico em Saúde Bucal |

Fonte: elaboração própria

Quanto ao ano de 2013 (Quadro 5), pode-se identificar a necessidade de implementação da Política de EPS e Humanização, as referidas políticas surgem neste momento com proposições que visam a criação e ampliação dos grupos de EPS, assim como a constituição de grupo de apoio institucional: *Implementar a Política de Educação Permanente em Saúde (RS C. 2013)*. Neste ano emergiu ainda a

necessidade de integração ensino-serviço, apontado pelo município de Araraquara, sendo que o mesmo conta com a gerência de EPS, responsável por articular, apoiar, regular e monitorar os estágios de alunos dos cursos da área da saúde (nível técnico e superior) através de convênios nos serviços vinculados à SMS. Os resultados demonstraram ainda que, os problemas estão voltados a qualificação das equipes por meio do PMAQ visando as mudanças nos processos de trabalho das equipes de ABS.

Em relação a formação, surgiu a necessidade de sustentabilidade das ações de EPS na região Central, principalmente no que tange ao apoio das ações decorrentes de projeto de EPS: *Acompanhamento da continuidade do projeto do Projeto de EP para o Controle Social (RS C. 2013)*.

Em 2013, verificou-se o surgimento dos temas formação para o SUS, além da educação em saúde. *Incentivar a formação de Conselhos Gestores nas unidades de saúde que ainda não possuem. (RSC 2013), Realização de Oficinas para Conselheiros Municipais de Saúde e membros dos Conselhos Gestores das unidades de saúde, oportunizando conhecimentos sobre o SUS, através da promoção de debates sobre as políticas nacionais e os princípios doutrinários e organizativos do SUS. (RSC 2013)*.

Quadro 5: Necessidades e proposições da Região Central no PAREPS de 2013

| EIXO | NECESSIDADES | PROPOSIÇÕES |
|-------------|--|---|
| Gestão | Implementação da Política de EPS e Humanização | Implementar a Política de Educação Permanente em Saúde |
| | Gestão e Integração Ensino Serviço | Articular, apoiar, regular e monitorar os estágios de alunos dos cursos da área da saúde |
| Atenção | Processos de Trabalho em Saúde | Continuidade da qualificação das equipes de saúde que aderiram ao PMAQ, por meio do desenvolvimento das matrizes de intervenção elaboradas |
| | | Espaços que possam favorecer a compreensão dos cenários, das políticas nacionais de saúde, ampliando discussões, reflexões e construções coletivas, com articulação de novos arranjos |
| Formação | Sustentabilidade das ações de EPS | Acompanhamento da continuidade do projeto do Projeto de EP para o Controle Social |
| | | Apoiar ações de educação continuada e EPS visando a qualificação dos gestores da saúde na perspectiva da intersectorialidade e da integralidade, |

| | | |
|---------------------|---|---|
| | | articuladas a Política Nacional de Humanização |
| Participação Social | Controle Social - Criação dos Conselhos Gestores Locais | Incentivar a formação de Conselhos Gestores nas unidades de saúde que ainda não possuem |
| | | Formação de Grupos nas USF e UBS, com a participação de usuários, para garantir participação popular nas ações de saúde |
| | Formação sobre o SUS | Realizar Oficinas para Conselheiros Municipais de Saúde e membros dos Conselhos Gestores das unidades de saúde, oportunizando conhecimentos sobre o SUS |

Fonte: elaboração própria

Em 2014 (Quadro 6), apreendeu-se uma diversidade nas necessidades e proposições, surgiram categorias relacionadas ao planejamento e gestão do trabalho, revelando a fragilidade e inadequação das equipes no que se refere ao RH, bem como a necessidade de ampliar e oportunizar a participação dos RH em oficinas e encontros de EPS. Ainda sobre a gestão, emergiram as questões do modelo e o trabalho em rede, com possibilidade de reverter o modelo de gestão da saúde, implementando e fortalecendo o planejamento e avaliação, território definido, trabalho em equipe produzindo cuidado integral e humanizado. Cabe destacar as ações que envolvem a articulação entre a ABS e a saúde mental, é reconhecida a importância do apoio matricial como a tecnologia educativa que apoia e propicia transformações nos modos de fazer e de cuidar das equipes de ESF.

Neste ano, constatou-se a importância da ABS enquanto ordenadora e coordenadora das redes, os resultados mostraram que faz se necessário a proposição de ações que concretizem a organização das redes de atenção à saúde, possibilitando o cuidado integral.

Surgiu, ainda, a necessidade de processos formativos junto aos trabalhadores que perpassam discussões sobre a criação do SUS, política de humanização. Nota-se ainda, a importância das equipes novas de ESF realizarem o introdutório de saúde da família, para que a equipe possa ir se constituindo ancorada nos conceitos propostos pelo modelo de saúde da família e comunidade.

Quanto a participação social, foi apontada como proposição na RS

Central a ampliação das discussões e qualificação das equipes para o controle social.

Quadro 6: Necessidades e proposições da Região Central no PAREPS de 2014

| EIXO | NECESSIDADES | PROPOSIÇÕES |
|---------------------|--|--|
| Gestão | Planejamento e Gestão do Trabalho | Contratação de trabalhadores |
| | | Ampliar o número de funcionários participantes nas reuniões dentro do município, como também nas oficinas regionais |
| | Modelo de Atenção e Trabalho em Rede | Implementar a territorialização, para a criação de vínculo, responsabilidade sanitária do território e melhor planejamento das ações |
| | | Fortalecer o trabalho em equipe |
| | | Estabelecer reuniões periódicas entre AB e Saúde mental e ações de matriciamento |
| | | Trabalhar modelo de AB, acolhimento; Atenção especializada; Urgência e emergência; Fortalecimento da atenção básica; Prevenção |
| Atenção | Redes de Atenção à Saúde | Organização da rede e levantamento epidemiológico das necessidades na atenção básica |
| Formação | Processos formativos – EPS, Educação Continuada, especializações, atualizações | Desenvolver capacitação da equipe da saúde da família pelo multiplicador |
| | | Discussão sobre a Política de Humanização, seus eixos e sua aplicação |
| | | Discussão sobre o que é o SUS (o processo de construção) |
| Participação Social | Controle Social | Ampliar discussões e qualificação das equipes para o controle social |

Fonte: elaboração própria

No último ano analisado, 2015, (Quadro 7) destacou-se os aspectos de planejamento e implementação da EPS e Humanização, como ferramentas de gestão, para os modos de gestão e produção de cuidado, bem como a necessidade de rever os processos de trabalho, por vezes fragmentado, com ausência de trabalho em equipe e distante da integralidade. Cabe salientar outras possibilidades de desenvolver o trabalho em saúde de modo a propiciar a intersetorialidade, articulando as ações de promoção e prevenção nos territórios.

Nesta região percebe-se novamente o surgimento de propostas

educativas de educação continuada, ofertas temáticas e pontuais promovidas por meio de capacitações: *Capacitação em teste rápido (HIV, sífilis e hepatites) (RSC 2015); Capacitar profissionais para implantação do E-SUS (RSC 2015).*

Quadro 7: Necessidades e proposições da Região Central no PAREPS de 2015

| EIXO | NECESSIDADES | PROPOSIÇÕES |
|---------------------|--|--|
| Gestão | Planejamento e Implementação da EPS e Humanização | Estimular e fortalecer os processos de EPS valorizando as experiências e saberes dos trabalhadores de saúde |
| Atenção | Trabalho e reunião de equipe | Realizar uma dinâmica onde os funcionários entendam o que é trabalhar em equipe Implantar e implementar as reuniões de equipe nas UBS e ESF |
| | Redes de Atenção à Saúde | Implementar grupos de gestantes com foco no parto normal |
| | Intersetorialidade | Ações Programa Saúde na Escola: palestra sobre Saúde Bucal, drogas |
| Formação | Processos formativos – EPS, Educação Continuada, especializações, atualizações | Capacitação sobre DST/abordagem sindrômica |
| | | Capacitação em teste rápido (HIV, sífilis e hepatites) |
| | | Capacitação de novas equipes PAI/PAD |
| | | Capacitar profissionais para compreender os indicadores de saúde do seu território/município |
| | | Capacitar profissionais para implantação do E-SUS |
| | | Realização do Curso Introdutório a ESF |
| Participação Social | Controle Social - Criação dos Conselhos Gestores Locais | Participação e controle |
| | | Participação da população junto à AB, ativar conselhos gestores das unidades e CMS, manter a formação dos conselheiros |

Fonte: elaboração própria

4.2.2 Necessidades e proposições da Região de Saúde Centro Oeste

Nos anos iniciais de construção dos PAREPS (Quadro 8), foram destacados e elencados com maior frequência os problemas e necessidades relativas a transparência e controle dos recursos financeiros utilizados no setor saúde nos municípios. Muitas das proposições envolvem a otimização dos recursos financeiros, conhecer as formas de prestação de contas, assim como qualificar os setores financeiros das prefeituras e o Fundo Municipal de Saúde, para os processos de execução financeira: *Falta de conhecimento do Financiamento do SUS (RS C.O. 2008 e 2009); Fortalecer o Fundo Municipal de Saúde (RS C.O. 2008 e 2009); Divulgação das informações sobre utilização dos recursos financeiros no setor saúde. (RSC.O. 2008 e 2009).*

Nos anos de 2008 e 2009 (Quadro 8) e em 2010 (Quadro 9), nota-se o enfoque para a gestão do trabalho do RH no cenário SUS. É reconhecida a inexistência da gestão do trabalho nos municípios das quatro regiões de saúde, sendo necessária aproximação dos municípios sobre essa demanda, porém, nota-se que tal fato não ocorre.

Em relação a atenção à saúde, percebe-se que nesse período os resultados apresentados estão relacionados ao modelo de atenção à saúde e trabalho em rede. Revela-se que as ações propostas pelos articuladores de EPS e equipes municipais, estão focalizadas na discussão da ESF como a possibilidade de mudança do modelo de atenção, na qual o cuidado está centrado nas necessidades dos usuários, na vinculação junto ao território, na integralidade e responsabilização. Percebe-se a intencionalidade de discutir sobre a ABS, de organizar os serviços e os processos de trabalho por meio do trabalho em equipe, a fim de promover a constituição, organização do trabalho em rede: *Reverter o Modelo de Atenção à Saúde oferecido a população, discutindo a organização de redes de atenção, a territorialização, a clínica ampliada, as práticas de saúde desenvolvidas, trabalho em equipe, linhas de cuidado e integralidade (RSC.O 2008 e 2009).*

Identifica-se ainda que nestes anos iniciais, os processos formativos apontados sugerem ações educativas de educação continuada. A RS demandou formações técnicas para categorias específicas: *Formação Técnica de nível médio em ACS (RSC.O 2008 e 2009); Formação Técnica de nível médio em Técnico em enfermagem*

(RSC.O 2008 e 2009); *Formação Técnica de nível médio em Auxiliar e Técnico de Saúde Bucal* (RSC.O 2008 e 2009). Vale destacar que emergiu nos anos iniciais do PAREPS a necessidade e a proposição de formação de Conselheiro Municipal de Saúde.

Quanto ao eixo da participação social nota-se nos anos de 2008, 2009 (Quadro 8) e 2010 (Quadro 9) necessidades relacionadas a constituição e fortalecimento dos conselhos municipais de saúde e o papel do controle social: *Conhecendo o papel do Controle Social* (RSC.O 2008 e 2009); *Fortalecer os Conselhos Municipais de Saúde* (RSC.O 2010).

Quadro 8: Necessidades e proposições da Região Centro Oeste no PAREPS de 2008 e 2009

| EIXO | NECESSIDADES | PROPOSIÇÕES |
|---------------------|--|--|
| Gestão | Estrutura, infraestrutura e Gestão do processo de trabalho em saúde/trabalhadores | Implantação da Gestão do Trabalho e de RH |
| | Transparência e controle dos recursos financeiros utilizados no setor saúde nos municípios | Implantação de política de Financiamento |
| | | Otimização dos recursos |
| Atenção | Modelo de Atenção à Saúde | Fortalecer os Fundos Municipais de Saúde |
| | | Reverter o Modelo de Atenção à Saúde oferecido a população, discutindo a organização de redes de atenção, a territorialização, a clínica ampliada, as práticas de saúde desenvolvidas, trabalho em equipe, linhas de cuidado e integralidade |
| | | Atenção Básica X urgência e emergência, modelo centrado na urgência |
| | Trabalho em rede | Política de prevenção e integralidade |
| | | Compreensão do sistema referência / contrarreferência |
| | | Organização da rede (comunicação entre os setores) |
| Formação | Processos formativos – EPS, Educação Continuada, especializações e atualizações | Formação de Conselheiros Municipais de Saúde |
| | | Formação Técnica de nível médio em ACS |
| | | Formação Técnica de nível médio em Técnico em enfermagem |
| | | Formação Técnica de nível médio em Auxiliar e Técnico de Saúde Bucal |
| Participação Social | Controle Social | Conhecendo o papel do Controle Social |

Fonte: elaboração própria

Quadro 9: Necessidades e proposições da Região Centro Oeste no PAREPS de 2010

| EIXO | NECESSIDADES | PROPOSIÇÕES |
|---------------------|---|---|
| Gestão | Gestão do Trabalho | Fazer gestão do RH para o SUS |
| Atenção | Processos de Trabalho em Saúde | Análise e transformação dos processos de trabalho |
| | | construção do trabalho em equipe, tentando com isso a cogestão dos serviços |
| Formação | Processos formativos – EPS, Educação Continuada, especializações e atualizações | Formação Técnica de nível médio em Auxiliar e Técnico de Saúde Bucal |
| | | Formação Técnica de nível médio em ACS e Técnico de Enfermagem |
| Participação Social | Controle Social | Fortalecer os Conselhos Municipais de Saúde |

Fonte: elaboração própria

Os resultados do ano de 2011 (Quadro 10) demonstram que novamente foram elencadas necessidades que envolvem o planejamento e a gestão do cuidado em saúde, com destaque para o apontamento feito pela gestão estadual, a qual avalia a necessidade de mudança no modo de articulação regional da política de EPS. Ressalta ainda a importância dos articuladores de EPS e trabalhadores do cuidado e da gestão em reconhecer da EPS como ferramenta de gestão para o cuidado integral.

Em relação a atenção à saúde, os resultados apontam em 2011, a manutenção de necessidades relativas ao trabalho em equipe, a aproximação da gestão com a atenção, alinhamento e constituição de redes, assim como a constituição de equipes indutoras de gestão em rede com a tarefa de organizar o fazer em rede na gestão e na atenção. Ressalta-se ainda a relevância de proposições de implementação de dispositivos da política de humanização.

Pode-se perceber que destacou nas proposições de formação o projeto de EPS Territorialização: um processo de transformação das práticas de gestão e produção de vida e cuidado promovido pela gestão estadual. O mesmo trouxe a perspectiva de oportunizar aos gestores e trabalhadores de saúde, um olhar ampliado sobre os modos de vida que interferem no processo saúde-doença-cuidado, contribuindo para a integração e reorganização da rede de ações de saúde.

No ano de 2011, as necessidades que emergiram são relativas a

criação e ampliação dos conselhos gestores locais e a capilarização da política do SUS e da EPS junto aos Conselhos Municipais de Saúde (CMS): *Apresentar ao CMS sobre Educação Permanente e Princípios do SUS; (RSC.O 2011).*

Quadro 10: Necessidades e proposições da Região Centro Oeste no PAREPS de 2011

| EIXO | NECESSIDADES | PROPOSIÇÕES |
|--|---|--|
| Gestão | Planejamento e Gestão do Cuidado | A EP tornar-se uma Política Municipal e constituir equipes de EP |
| | | Mudar o modo de articular e fazer a política, que se encontra centralizada na gestão estadual, com ação incipiente de alguns articuladores, devido a realidades municipais |
| Atenção | Implementação da Política de Humanização | Aproximação da gestão com a atenção nos diversos espaços para construção de novos modos de cuidado. Trabalhar com acolhimento |
| | Trabalho e reunião de equipe | Reuniões de equipe nas unidades de saúde de forma sistematizada. |
| | | Reuniões do gestor, articulador de EP/ equipe de EP, articulador de atenção básica com os representantes das equipes de saúde |
| | Educação em Saúde | Realização de curso de gestantes nas UBS que ainda não iniciaram |
| | Redes de Atenção à Saúde | Constituição das redes |
| | | Alinhamento sobre o conceito de redes |
| Constituição de equipes indutoras de gestão em rede com a tarefa de organizar o fazer em rede na gestão e na atenção | | |
| Formação | Processos formativos – EPS, Educação Continuada, especializações e atualizações | Introdutório do ACS |
| | | Formação Técnica de nível médio em ACS, ACD, Auxiliar e Técnico de Enfermagem |
| | | Projeto de EPS Territorialização: um processo de transformação das práticas de gestão e produção de vida e cuidado |
| Participação Social | Capilarização e sustentabilidade da EPS e do SUS | Apresentar a Política de EPS e os princípios do SUS ao CMS |

Fonte: elaboração própria

Os resultados apontaram que na gestão, em 2012, (Quadro 11) a relevância da gestão regional na implementação e articulação da política de EPS junto aos vinte quatro municípios, por meio da execução dos projetos de EPS e ações advindas dos mesmos. Vale ressaltar que neste ano emergiu novamente junto a gestão do cuidado em saúde, a partir da constituição e organização das redes de

atenção à saúde.

Nos anos de 2012 (Quadro 11) e 2013 (Quadro 12), além dos processos de EPS, educação continuada, especializações e atualizações, emergiram ainda, a necessidade de sustentabilidade das ações de EPS, principalmente no que tange, as ações de intervenções advindas dos projetos de EPS desenvolvidos nas quatro regiões de saúde: *Acompanhamento dos participantes do curso de Educação Permanente para o Controle Social (RSC.O 2012). Acompanhamento da continuidade do projeto do Projeto de Educação Permanente para o Controle Social (RS C.O. 2012 e 2013).*

Em relação a participação social, neste ano, os articuladores de EPS e trabalhadores municipais não apresentaram necessidades e proposições.

Quadro 11: Necessidades e proposições da Região Centro Oeste no PAREPS de 2012

| EIXO | NECESSIDADES | PROPOSIÇÕES |
|-------------|---|---|
| Gestão | Implementação da Política de EPS e Humanização | Continuidade das ações dos projetos de EPS Trabalho em equipe e Territorialização |
| Atenção | Redes de Atenção à Saúde | Constituição e organização das redes |
| Formação | Processos formativos – EPS, Educação Continuada, especializações e atualizações | Programa de Imunização, Tuberculose e Hanseníase Continuidade do projeto de EPS Tecendo a Rede de Saúde Mental |
| | Sustentabilidade das ações de EPS | Acompanhamento dos participantes do projeto de EP para o Controle Social |

Fonte: elaboração própria

Quanto ao ano de 2013 (Quadro 12), destacou-se a necessidade de implementação da Política de EPS, por meio do apoio e sustentação das ações advindas dos projetos de EPS realizado nos municípios. Entende-se a EPS como política que atravessa as práticas de gestão, atenção e participação social, diferenciada pelo seu modo de fazer, modo este que favorece reflexões, incorporação de novas tecnologias que visam a abertura para o diálogo e a transformação das práticas.

No que diz respeito a atenção à saúde, novamente emergiu necessidades relativas a problematização e revisão dos processos de trabalho. Torna-se necessário que a realidade de cada equipe de saúde possa ser objeto de

reflexão, provocando diálogo para repensar como os serviços e o cuidado está sendo organizado, e assim propor a inovação das práticas e novos modos de cuidar.

Na participação social, outra vez, surgiu como proposição a discussão sobre o papel do controle social e a dinâmica de funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde.

Quadro 12: Necessidades e proposições da Região Centro Oeste no PAREPS de 2013

| EIXO | NECESSIDADES | PROPOSIÇÕES |
|---------------------|---|---|
| Gestão | Implementação da Política de EPS | Continuidade das ações do projeto de EPS em Saúde Mental |
| Atenção | Processos de Trabalho em Saúde | Estruturação das Linhas de Cuidado |
| | | Revisão e fortalecimento dos protocolos |
| | | Criação de protocolos para padronização do atendimento |
| Formação | Processos formativos – EPS, Educação Continuada, especializações e atualizações | Capacitação sobre gestão financeira |
| | | Capacitação para a sala de vacina |
| | | Discussão sobre linhas de cuidado e redes temáticas |
| Participação Social | Controle Social | Discussão com as equipes sobre o papel do controle social |

Fonte: elaboração própria

Percebe-se em 2014 (Quadro 13), a manutenção de proposições relativas ao modelo de atenção à saúde, as mudanças desejadas no modelo vigente, exigem outro modo de organizar os serviços e conseqüentemente outro modo de fazer a gestão em saúde e a gerência, coordenação dos serviços, pois o modelo tradicional de organização do trabalho não tem garantido que as práticas se complementem e que haja resolubilidade no cuidado.

Em relação a atenção à saúde, emergiu a importância de organização das redes de atenção à saúde, especialmente a rede cegonha, cujo objetivo é implementar a atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco desde o pré-natal, parto, nascimento, puerpério ao crescimento e desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses. A constituição das redes é um arranjo prático de organização que possibilita processos capazes de responder às demandas de saúde dos usuários, garantindo a integralidade do cuidado.

No ano de 2014, a RS mostrou resultados igualmente ao ano de 2013, o qual emergiu a importância da sustentabilidade das ações de EPS, especialmente

apoio ao plano de intervenção proposto pelo projeto de EPS Tecendo a Rede de Saúde Mental.

A RS Centro Oeste em 2014 não apontou necessidades e proposições para a participação social.

Quadro 13: Necessidades e proposições da Região Centro Oeste no PAREPS de 2014

| EIXO | NECESSIDADES | PROPOSIÇÕES |
|----------|-----------------------------------|--|
| Gestão | Modelo de Atenção à Saúde | Definir o modelo de gestão da saúde |
| | | Discussão sobre a política de humanização, seus dispositivos e aplicação |
| | | Roda de Conversas entre as equipes |
| | | Continuar as reuniões mensais de equipe com o gestor de saúde |
| Atenção | Redes de Atenção à Saúde | Rede Cegonha: discussão e ações educativas com todos os profissionais da ABS |
| | Processos de Trabalho em Saúde | Revisão dos protocolos |
| Formação | Sustentabilidade das ações de EPS | Continuidade das ações propostas no plano de intervenção do projeto de EPS para a saúde mental |

Fonte: elaboração própria

Quanto a gestão (Quadro 14), em 2014, os articuladores de EPS assinalaram a importância da aproximação da gestão e atenção, por meio de reuniões sistemáticas, favorece a gestão compartilhada e a implementação das políticas na área da saúde.

Em 2015, os resultados revelaram a importância da EPS como ferramenta de gestão e a necessidade de revisão e transformação do modelo de atenção à saúde. Vale ressaltar o aparecimento de proposições envolvendo o NASF, vez que o mesmo visa fortalecer a ESF, utilizando ferramentas tecnológicas como o apoio matricial, projeto terapêutico singular e a clínica ampliada.

Pode-se perceber que os processos formativos em 2015, superaram apenas o apontamento de ações de capacitações temáticas por categoria, especialmente as de nível médio. Apreendem-se propostas intersetoriais principalmente na saúde mental, bem como a necessidade de articular a política de

EPS e humanização, no sentido de proporcionar aos trabalhadores espaços de reflexão, debate, problematização e aprendizado *Café reflexivo: eventos com escolas e equipamentos de saúde e sociais para apresentar o CAPS AD e formar parcerias de trabalho (RS C.O. 2015); Articular ações de saúde com os outros setores (esporte, promoção social, educação) (RS C.O 2015); Articular a política de humanização nos espaços de EPS (RS C.O. 2015).*

Quadro 14: Necessidades e proposições da Região Centro Oeste no PAREPS de 2015

| EIXO | NECESSIDADES | PROPOSIÇÕES |
|----------|---|--|
| Gestão | Gestão do Processo de Trabalho | Continuidade da realização as reuniões mensais entre gestor e os articuladores/representantes dos diversos setores da Saúde |
| | | Implantar e implementar as reuniões de equipe nas unidades de saúde |
| | | Reunião de equipe sistemática |
| Atenção | Modelo de Atenção á Saúde | Uso das ferramentas de EPS para sensibilizar as equipes de ABS |
| | | Fortalecimento do NASF |
| Formação | Processos formativos – EPS, Educação Continuada, especializações e atualizações | Café reflexivo: eventos com escolas e equipamentos de saúde e sociais para apresentar o CAPS AD e formar parcerias de trabalho |
| | | Articular a política de humanização nos espaços de EPS |

Fonte: elaboração própria

4.2.3 Necessidades e proposições da Região de Saúde Coração

Nesta região em relação aos anos de 2008 e 2009 (Quadro 15), nota-se como um problema a ser resolvido pela gestão da saúde, as questões de gestão do trabalho, visto as diversas proposições sobre a discussão do número reduzido de RH e propostas de novas contratações, assim como a recorrente discussão sobre o plano de carreira, cargos e salários. Vale ressaltar que a gestão do trabalho no SUS envolve as ações relativas a força de trabalho em saúde e a gestão das relações de trabalho, tema pouco explorado no SUS.

Na RS Coração também foram assinalados os problemas e necessidades relativas a transparência e controle dos recursos financeiros utilizados no setor saúde nos municípios. Muitas das proposições envolvem a qualificação dos municípios e gestores sobre o financiamento no SUS. *Falta de conhecimento do Financiamento do SUS (RS CORA)*.

No que diz respeito a atenção, os resultados apresentados nos anos de 2008 e 2009, estão relacionados ao processo de trabalho em saúde e trabalho em rede. Nota-se que as ações propostas pelos articuladores de EPS e equipes municipais, estão focalizadas na discussão da ESF como a possibilidade de mudança do modelo de atenção, na qual o cuidado está centrado nas necessidades dos usuários, na vinculação junto ao território, na integralidade e responsabilização. Observa-se a intencionalidade de discutir sobre a ABS, de organizar os serviços e os processos de trabalho por meio do trabalho em equipe, incorporando as tecnologias relacionais, a fim de constituir e promover o trabalho em rede: *Organização dos Serviços ESF/UBS (RS CORA 2008 e 2009); Incorporação tecnológica leve, leve – dura (RS CORA 2008 e 2009); Fortalecer o trabalho de equipe (RS N. 2008 e 2009)*.

Pode-se perceber na RS a partir dos resultados obtidos na formação, um permanente pedido de cursos pontuais de capacitação técnica para varias categorias, o que nos leva a reflexão sobre o como as necessidades de formação foram identificadas. É reconhecida a dificuldade de cada município em fazer coletivos para discutir os processos de trabalho, quais os problemas enfrentados pelas equipes, o processamento destes problemas, para localizar os nós-críticos, e por fim elencar as necessidades de qualificação e formação.

Nos anos de 2008, 2009 e 2010 percebeu-se necessidades relacionadas a constituição e fortalecimento dos conselhos gestores locais e o papel do controle social: *Conhecendo o papel do Controle Social (RSCORA 2008 e 2009); Fortalecer os Conselhos Gestores Locais; (RS CORA 2008 e 2009)*.

Quadro 15: Necessidades e proposições da Região Coração no PAREPS de 2008 e 2009

| EIXO | NECESSIDADES | PROPOSIÇÕES |
|---------------------|--|---|
| Gestão | Gestão do trabalho em saúde/trabalhadores | Discussão sobre Plano de Carreira, Cargos e Salários |
| | | Contratação de recursos humanos para o SUS |
| | Transparência e controle dos recursos financeiros utilizados no setor saúde nos municípios | Implantação de política de Financiamento |
| | | Qualificação dos municípios sobre financiamento no SUS |
| Atenção | Processos de Trabalho em Saúde | Discutir como se faz ESF/UBS/Gestão/Gerência |
| | | Incorporar tecnologias leve e leve-dura |
| | Trabalho em rede | Definir fluxos, ações de saúde e serviços de cuidado |
| | | Comunicação entre as unidades, fazer rede |
| Formação | Processos formativos – EPS, Educação Continuada, especializações e atualizações | Cuidando do Trabalhador |
| | | Atualização na assistência farmacêutica |
| | | Capacitação para utilizar os sistemas de informação |
| | | Formação de Conselheiros Municipais de Saúde |
| | | Formação em Terapia Comunitária |
| | | Especialização em Saúde da Família e Módulo Introdutório da ESF |
| | | Atualização técnica para a enfermagem |
| Participação Social | Conselho Gestor Local | Fortalecer os conselhos gestores locais |
| | | Possibilitar através das ações de EPS a aproximação do trabalhador e usuário, construindo em cada unidade o conselho gestor local |
| | Controle Social | Fortalecer os Conselhos Municipais de Saúde (funcionamento e estruturação) |

Fonte: elaboração própria

Identificou-se na RS Coração, em relação a gestão no ano de 2010 (Quadro 16), o apontamento para a ausência do planejamento em saúde e da gestão do cuidado em saúde, nas quatro regiões de saúde. Vale enfatizar a relevância em utilizar os instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação, como mecanismos que favoreçam e fortalecer a implementação de políticas de saúde.

Quanto ao ano de 2010 novamente foram verificadas como necessidades de intervenção da EPS, modelo de atenção centrado nas necessidades dos usuários, bem como a reflexão e discussão dos modos de operar o trabalho. Para tanto esta região propôs: *Análise e transformação dos processos de*

trabalho, construção do trabalho em equipe, tentando com isso a cogestão dos serviços. (RS CORA 2010).

Na formação, assim como em outras regiões de saúde, nota-se a manutenção de ações pontuais para os trabalhadores de nível médio. Percebe-se que ainda é distante dos trabalhadores a análise do contexto institucional dos processos de trabalho da produção do cuidado, da formação e do controle social, dificultando a identificação das necessidades educativas, e a compreensão que a aprendizagem se dá no trabalho, onde o aprender é com o outro e se incorpora no cotidiano do trabalho.

Em 2010, a região Coração não apresentou necessidades e proposições para a participação social.

Quadro 16: Necessidades e proposições da Região Coração no PAREPS de 2010

| EIXO | NECESSIDADES | PROPOSIÇÕES |
|----------|---|---|
| Gestão | Planejamento e Gestão do Cuidado em Saúde | Fortalecimento da ABS visando o aumento da resolubilidade |
| Atenção | Modelo de Atenção à Saúde | Mudanças nas práticas de atenção |
| | Processos de Trabalho em Saúde | Análise e transformação dos processos de trabalho, construção do trabalho em equipe, tentando fazer a cogestão dos serviços |
| Formação | Processos formativos – EPS, Educação Continuada, especializações e atualizações | Formação Técnica em ACS e enfermagem |
| | | Formação Técnica em nível médio em auxiliar e técnico em saúde bucal |

Fonte: elaboração própria

No ano de 2011 (Quadro 17), nota-se que os articuladores de EPS da região Coração apontaram como proposição para o eixo da gestão o fortalecimento da equipe de EPS, o que nos leva a considerar que a EPS está sendo compreendida como ferramenta a ser utilizada no sentido de detectar os principais problemas, que se solucionados a partir de uma decisão estratégica, produzirão um salto na qualidade da saúde ofertada a população.

Neste ano, emergiram outros temas na atenção à saúde como o trabalho em equipe e a educação em saúde. Observou-se que na região Coração, assim como na região Centro-Oeste a prevenção e a promoção de saúde, estava na pauta das equipes: *Realização de ações educativas nas unidades de saúde para diabéticos, hipertensos, gestantes e obesos; (RS CORA 2011); Realização de campanhas de papanicolau durante todo o ano; (RS CORA 2011); Realização de curso de gestantes em*

todas aquelas unidades de saúde que ainda não iniciaram; (RS CORA 2011). Ressalta ainda, a intencionalidade de desenvolver o trabalho em equipe, utilizando das ferramentas da EPS, buscando valorizar saberes para a construção coletiva do conhecimento, ferramenta de gestão, corresponsabilização e cuidado.

No que tange os processos formativos, em 2011, foi assinalado o desenvolvimento de oficinas de planejamento para discussão das ações realizadas pelas equipes, com a inclusão de diferentes atores. Nota-se um avanço na compreensão de que cursos e capacitações pontuais não dão conta de responder aos problemas da rede e nem as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores. O debate e a problematização precisam ser incorporados no cotidiano do trabalho das equipes de atenção e gestão.

Pode se perceber que após os anos iniciais de construção do PAREPS, a região apresentou propostas de fortalecimento do controle social, bem como a necessidade de capilarizar o SUS e a política de EPS junto aos usuários: *Ampliação dos Conselhos Locais de Saúde, utilizando a EPS para fortalecer a gestão participativa (RS CORA. 2011); Realizar rodas de discussão usando a EPS, para fortalecer a rede de cuidado, o controle social e a participação popular (RS CORA. 2011).*

Quadro 17: Necessidades e proposições da Região Coração no PAREPS de 2011

| EIXO | NECESSIDADES | PROPOSIÇÕES |
|-------------|---|--|
| Gestão | Implementação da EPS | Fortalecimento da equipe de EPS |
| Atenção | Trabalho em equipe | Fortalecer as equipes e as reuniões de equipe com o uso da EPS para melhoria do trabalho |
| | Educação em Saúde | Realizar ações educativas para diabéticos, hipertensos, gestantes e obesos |
| Formação | Processos formativos – EPS, Educação Continuada, especializações e atualizações | Capacitação de profissionais que trabalham na recepção das UBS (Educação Continuada) |
| | | Capacitação sobre dengue |
| | | Desenvolver oficinas de planejamento de ações da rede, visando a participação de servidores de diferentes esferas de gestão e demais setores |
| | | Formação Técnica em ACS, ACD, auxiliar e técnico de enfermagem |
| | | Realizar oficinas com os gestores para facilitação dos processos de EPS |
| | | Fortalecer as equipes através de cursos e oficinas (redes de atenção e trabalho em equipe) |
| | | Acolher o Conselho de Saúde e usuários |

| | | |
|---------------------|---|---|
| Participação Social | Controle Social | com objetivo de formá-los |
| | | Ampliação dos Conselhos Locais de Saúde, utilizando a EPS para fortalecer a gestão participativa |
| | Capilarização da política de EPS e do SUS | Realizar rodas de discussão usando a EPS, para fortalecer a rede de cuidado, o controle social e a participação popular |

Fonte: elaboração própria

Na RS Coração em 2012 (Quadro 18), na gestão, destacou-se a importância da gestão regional na implementação e articulação da política de EPS, foi apontado como proposição o acompanhamento da gestão regional junto aos municípios, com o intuito de fomentar que os atores já qualificados realizem permanentemente uma reflexão das práticas com propostas de mudança. Nota-se que a implementação da política se encontra ainda atrelada à realização dos projetos, o que reduz a sua utilização enquanto ferramenta de gestão.

Vale ressaltar que neste ano emergiu junto a atenção à saúde, as redes de atenção à saúde, com proposta de constituir equipes indutoras da gestão em rede, a fim de organizar o fazer em rede, assim como reorganizar as redes temáticas. Nesse sentido salienta-se que a discussão e construção do PAREPS 2012, foram baseadas em temas transversais de constituição das redes de atenção à saúde, devendo considerar o cenário de cada região de saúde.

Destaca-se ainda, que permaneceram neste ano as propostas de capacitação técnica para o nível médio, observa-se que as estratégias para os processos formativos não seguiram na direção da constituição e organização das redes de atenção à saúde.

Quadro 18: Necessidades e proposições da Região Coração no PAREPS de 2012

| EIXO | NECESSIDADES | PROPOSIÇÕES |
|----------|---|---|
| Gestão | Gestão Regional para implementação da EPS | Apoio e Acompanhamento do CDQ-SUS ao trabalho dos articuladores de EP municipais. |
| Atenção | Redes de Atenção à Saúde | constituição das redes de atenção à saúde |
| | | alinhamento de conceitos sobre Redes de Atenção à Saúde |
| | | constituição de equipes de gestão em rede |
| Formação | Processos formativos – EPS, Educação Continuada, especializações e atualizações | Formação Técnica de nível médio em ACS, Técnico de enfermagem, auxiliar de saúde bucal e técnico em saúde bucal |

Fonte: elaboração própria

Pode-se identificar que no ano de 2013 (Quadro 19), a região Coração apresentou a necessidade de implementação da Política de EPS e Humanização, as referidas políticas surgem neste momento com proposições que visam a criação e ampliação dos grupos de EPS, assim como a constituição de grupo de apoio institucional: *Instituir um Núcleo de Educação Permanente em Saúde no município tendo como objetivo o fortalecimento das equipes e reuniões de equipe, bem como com implementação da PNH (RS CORA. 2013). Elaborar a portaria para efetivação do grupo de Apoio Institucional. (RS CORA. 2013).*

Em relação a atenção à saúde igualmente há anos anteriores, os resultados demonstraram que os problemas permaneciam voltados as redes de atenção à saúde, especialmente a gestão, e aos processos de trabalho. Dentre as proposições elencadas destacam-se: *Gestão em rede tendo a ABS como ordenadora e coordenadora (RS CORA 2013); Estruturação das linhas de cuidado (RS CORA 2013).* Percebe-se que na discussão dos processos de trabalho a utilização do instrumento da autoavaliação, pode contribuir para identificação e reconhecimento de dimensões positivas e problemáticas do trabalho da atenção e da gestão, com vistas a produzir mudanças na organização dos serviços e na qualificação das práticas em saúde.

Neste ano, a RS Coração elencou diversas propostas de qualificação não apenas para os trabalhadores de nível médio, destacam-se as ações educativas envolvendo a regulação, as redes e linhas de cuidado, comitê de óbitos entre outras. Emergiram também a necessidade de ações de sustentabilidade da EPS, como o mapeamento e aproximação junto aos facilitadores de EPS do município de São Carlos.

Para a participação social, tanto em 2013 (Quadro 19) como no ano de 2104 (Quadro 20), surgiu a necessidade de se discutir e compreender como se dá e qual é o papel do controle social.

Quadro 19: Necessidades e proposições da Região Coração no PAREPS de 2013

| EIXO | NECESSIDADES | PROPOSIÇÕES |
|-----------------------------------|---|--|
| Gestão | Implementação da política de EPS e Humanização | Dialogar com a nova gestão sobre a importância da EP e a importância de haver o cargo de Coordenador de Educação Permanente em Saúde no organograma do Departamento Municipal de Saúde |
| | | Instituir um Núcleo de Educação Permanente em Saúde no município tendo como objetivo o fortalecimento das equipes e reuniões de equipe, bem como com implementação da PNH |
| | | Elaborar a portaria para efetivação do grupo de Apoio Institucional |
| Atenção | Redes de Atenção à Saúde | Estruturação das linhas de cuidado Gestão em Redes tendo a ABS como ordenadora e coordenadora Criar normas e fortalecer os protocolos já existentes |
| | Processos de Trabalho em Saúde | Realização de autoavaliação com os gestores e trabalhadores das unidades de saúde |
| Formação | Processos formativos – EPS, Educação Continuada, especializações e atualizações | Formação para auxiliares de saúde bucal, Técnico de enfermagem |
| | | Capacitação dos articuladores de EPS |
| | | Ampliar as discussões sobre regulação e controle de vagas |
| | | Ampliar as discussões sobre o comitê de óbitos |
| | | Capacitação sobre gestão financeira |
| | Qualificação das equipes para o controle social | |
| Sustentabilidade das ações de EPS | Ampliar as discussões e qualificação sobre linhas de cuidado e redes Maior aproximação dos profissionais formados como Facilitadores de EPS, para que possam instituir espaços de reflexão e construções nas equipes e territórios | |
| Participação Social | Controle Social | Estudar com as equipes, o que é o Controle Social e de que formas os equipamentos de saúde pública do município podem colaborar para que sua atuação efetiva |

Fonte: elaboração própria

Os resultados mostraram em 2014 (Quadro 20), novamente, o surgimento na região Coração, da necessidade relativa a transparência e controle dos recursos financeiros da saúde. Percebe-se nos municípios, a ausência de gestão financeira da saúde, assim como a falta de conhecimento do poder judiciário e dos usuários do que é ofertado pelo SUS, gerando a judicialização da saúde.

No que tange a atenção à saúde, destaca-se a necessidade de problematizar o processo de trabalho das equipes, os protocolos vigentes, buscando compreender o que as impede de trabalhar em equipe, considerando o contexto e a realidade de cada equipe. É reconhecida a urgência em superar a organização do trabalho centrada em procedimentos, por uma organização e cuidado com foco no usuário.

Identificou-se na formação, além das necessidades recorrentes de formação técnica, o surgimento de proposição relacionada a qualificação em EPS, para propiciar especialmente para os articuladores de EPS, o aprofundamento das diretrizes e pressupostos pedagógicos da EPS e a importância da afirmação da EPS como ferramenta de gestão e das equipes de saúde.

Quadro 20: Necessidades e proposições da Região Coração no PAREPS de 2014

| EIXO | NECESSIDADES | PROPOSIÇÕES |
|---------------------|--|--|
| Gestão | Modelo de atenção à Saúde | Definir modelo de gestão Roda de conversa entre as equipes |
| | Transparência e controle dos recursos financeiros utilizados no setor saúde nos municípios | Judicialização da saúde pública e Programas |
| Atenção | Processos de Trabalho em Saúde | Reavaliação das ações, oferta de serviços e organização do processo de trabalho através da avaliação do PMAQ |
| | | Revisão de protocolos |
| Formação | Processos formativos – EPS, Educação Continuada, especializações e atualizações | Formação para ACS, auxiliares de saúde bucal, Técnico de enfermagem e de saúde bucal |
| | | Qualificação em EPS |
| Participação Social | Controle Social | Ampliar as discussões com usuários e Qualificação das equipes para o controle social |

Fonte: elaboração própria

No último ano analisado, 2015 (Quadro 21), novamente destacou-se os aspectos de planejamento e implementação da EPS e Humanização, como ferramentas de gestão, para os modos de gestão e produção de cuidado, bem como a necessidade de rever os processos de trabalho, por vezes fragmentado, com ausência de trabalho em equipe e distante da integralidade.

Em 2015, os resultados assinalaram mais uma vez a necessidade de revisão do modelo de atenção instituído nos municípios da região Coração. Destaque para as proposições relacionadas a qualificação do acolhimento na ABS, dispositivo que pode auxiliar o trabalho com demanda espontânea de forma qualificada e com critérios de acesso aos equipamentos de saúde.

Quanto aos processos formativos, emergiu apenas em 2015, a proposta de ação educativa envolvendo os sistemas de informação do SUS: *Ampliar as discussões para melhor entendimento dos sistemas de informação em uso (RS CORA. 2015)*. A região Coração propõe o fortalecimento do controle social, considerando ser esta uma questão fundamental para a efetiva participação dos cidadãos no SUS.

Quadro 21: Necessidades e proposições da Região Coração no PAREPS de 2015

| EIXO | NECESSIDADES | PROPOSIÇÕES |
|---------------------|---|---|
| Gestão | Implementação da EPS e humanização | Reestruturar a EPS na ABS e especializada |
| | | Realizar apoio institucional nas equipes de saúde |
| | | Implementação do NEP e Apoio Institucional |
| Atenção | Modelo de Atenção à Saúde | Trabalhar com a demanda espontânea |
| | | Criar protocolos |
| | | Qualificar o acolhimento na ABS |
| Formação | Processos formativos – EPS, Educação Continuada, especializações e atualizações | Ampliar as discussões para melhor entendimento dos sistemas de informação em uso |
| Participação Social | Conselhos Gestores Locais | Realizar as eleições dos Conselhos Locais nas unidade de saúde, para fortalecer o controle social |

Fonte: elaboração própria

4.2.4 Necessidades e proposições da Região de Saúde Norte

Os anos iniciais de construção do PAREPS (Quadro 22) mostram a necessidade de implantação das redes de atenção, bem como o planejamento e a gestão do cuidado, visto que o ato de planejar vem exigindo dos gestores e trabalhadores, conhecimentos e habilidades para identificar estratégias e promover as mudanças necessárias para atender as necessidades de saúde da população. *Utilização da ferramenta planejamento na gestão da atenção (RS N. 2008 e 2009)*.

Em relação a atenção à saúde, notou-se que as proposições estão relacionadas com o modelo de atenção e processos de trabalho em saúde. Despontam a discussão da saúde da família, territorialização, visto que esta ferramenta possibilita um olhar ampliado que interferem no processo saúde-doença-cuidado, contribuindo para a reorganização das ações do cuidado em saúde. *Discutir a ESF/UBS, territorialização e equipe ampliada (RS N. 2008 e 2009); Organização do serviço e RH (RS N. 2008 e 2009).*

Na formação nos anos de 2008 e 2009, diversos processos formativos como educação continuada, foram apontados como necessários para a qualificação dos trabalhadores. Segue algumas dessas necessidades: *Formação Técnica para ACS, Auxiliar de Saúde Bucal, Técnico de enfermagem e Técnico de Saúde Bucal (RS N. 2008 e 2009).*

Quanto a participação social nos anos de 2008, 2009 (Quadro 22) e 2010 (Quadro 23), nota-se a necessidade de investimentos nos conselhos de saúde e participação dos usuários, espaços concretamente garantidos para o exercício do controle social.

Quadro 22: Necessidades e proposições da Região Norte no PAREPS de 2008 e 2009

| EIXO | NECESSIDADES | PROPOSIÇÕES |
|---------------------|---|--|
| Gestão | Planejamento e Gestão do Cuidado em Saúde | Utilização da ferramenta planejamento na gestão da atenção |
| | | Implantação das políticas e equipamentos de saúde |
| | | Implantação da rede de atenção |
| Atenção | Modelo de Atenção à Saúde | Discutir a ESF/UBS, territorialização e equipe ampliada |
| | Processos de Trabalho em Saúde | Implantação de equipes de apoio matricial |
| | | Organização dos serviços (UBS/ESF) com gestão compartilhada |
| | | Fortalecer o trabalho em equipe |
| Formação | Processos formativos – EPS, Educação Continuada, especializações e atualizações | Organização do serviço e RH |
| | | Formação Técnica para ACS, Auxiliar de Saúde Bucal, Técnico de enfermagem e Técnico de Saúde Bucal |
| Participação Social | Controle Social | Participação dos usuários |

Fonte: elaboração própria

Pode-se identificar em 2010 (Quadro 23), que as necessidades relativas a gestão do cuidado permaneceram presentes. Acredita-se na importância

de estruturar a ABS, para que haja condições favoráveis à organização dos serviços, vislumbrando o cuidado integral à saúde.

Percebe-se na atenção, proposição com a intenção de transformar as práticas de saúde instituídas, que fragmentam o trabalho e mantêm o foco da atenção na doença e com trabalho em equipe, vínculo e corresponsabilização inexistentes. *Análise e transformação dos processos de trabalho, do trabalho em equipe, e cogestão (RS N. 2010).*

Em relação aos processos formativos em 2010 (Quadro 23) e no ano de 2011(Quadro24), nota-se a manutenção de proposições de educação continuada pontuais, especialmente para os trabalhadores de nível médio. É reconhecida a rotatividade de trabalhadores de nível médio, principalmente os ACS. Desta forma, observa-se a necessidade de capacitações constantes, para os trabalhadores que estão atuando nos territórios. Espera-se que as capacitações sejam realizadas utilizando-se de análises, críticas e reflexivas na perspectiva da EPS.

Quadro 23: Necessidades e proposições da Região Norte no PAREPS de 2010

| EIXO | NECESSIDADES | PROPOSIÇÕES |
|---------------------|---|--|
| Gestão | Gestão do Cuidado em Saúde | Fortalecimento da ABS visando o aumento da resolubilidade |
| Atenção | Processos de Trabalho em Saúde | Análise e transformação dos processos de trabalho, do trabalho em equipe, e cogestão |
| Formação | Processos formativos – EPS, Educação Continuada, especializações e atualizações | Formação Técnica de nível médio em ACS e Técnico de Saúde Bucal |
| | | Formação Técnica de nível médio em Técnico de enfermagem |
| Participação Social | Controle Social | Participação dos usuários |

Fonte: elaboração própria

Em relação a gestão, no ano de 2011 (Quadro 24), surgiu a elaboração de proposições focadas na constituição de espaços de discussão de EPS, assim como espaços de reunião de equipe, e reuniões com a gestão, a fim de organizar os serviços e analisar o cuidado prestado aos usuários: *Definição de equipe de EPS com atores envolvidos e comprometidos (RS N. 2011).*

Nota-se em 2011, a necessidade de criar espaços de discussão sobre o processo de trabalho e o cotidiano das equipes pelos trabalhadores. É sabido as dificuldades enfrentadas pelas equipes de saúde em realizar o trabalho em equipe,

considerando as ações a serem realizadas, o planejamento das mesmas, a gestão compartilhada e a responsabilização de toda a equipe.

Quadro 24: Necessidades e proposições da Região Norte no PAREPS de 2011

| EIXO | NECESSIDADES | PROPOSIÇÕES |
|----------|---|---|
| Gestão | Implementação da EPS | Definição de equipe de EPS com atores envolvidos e comprometidos |
| Atenção | Trabalho e reunião de equipe | Reunião de equipe nas unidades de saúde de forma sistematizada |
| | | Sistematizar as reuniões dos gestores com as equipes de saúde |
| Formação | Processos formativos – EPS, Educação Continuada, especializações e atualizações | Formação Técnica de nível médio: ACS, ACD, Auxiliar e Técnico de Enfermagem |
| | | Aperfeiçoamento para as técnicas de enfermagem |

Fonte: elaboração própria

Como pode-se constatar em outras regiões, no ano de 2012 (Quadro 25), destacou-se a implementação da EPS, por meio do apoio e acompanhamento dos trabalhadores que participaram de projetos de EPS, assim como o fomento ao desenvolvimento dos projetos de intervenção.

Na atenção à saúde, a construção de redes se apresenta como uma tarefa complexa, exigindo a implementação de tecnologias que qualifiquem os encontros dos diferentes serviços, especialidades e saberes. É de extrema importância a qualificação dos trabalhadores para que estes conheçam a rede, trabalhem em rede, e assim, possam pensar estratégias para qualificar a atenção.

No ano de 2012 além dos processos de EPS, educação continuada, especializações e atualizações, emergiram ainda, a necessidade de sustentabilidade das ações de EPS, principalmente no que tange, as ações de intervenções advindas dos projetos de EPS desenvolvidos nas quatro regiões de saúde: *Acompanhamento dos participantes do curso de Educação Permanente para o Controle Social RSN 2012*). Cabe destacar o apontamento para formação dos apoiadores de humanização, o que nos leva a apostar que a política de humanização é reconhecida como uma ferramenta potente para aproximar usuários, trabalhadores e gestores, consolidar redes e ofertar cuidado integral e resolutivo.

Quanto a participação social, neste ano, não foram apresentadas necessidades e proposições.

Quadro 25: Necessidades e proposições da Região Norte no PAREPS de 2012

| EIXO | NECESSIDADES | PROPOSIÇÕES |
|----------|---|--|
| Gestão | Implementação da EPS | Apoio e acompanhamento dos trabalhadores dos projetos de EPS realizados |
| Atenção | Redes de Atenção à Saúde | constituição de equipes indutoras para fazer a gestão das redes, com a tarefa de organizar o fazer em rede |
| | | alinhamento de conceitos sobre Redes de Atenção à Saúde |
| | | constituição de equipes de gestão em rede |
| Formação | Processos formativos – EPS, Educação Continuada, especializações e atualizações | Formação Técnica de nível médio: ACS, ACD, Auxiliar e Técnico de Enfermagem |
| | | Formação de Apoiadores de Humanização, considerando os desafios apontados pela ABS e PMAQ |
| | Sustentabilidade das ações de EPS | Acompanhamento dos participantes do curso de EPS para o controle social |

Fonte: elaboração própria

Quanto ao ano de 2013 (Quadro 26), percebe-se a necessidade de implementação da Política de EPS e Humanização, destaque para a instituição de espaço formalizado de EPS e humanização, com a intenção de promover reflexão, discussão e qualificação do trabalhador de saúde, ofertando recursos e estratégias pedagógicos que são fundamentais para a produção de mudanças. Vale salientar ainda, o investimento das equipes de atenção e manter os espaço de reunião de equipe junto a gestão.

Pode-se apreender na atenção, novamente, a necessidade de qualificar o trabalho dos gestores e trabalhadores de saúde, estimulando-os a fomentar redes cooperativas, solidárias e resolutivas, construindo um novo modelo de saúde, fortalecendo a Rede de Atenção a Saúde e a regionalização do SUS na região Norte.

Diante dos problemas e necessidades mencionados na formação, destaca-se a proposição voltada apenas para a qualificação dos médicos. Isso evidencia a divisão técnica social do trabalho, onde há diferenças e disputas de categorias, não há interação entre os trabalhadores, saberes e práticas. Neste ano, persistiu a proposição para acompanhamento dos participantes do projeto: EPS para o Controle Social.

Quadro 26: Necessidades e proposições da Região Norte no PAREPS de 2013

| EIXO | NECESSIDADES | PROPOSIÇÕES |
|----------|---|---|
| Gestão | Gestão dos Processos de Trabalho em Saúde | Manutenção da autorização para que as unidades de saúde realizem semanalmente as reuniões de equipe |
| | Implementação da política de EPS e humanização | Instituir um NEP, com objetivo de fortalecer as equipes e reuniões de equipe, bem como a implementação da humanização |
| Atenção | Redes de Atenção à Saúde | Conversando sobre redes |
| | | Gestão da ABS, da especialidade e da atenção hospitalar, discutindo o território, acolhimento, trabalho em equipe e trabalho em redes |
| Formação | Processos formativos – EPS, Educação Continuada, especializações e atualizações | Projeto de EPS para profissionais médicos |
| | Sustentabilidade das ações de EPS | Acompanhamento dos participantes do curso de EPS para o controle social |

Fonte: elaboração própria

A RS Norte, em 2014 (Quadro 27), apresentou na gestão as necessidades de revisão do modelo de atenção à saúde. Faz-se necessário analisar e aprender funções e instrumentos inerentes ao processo de gestão que contribuam para a transformação e reorientação do modelo assistencial, das práticas gerenciais e da gestão do sistema de saúde.

Quanto ao investimento nas ações de atenção à saúde, nota-se a recorrência da organização das redes, sendo relevante discutir os fluxos assistenciais, linhas de cuidado e as necessidades de saúde identificadas pelos serviços de ABS. É reconhecido que os serviços de saúde funcionam com lógicas muito diferentes, a articulação da rede não ocorre, os problemas de saúde não são resolvidos e por vezes as necessidades de saúde dos usuários não são atendidas.

Na formação, os articuladores entendem que é importante contemplar como pauta permanente das ações educativas, processos formativos em EPS, e assim criar espaço potente de construção e aprendizagem, de escuta e análise da realidade local, traduzindo-as em demandas e propostas de ações pedagógicas.

Quadro 27: Necessidades e proposições da Região Norte no PAREPS de 2014

| EIXO | NECESSIDADES | PROPOSIÇÕES |
|----------|---|--|
| Gestão | Gestão dos Processos de Trabalho em Saúde | Implantar reuniões de equipe |
| | Modelo de Atenção à Saúde | Mudança do modelo de atenção à saúde com a implantação da ESF |
| Atenção | Redes de Atenção à Saúde | Organização da rede e levantamento epidemiológico das necessidades da ABS |
| | Processos de Trabalho em Saúde | Discutir novos modelos de atenção, acolhimento e o papel dos trabalhadores no processo de trabalho |
| Formação | Processos formativos – EPS, Educação Continuada, especializações e atualizações | Continuidade no processo de formação dos articuladores de EPS |

Fonte: elaboração própria

Em relação a gestão, em 2015 (Quadro 28), nota-se a continuidade em investir em espaços de conversa, a fim de provocar o debate sobre a organização do serviço e os processos de trabalho, baseado em um modelo de atenção centrado no usuário e em suas necessidades de saúde e no trabalho em equipe. Acredita-se que a EPS é uma ferramenta potente para propiciar reflexão, crítica e transformação das práticas.

Neste ano, os resultados revelaram que a discussão dos processos de trabalho em saúde continua assinalada como necessidades nas regiões de saúde. Nota-se o surgimento da educação em saúde e educação popular, como segue: *Intensificar as ações educativas na comunidade voltada para a promoção em saúde (RS N. 2015); Intensificar as ações de educação popular (RS N. 2015).*

Quanto aos processos formativos de EPS, a RS Norte propôs para 2015 a realização de um projeto de EPS voltado ao acolhimento. Aposta-se que a vinculação de processos de EPS ao dispositivo da humanização pode potencializar o desenvolvimento de estratégias de gestão e de cuidado, para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores e equipes em seu cotidiano de produção de saúde.

Quadro 28: Necessidades e proposições da Região Norte no PAREPS de 2015

| EIXO | NECESSIDADES | PROPOSIÇÕES |
|-------------|---|--|
| Gestão | Gestão dos Processos de Trabalho em Saúde | Favorecer a participação dos trabalhadores nos processos de EPS |
| | | Implementação de forma sistemática das reuniões de equipe |
| | | Articulação de ações junto às equipes da assistência farmacêutica |
| Atenção | Processos de Trabalho em Saúde | Fortalecimento da EPS para qualificar as equipes visando mudanças nos processos de trabalho para transformar o modelo de atenção e gestão existentes |
| | Educação em Saúde | Intensificar as ações educativas na comunidade voltada para a promoção em saúde |
| | | Intensificar as ações de educação popular |
| Formação | Processos formativos – EPS, Educação Continuada, especializações e atualizações | Execução do projeto de EPS voltado ao acolhimento |

Fonte: elaboração própria

5 DISCUSSÃO

Do conteúdo dos documentos, elaborou-se a análise histórica das necessidades e proposições apresentadas nos PAREPS das diferentes regiões de saúde.

5.1 Análise histórica das necessidades e proposições apresentadas nos PAREPS das diferentes regiões de saúde

Atualmente no Brasil, verificam-se problemas e desafios que assinalam para a necessidade de se produzir avanços, no que se refere a questões estruturais, como: financiamento insuficiente, a ausência de política de RH, diversos modelos de unidades na ABS, bem como a capacidade da ESF em se constituir, de fato, como ordenadora e coordenadora do SUS. Além disto, tem destacada a necessidade de se alterar a gestão dos processos de organização do trabalho das equipes de SF, superando a tradicional organização por profissões, e avançando na experimentação de trabalho em equipe interdisciplinar (PASCHE, 2010).

Por meio da análise histórica dos PAREPS, nota-se nos apontamentos realizados pelos articuladores de EPS e trabalhadores da ABS, no que se refere ao modelo de atenção à saúde, que há uma forte tendência que a ABS seja alternativa para a reorganização e ampliação da efetividade do sistema de saúde, posição que tem sido adotada nas quatro regiões de saúde. *Reverter o modelo de atenção à saúde oferecido a população, discutindo a organização de redes de atenção, a territorialização, a clínica ampliada, as práticas de saúde desenvolvidas, trabalho em equipe, linhas de cuidado e integralidade (RSC.O 2008 e 2009). Fortalecimento da Atenção Básica, visando o aumento da sua resolutividade (RS CORA. 2010); Mudança das práticas de atenção e gestão, a territorialização (RS C 2010). Trabalhar modelo de AB, acolhimento; Atenção especializada; Urgência e emergência; Fortalecimento da atenção básica (RS C. 2014); Discutir novos modelos de atenção e acolhimento, bem como, o papel de cada um no processo de trabalho (RS N. 2014).*

A busca de um modelo assistencial que esteja orientado para a integralidade e para as necessidades ampliadas de saúde, em sintonia com os princípios do SUS, e que supere os problemas decorrentes da hegemonia do paradigma da biomedicina é um dos grandes desafios do sistema de saúde na

atualidade. Desta forma, para construção de um novo modelo assistencial com potencial para romper com o paradigma da biomedicina, faz-se necessário considerar o cotidiano das práticas assistenciais e as necessidades de saúde dos usuários. As diferentes contribuições teóricas sobre o tema deste estudo conduzem ao entendimento de que é, a arena de interesses, construídos no cotidiano dos serviços de saúde, que definirá o desenho assistencial (FERTONANI et al.; 2015).

Pode-se verificar no decorrer dos anos de construção dos PAREPS, nas **quatro regiões de saúde**, dificuldades relativas a definição de um modelo de saúde centrado nos usuários, financiamento insuficiente, dificuldade na gestão dos recursos financeiros da saúde, no planejamento e na gestão do cuidado, ausência de política de RH, a coexistência de modelo de unidades básicas e de ESF, assim como a incipiente participação social no sistema de saúde. Destaca-se, ainda, na **RS Centro Oeste** o aumento da judicialização da saúde. Os resultados apontaram em 2013 e 2014, problemas relativos a judicialização da saúde. *Judicialização dos programas e da saúde pública (RS C.O. 2013 e 2014)*.

Frente a análise realizada, é notória a necessidade de mudança nos processos de organização do trabalho para o cuidado em saúde, de modo a superar a organização fragmentada, propiciando a possibilidade do trabalho em equipe, avançando na integralidade. *Organização dos serviços e Recursos Humanos (RS N. 2008 e 2009); Implementar o trabalho em equipe (RS C. 2008 e 2009); Análise e transformação dos processos de trabalho, construção do trabalho em equipe, tentando com isso a cogestão dos serviços (RS CORA e N. 2010)*.

Nesse sentido PASCHE (2010) aponta para que tal fato ocorra na realidade da ABS, torna-se fundamental a ação da SF em um dado território com população adscrita, que seja capaz de enfrentar necessidades de saúde expressas na forma de demandas aos serviços, como produzir interferências nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, alterando-os, modificando as cadeias produtivas das doenças e dos agravos.

A concepção de território no SUS refere-se a diferentes espaços de gestão: o território pode ser uma região de saúde, um município, uma região de um município, uma localidade de um município, enfim, a concepção é utilizada para que se compreenda o território como espaço vivo e em permanente construção (GIL; LUIZ; GIL, 2016). Vale destacar, as diversas proposições na **RS Norte e Centro Oeste**, envolvendo a definição do território, como ferramenta para a reorganização

das ações do cuidado em saúde. *Discutir a ESF e Territorialização (RS N. 2008 e 2009); Implementar a territorialização, para a criação de vínculo, responsabilidade sanitária do território e melhor planejamento das ações (RS CORA. 2015).*

O território é imprescindível para o planejamento das ações de saúde, deve ser compreendido, apreendido, analisado e visualizado espacialmente pelos profissionais e gestores dos distintos pontos de atenção, em especial as ESF. É no território que se manifesta, com maior evidência, a determinação do processo saúde-doença, por sua vez, presente na situação de saúde da população (GIL; LUIZ; GIL, 2016).

O modelo da ESF coloca o usuário e a comunidade local no centro do processo de formulação e operacionalização das políticas e ações de saúde, ampliando sua participação na gestão e consolidação do SUS. Além disso, as equipes de SF têm como atribuição ampliar e dar cobertura às ações de saúde, aproximando os profissionais da ESF com a comunidade, criando o vínculo necessário para obter os relatos, vivências, inquietações, medos, sugestões, reclamações, entre outras necessidades das pessoas. Desse modo, é possível desenvolver uma gestão diferenciada na atenção à saúde e, conseqüentemente, realizar ações de cuidado integral para a população (LEITE et al.; 2016).

A atenção centrada na pessoa e na família convoca habilidades comunicacionais singulares dos usuários e das equipes de saúde. De parte dos usuários implica em gerar espaço de voz ao usuário, a reflexão sobre sua condição de vida, a reconstrução de sua história e a identificação com a saúde, quanto às equipes de saúde, o desenvolvimento da escuta e das habilidades comunicativas, a busca da empatia para com o outro e a reflexão sobre a prática mediada pelos saberes individuais e pela vivência interdisciplinar (MENDES, 2011).

Foi possível evidenciar na **RS Central** a proposição de utilizar o apoio matricial como instrumento pedagógico importante para o fortalecimento das equipes de SF. *Implantação de equipes de apoio matricial (RS C. 2008 2 2009)*

O apoio matricial configura-se como uma possibilidade de articular equipe e rede assistencial, operando como uma ação de reflexão e remodelação das práticas de saúde, por meio da reorganização do processo de trabalho da ESF (LEITE et al.; 2016). Para os mesmos autores, a estratégia do apoio matricial, se torna essencial para identificar as dificuldades que a equipe de saúde, por vezes, não consegue perceber. Para tanto, constroem soluções a partir de um

planejamento de gestão participativa, pautadas por trocas de saberes entre os profissionais de diferentes serviços que estão envolvidos no cuidado ao usuário. Assim, esses aspectos se tornam importantes para o desenvolvimento de práticas de saúde, cuja maior finalidade é a construção do cuidado integral.

Deve-se pontuar que o indicativo da necessidade do trabalho em equipe, esteve sempre perpassando as proposições no decorrer dos anos. *Fortalecer o trabalho em equipe (RS N. 2008 e 2009); Construção do trabalho em equipe, tentando com isso a cogestão dos serviços (RS C. O. 2010); Fortalecer o trabalho em equipe (RS C. 2014). Implementar as reuniões de equipe em todas as unidades (RS . 2015).*

Ao considerar a multiplicidade de profissionais envolvida no cuidado à saúde, abre possibilidade de colocar em questão noções sobre equipes de saúde, trabalho interdisciplinar, horizontalização das ações entre as categorias e a construção de projetos terapêuticos que sejam comuns aos profissionais e direcionados para as necessidades dos usuários (RAMOS; POSSA, 2016).

Deste modo, a ABS passa a ser compreendida como espaço de produção de mudanças no sistema de saúde, como elemento organizador e articulador do cuidado em saúde, o que se apresenta ainda como um enorme desafio aos sistemas de saúde. Reinventar as conexões e os sentidos da atenção básica, buscando construir novas linhas de articulação entre a ação clínica individual e a ação sanitária coletiva, está no horizonte na agenda político-sanitária também do Brasil, e isto exige vontade política e capacidade de realização (PASCHE, 2010).

Identificam-se, em todas as regiões de saúde, avanços no fortalecimento da ABS e na consolidação da ESF, contudo, ainda é observado na **RS Centro Oeste** o predomínio de UBS tradicionais. *Atenção Básica versus urgência e emergência, modelo centrado na urgência (RS C.O. 2008 e 2009); Mudança do modelo de atenção à saúde com a implantação do ESF (RS C.O. 2014).*

É sabido a influência do modelo biomédico hegemônico nas práticas assistenciais, para mudar esta realidade, faz-se necessário que um novo modelo assistencial, seja assimilado e incorporado no cotidiano dos serviços de saúde, pelos trabalhadores e equipes de saúde, pelos usuários e suas instâncias de controle social e pelos gestores da saúde (FERTONANI et al.; 2015).

Em relação ao modo de organização do trabalho, identificou-se diversas proposições relacionadas à melhoria dos processos de trabalho: Organização dos Serviços ESF/UBS com gestão compartilhada (RS N. 2008 e 2009); Incorporação das

tecnologias leve, leve – dura e dura (RS N. 2008 e 2009); *Discutir a gestão/gerência das ESF e UBS (RS CORA. 2008); Modelo de atenção centrado no trabalho em equipe (RS C. 2010); Manter o fortalecimento das reuniões de equipe com uso da EP para reflexão dos processos de trabalho (RS CORA. 2011); Implantar e implementar as reuniões de equipe nas unidades de saúde (RS C.O. 2015).*

Os estudos e esta pesquisa revelaram que os serviços de saúde organizam seu processo de trabalho baseando-se no saber das profissões e das categorias. Contudo, essa forma de organização não tem garantido que as práticas dos diversos trabalhadores se complementem, ou que haja cooperação e solidariedade no cuidado, nem que as ações sejam eficazes no sentido de oferecer um tratamento com qualidade, acolhimento e vínculo. Isso tem acarretado falta de motivação dos trabalhadores e pouco incentivo ao envolvimento dos usuários nos processos de produção de saúde (BRASIL, 2010).

Essa forma de organização traz implicações para o processo de trabalho e concepção de cuidado, pois o projeto assistencial, centrado em um único profissional e em categorias, enfatiza ações privativas pautadas pelas especialidades, caracterizando um projeto terapêutico fragmentado e desarticulado das necessidades do usuário. A assistência, nesse sentido, aparece mais relacionada à produção do procedimento do que, de fato, com o cuidado em saúde (RAMOS; POSSA, 2016).

Conforme Peduzzi; Scharaibe (2009), o conceito processo de trabalho em saúde, faz parte da dimensão micro do trabalho em saúde, ou seja, está relacionado com a prática cotidiana dos trabalhadores de saúde inseridos nos serviços de saúde. Neste processo de trabalho cotidiano está reproduzida toda a dinâmica do trabalho humano, o que torna a introduzir alguns aspectos centrais do trabalho que é a grande categoria de análise da qual deriva o conceito processo de trabalho em saúde.

Este conceito é utilizado em diferentes áreas da saúde, permitindo sua abordagem como práticas sociais além das áreas profissionais especializadas, sobretudo na gestão e atenção à saúde, modelo de atenção, trabalho em equipe e cuidado em saúde, permitindo abordar tanto aspectos estruturais como aspectos relacionados aos agentes e sujeitos da ação, vez que é nesta dinâmica é que se configuram os processos de trabalho (PEDUZZI; SCHARAIBE 2009).

Para os autores Collar; Almeida Neto; Ferla (2015), o trabalho na

saúde é marcado pela vigência dos protocolos de atendimento, o volume de demanda da equipe, bem como a própria equipe que reproduz uma forma preestabelecida de atendimento, procurando evitar o surgimento do novo; sem dar abertura para outras ofertas tecnológicas. Ao longo do tempo esse modo de fazer foi institucionalizado, sendo incorporado pelos novos membros da equipe. Assim, não há momento de reflexão ou de quanto cada um repensa sua prática.

A atuação em equipe não consiste apenas no agrupamento de pessoas para o desenvolvimento de um trabalho comum, mas, sim, no resultado alcançado por meio de suas ações coletivas e de suas contribuições conjuntas, o que favorece a prática de cooperação (FERREIRA, 2016).

O trabalho em equipe multiprofissional cresce em um contexto em que a especialização do trabalho, de forma geral, vem acentuando-se e expandindo-se. Assim, o trabalho em equipe é uma estratégia, cada vez mais necessária, para reduzir os efeitos da verticalização do conhecimento e, na saúde, integralizar as práticas do cuidado (GIL; LUIZ, 2016).

Percebe-se nas proposições de todas as regiões de saúde, que o trabalho em equipe, bem como os espaços de decisões compartilhadas são apostas, cuja intencionalidade é ampliar a capacidade de realização dos trabalhadores, acarretando novos modos de produção de saúde. *Aproximação da gestão com a atenção nos diversos espaços para construção de novos modos de cuidado (RS C. O. 2011); Implantar reuniões com a equipe (RS N. 2014); Continuar as reuniões mensais entre gestor e os articuladores/representantes dos diversos setores da saúde (RS C. O. 2014).*

Para que haja o trabalho em equipe faz-se necessário fomentar espaços de deliberação, no qual seja possível dar visibilidade aos saberes individuais e coletivos, construindo novas e diferentes maneiras de atuação as quais possam transformar as já existentes. Torna-se essencial, portanto, investir em ações educativas que contribuam para a produção de sujeitos coletivos, que tenham capacidade de intervir na realidade com o propósito de transformá-la (FERREIRA, 2016).

Entre os diversos temas já citados que se apresentam bastantes significativos para a ampliação da eficácia da ABS, pode-se incluir além da necessidade de reorganizar os processos de trabalho, também promover a organização em rede dos serviços de saúde nos espaços intra e intermunicipal, acionando-se a função organizativa do sistema de saúde pela atenção básica

(PASCHE, 2010).

Os resultados apontaram que a partir de 2011, houve um intenso movimento e investimento para constituição de redes, especialmente nas **regiões Central, Coração e Norte**. Para tanto foram discutidos os diferentes recursos necessários para a construção da rede, foram mencionadas nos PAREPS dos anos subsequentes, as necessidades de discussão de redes de atenção, cuidado e qualificação dos trabalhadores, pensando no fortalecimento da atenção e gestão de saúde, bem como na construção de caminhos que efetivem e programem as redes municipais e regionais, favorecendo o cuidado em saúde.

Entre as diversas proposições destacaram-se: *Implantação da rede de atenção (RS C.O. 2008 e 2009); Organização da rede e Compreensão do sistema referência e contrarreferência (RS C.O. 2008 e 2009); constituição de equipes indutoras da gestão em rede, com a tarefa de organizar o fazer em rede e pensar/fazer que possibilite a reorganização de todas as redes temáticas (RS C.,C.O., CORA., N., 2012); Reuniões para implantação da Linha de Cuidado para a Gestante e Puérpera (RS C. O. 2011 e 2012); Conversando sobre redes (RS N. 2013); Gestão em Redes tendo a Atenção Básica como ordenadora e coordenadora para organização do cuidado (RS CORA. 2013); Organização da rede e levantamento epidemiológico das necessidades na atenção básica (RS C. N. 2014); Ampliar e fortalecer a aproximação das equipes da Atenção Básica e Atenção Especializada (RS CORA. 2015).*

A rede de atenção à saúde é composta pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde que se dispõe num determinado território geográfico, seja ele um distrito sanitário, um município ou uma regional de saúde. Entretanto, a construção de uma rede na saúde implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território geográfico. Assim, a construção de redes é uma das estratégias que permite criar múltiplas respostas para o enfrentamento da produção saúde-doença (BRASIL, 2010).

Sua organização se dá a partir de um processo de gestão da clínica associado à aplicação de recursos, mediante planejamento, gestão e financiamento intergovernamentais cooperativos. Para isso, é preciso ampliar o objeto da clínica, ou seja, entendê-la para além da dimensão das doenças, identificando as situações que ampliam o risco ou a vulnerabilidade das pessoas (GIL; LUIZ; GIL, 2016).

Nesse sentido, a gestão da clínica tem a potência de reformular os fluxos dos usuários na rede, que por vezes se mostra burocrático e impessoal, pois

comumente decorrem de sistemas tradicionais de referência e contrarreferência, que não negociam com as necessidades dos usuários, sendo regidos pela lógica da gestão de recursos (PASCHE, 2010).

Mendes (2011) argumenta que as redes não são, simplesmente, um arranjo poliárquico entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de interrelações. A rede de atenção à saúde assume as responsabilidades econômicas e sanitárias com a sua população que é a ela vinculada na ABS. O modo de organizar das redes define a singularidade de seus processos descentralizadores frente a outros setores sociais.

Na concepção de redes de atenção à saúde, é atribuição da ABS a responsabilidade de articular-se com a população, sendo este fator de elevada importância no processo de conhecimento e relacionamento da equipe de saúde com a população, introduzindo a participação ativa do sujeito no processo de conhecimento e autoconhecimento (COSTA et al., 2015).

De acordo com Righi (2010), para ir acumulando competências para o trabalho em rede, a ABS precisa rever, o lugar que habita na pirâmide que informa a complexidade da atenção, os processos de trabalho e as formas de comunicação da equipe, a sua relação com os outros equipamentos da rede de atenção e com pontos de outras redes.

Nos serviços de saúde há uma multiplicidade de redes operando em conexões entre si, em diversas direções e sentidos, construindo linhas de produção do cuidado/atenção, o que se configura em muitas linhas e conexões, que se abrem em múltiplas direções. Nas redes de atenção à saúde a proposta é que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e interconectados, permitindo trajetos variados entre as interconexões dessa rede. (COSTA et al., 2015). Assim, os pontos de atenção refletem essa lógica de trabalho em rede em que todos eles são igualmente importantes para tecer a malha do cuidado resolutivo, garantindo uma concepção de complexidade adequada e específica para os diferentes tipos de serviços (GIL; LUIZ; GIL, 2016).

Outro dado que merece destaque nas **regiões de saúde**, é a dificuldade na gestão do trabalho, na contratação e fixação de recursos humanos na ABS, na implantação do Plano de Carreira Cargos e Salários: *Implantação da Gestão do Trabalho e de Recursos Humanos (RS C.O. 2008 e 2009); Contratação de recursos*

humanos e discussão sobre Plano de Carreira, Cargos e Salários (RS CORA. 2008 e 2009); Contratação de funcionários (RS C. 2014).

Os autores Pierantoni; Varella; França (2013) menciona a necessidade de pensar em planos que contemplem tipos de vínculos empregatícios e formas de remuneração compatíveis com as funções típicas da carreira de saúde e que promova a fixação do trabalhador.

O cenário atual, de grandes transformações no mundo do trabalho, é evidente que o processo de terceirização não atinge apenas as atividades ditas operacionais, mas incide sobre atividades fundamentais das organizações. A terceirização está presente no setor saúde, suas consequências afetam diretamente os trabalhadores, e contribui de maneira significativa para o processo de exclusão social, aqui expressa tanto pela redução de postos de trabalho e de salários quanto pela perda de direitos e garantias trabalhistas fundamentais para o trabalhador. De forma paralela à intensificação dos processos de terceirização e de precarização, é exigido do trabalhador cada vez mais um perfil polivalente, dinâmico e multifuncional (FEITOSA; MONTENEGRO, 2015).

No setor da saúde há ausência de política de RH, devido à abordagens macroeconômicas que focalizam aspectos quantitativos da força de trabalho na saúde, em detrimento de uma abordagem contemporânea, em nível micro, que se concentra no desempenho, assim como, por políticas públicas, centradas na regulação do emprego ditados por setores financeiros dos governos em que as políticas setoriais estão confinadas a um papel de implementação e interpretação de diretrizes nacionais, e por fim a não valorização do papel dos trabalhadores (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2013).

Estudos demonstram que experiências desenvolvidas por secretarias estaduais e municipais de saúde, apontam a incorporação do planejamento da força de trabalho como uma agenda das instituições de gestão descentralizadas do SUS, em consonância com as mudanças de diretrizes da organização do sistema. Essa descentralização propicia que os dimensionamentos de força de trabalho sejam desenvolvidos conforme as realidades e necessidades locais de cada território (RAMOS; POSSA, 2016).

A força de trabalho em saúde envolve os profissionais contratados, terceirizados, empregados temporários, enfim, todos aqueles que direta e indiretamente estão trabalhando para o cumprimento das atribuições de gestão e de

cuidado em saúde à população (GIL; LUIZ, 2016). Vale destacar, a intensificação de modalidades de contratação de trabalhadores para o SUS, sem amparo legal, propiciando o alto índice de precarização no país, assim como a precária estrutura e capacidade gestora, na prestação de serviços em saúde (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2013).

A partir das análises, observa-se que no decorrer dos anos de construção dos PAREPS, há um aumento acentuado na insuficiência de RH tanto nas atividades de gestão, quanto nas funções de assistência ao usuário, rotatividade de trabalhadores nas equipes, e por fim problemas relativos às formas de contratação e regime de trabalho.

É de extrema relevância que a gestão tenha conhecimento sobre a força de trabalho em saúde da qual dispõe, ou seja, faz-se necessário conhecer quantos são os trabalhadores, onde estão, onde há insuficiência e onde há excesso, quantos estão para se aposentar e precisam ser substituídos, enfim, ter as informações essenciais para a gestão do trabalho e, conseqüentemente, compor o plano municipal de saúde (GIL; LUIZ, 2016).

Contudo, não basta apenas inserir novos profissionais na ABS, estes devem estar capacitados para detectar os problemas de saúde e ter propostas de intervenções adequadas, para melhor organização e gestão do trabalho e para a qualidade do cuidado à saúde (LEITE et al.; 2016).

O campo da gestão do trabalho em saúde envolve um conjunto de atividades como o planejamento, a captação, a distribuição e alocação de pessoas em postos de trabalho, com qualificação requerida e com medidas que favoreça a fixação desses profissionais, a possibilidade de formação e qualificação que atendam às necessidades de desenvolvimento de competências para atenção à saúde de qualidade, assim como a regulação do trabalho com interfaces junto as corporações profissionais, o mercado educativo e a sociedade (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2013).

Para autores como Ferreira et al. (2016) a gestão do trabalho em saúde pressupõe garantia de aspectos básicos para a valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho, como a criação de coletivos, fundados no compromisso de fortalecer processos de gestão que favoreçam a gestores e trabalhadores de saúde.

Nota-se nas análises e nos resultados, que o dimensionamento de RH nas **regiões de saúde**, é orientado pela lógica administrativa, na qual a produção de

procedimentos por meio da normatização e padronização de protocolos, favorecendo a dissociação da gestão e da atenção.

Conforme Ramos; Possa (2016), o dimensionamento é considerado instrumento potente para análise da força de trabalho. Assim, assume múltiplas possibilidades, de acordo com a dimensão que os processos são organizados, pois há o trabalho em que as tecnologias duras assumem a centralidade, com enfoque na normatização, padronização e produção de procedimentos ou centram-se nas tecnologias leves, voltados a processos criativos e compartilhados, direcionados à dimensão cuidadora das necessidades em saúde.

Considerar o trabalho como produtor de conhecimentos destaca a EPS enquanto política de ordenação e formação do sistema de saúde brasileiro. A EPS propõe um olhar híbrido sobre o cotidiano do trabalho em saúde, permite questionar, se constituir como integrante do território, e assim fomentar a alteridade de cada um daqueles que compartilhamos nossas vivências (COLLAR; ALMEIDA NETO; FERLA, 2015).

A EPS é um conceito presente com muita força nas reivindicações dos diversos atores do SUS e nas propostas formuladas para o desenvolvimento do sistema: *Processos de EPS na gestão e atenção (RS C. 2010)*; *Projeto para formação de equipes de EPS (RS C. 2011)*; *Projeto de EPS para organização das redes (RS C. 2012)* *Implementar a Política de EPS (RS C. 2013)*; *Manutenção da autorização para que as unidades de saúde realizem semanalmente suas reuniões de EPS (RS N. 2013)*; *Dialogar com a nova gestão sobre a importância da EP e a importância de do cargo de Coordenador de EPS no organograma do Departamento Municipal de Saúde (RS CORA. 2013)*; *Estimular e fortalecer os processos de EPS valorizando as experiências e saberes dos trabalhadores de saúde (RS C. 2015)*; *Reestruturar a EPS na Atenção Básica e Especializada (RS CORA. 2015)*; *Favorecer a participação dos profissionais em todos os processos de EP e educação continuada (RS N. 2015)*; *uso de ferramentas da EPS para sensibilizar equipes das unidades da AB (RS CORA. 2015)*; *Fortalecimento da política de EPS para qualificar as equipes visando mudanças nos processos de trabalho para transformar o modelo de gestão e atenção existente (RS N. 2015)*.

A EPS é um conceito polissêmico que muitas vezes significa coisas distintas, mas normalmente compreendidas na ideia de práticas educativas para melhoria e transformação do trabalho (PINTO, 2016).

De acordo com FERREIRA (2016) a EPS não é apenas uma técnica pedagógica de desenvolver processos de formação ou educação em saúde, e sim

uma dimensão constitutiva do trabalho em saúde, pois é uma maneira de dar visibilidade à produção de saberes diretamente implicados no cotidiano do trabalho em saúde. Refletir como a EPS pode ser desenvolvida nos territórios locais de saúde, requer colocar em análise as relações que se produzem nos mais variados encontros entre usuários, trabalhadores e gestores.

Para os autores Barbosa; Bocchi; Barbosa (2014) a EPS favorece a relação entre os profissionais e possibilita que novos pactos de organização do trabalho sejam produzidos, por meio de intervenções articuladas e não fragmentadas aproximando os serviços de saúde dos conceitos de humanização, integralidade e qualidade no cuidado ao usuário.

A EPS deve trazer um olhar da integralidade para as ações do cuidado e contribuir para a articulação de estratégias da equipe multiprofissional na resolutividade de problemas do usuário, facilitando a transformação das práticas de ensino-aprendizagem na produção do conhecimento (GARCIA; MENEGUCI; BASTOS, 2015). A EPS no cenário atual possibilita abertura para a organização do trabalho de formas mais potentes para a produção da integralidade (COLLAR; ALMEIDA NETO; FERLA, 2015).

Este estudo apontou que os articuladores de EPS das quatro regiões de saúde apostam na EPS como ferramenta que permite o aperfeiçoamento e transformação dos conhecimentos, contribuindo na qualificação das práticas assistenciais, assim como, o aprimoramento do sistema e o fortalecimento da atenção integral e resolutiva. *Usar a EP com o objetivo de colocar os diferentes pontos da rede em conversa, salientando que a rede, os fluxos de comunicação, possibilitando o desenho da rede municipal, constituir equipes indutoras da gestão em rede, com a tarefa de organizar o fazer em rede, e assim reorganizar as redes municipais e regionais (RS C. 2012).*

A transformação do trabalho do SUS apoiada na política nacional de EPS está pautada a partir de fundamentos como a micropolítica do trabalho vivo, método da roda e problematização/ aprendizagem significativa de Ausubel. Estes elementos estão entrelaçados e possibilita educar um sujeito com compromisso e capacidade de gerar resolutividade aos problemas da saúde pública brasileira (LEMOS, 2016).

Conforme Lemos (2016) a micropolítica do trabalho vivo atribui ao trabalhador uma potência que lhe permitiria confrontar e superar a alienação do

trabalho no sistema capitalista, de modo que o trabalhador da saúde adote uma nova postura relacional, com maior comprometimento e intencionalidade em estabelecer uma relação mais humanizada no atendimento e no trabalho de equipe, oferecer bem-estar aos usuários e em consequência tornar a sua atividade válida e reconhecida para ele mesmo.

Na área da saúde as tecnologias duras e leve-duras são consideradas como ferramentas importantes para o planejamento, voltadas centralmente para processos gerenciais autogestores, planejamento democrático em saúde, com a organização do trabalho construída a partir de avaliações coletivas e colegiadas nas equipes de saúde, envolvendo o protagonismo coletivo dos atores no sentido de negociação e pactuação do processo de trabalho (RAMOS; POSSA, 2016).

A transformação das práticas de saúde ainda não ocorre amplamente, contudo as experiências identificadas nos artigos apontam que a lógica do processo de EPS através de atividades participativas e problematizadoras, é a direção ao caminho para a efetivação destas transformações (CAMPOS et al.; 2016). Os trabalhadores de saúde ainda participam pouco das decisões sobre os rumos das unidades em que trabalham. Pode-se atribuir isto ao fato de que lhes pareça uma atuação difícil, complexa ou dificultada tanto por excesso de burocracia quanto por uma gestão centralizadora e pouco participativa (BRASIL, 2010).

A problematização pode contribuir para educar os sujeitos para assumir um compromisso ético-político e tornar-se capaz de atuar criticamente nos micro espaços da saúde, a medida que é criada uma nova subjetividade para o trabalho vivo. É importante também considerar a influência da noção de aprendizagem significativa de Ausubel, a qual refere-se a uma pedagogia que concebe um papel mais ativo do trabalhador, que precisa ter disposição para aprender, pois confronta-se com a tradição da memorização do conteúdo como acontece nos modelos tradicionais ou da educação continuada (LEMOS, 2016).

Os resultados e análises das regiões de saúde revelaram ao longo dos anos de construção do PAREPS, uma tendência de propostas educativas de educação continuada, ofertas temáticas e pontuais, promovidas por meio de capacitações e atualizações. *Atualização em assistência farmacêutica (RS CORA. 2008 e 2009); Capacitação em sistemas de informação (RS C.O. 2008 e 2009); Aperfeiçoamento para as técnicas de enfermagem (RS N. 2011); Atividades diversas de educação continuada para médicos, enfermeiros e equipe de enfermagem (RS C. 2011); Formação Técnica de*

nível médio em ACS, Técnico em enfermagem, Auxiliar de Saúde Bucal e Técnico em Saúde Bucal (RS C., C.O., CORA., N., 2011); Capacitação em sala de vacina e imunização (RS CORA.2013); Capacitação em testes rápidos (RS C. 2015); Capacitar profissionais para implantação do E-SUS (RS C. 2015).

Percebe-se que a partir da discussão sobre as redes de atenção à saúde, está presente um movimento de superação de capacitações pontuais, com proposições voltadas a reflexão, debates, problematização, aquisição e transformação de conhecimentos. Cabe destacar que as propostas de EPS podem não estar implantadas em sua plenitude, embora estivessem presentes, ações educativas que refletissem suas diretrizes.

Os autores Merhy; Gomes (2016) argumentam que se faz necessário colocar a distinção dos conceitos de EPS e educação continuada, para evitar a criminalização das ações educativas na lógica de educação continuada. Em diversas ocasiões, são necessárias boas ofertas de conhecimentos sistematizados para os profissionais poderem ampliar suas caixas de ferramentas, considerando certo modo de olhar o problema que se enfrenta.

Os processos de EPS precisam ser convergentes para a realidade dos serviços, acontecendo de forma horizontal e interdisciplinar, contudo nem sempre as atividades educativas propostas condizem com a realidade enfrentada pelos trabalhadores, o que acarreta na dificuldade de adesão dos profissionais às ações de EPS (FERRAZ; VENDRUSCOLO; MARMETT, 2014). Os autores GARCIA; MENEGUCI; BASTOS (2015) complementam que as dificuldades relativas à EPS passam pela resistência dos profissionais e da própria organização da assistência pautada na lógica biomédica; falta de compromisso de alguns profissionais; até a limitação de governabilidade.

Nesse sentido a EPS se apresenta mais do que educação profissional, a aprendizagem atua no desenvolvimento do trabalho no cotidiano dos sistemas e serviços, no qual o cotidiano é visto como lugar aberto à revisão permanente, mobilizando aprendizagens que colocam em contato o trabalho e a produção de conhecimento (COLLAR; ALMEIDA NETO; FERLA, 2015).

A EPS tem o intuito de fomentar, trazer transformações do trabalho, dando espaço ao pensamento reflexivo, crítico e criativo, para deixar de lado as reproduções da cultura institucionalizada no seio dos serviços e para quebrar o elo inflexível entre conhecimento especializado como ferramenta que produz

racionalidade para o trabalho (COLLAR; ALMEIDA NETO; FERLA, 2015).

O avanço da EPS depende da capacidade de ela se instituir como estratégia transversal a diversos setores da atenção e da gestão na saúde. Outro aspecto relevante se deve a problemas na formação dos profissionais de saúde. É sabido a dificuldade das instituições de ensino que formam esses trabalhadores de reverem sua formação, para que passem a se orientar pelas demandas postas pelo SUS, mesmo que legalmente seja muito claro que suas necessidades deveriam orientar a formação de trabalhadores desse setor (MERHY; GOMES, 2016).

Outro aspecto que merece discussão é a diretriz da participação social, a qual deve ser valorizada e incentivada no cotidiano dos serviços do SUS.

Percebe-se que nos PAREPS do ano de 2012, não foram apresentadas proposições de estímulos e investimentos a participação da sociedade em espaços concretamente garantidos para o exercício do controle social.

Em relação a participação social, nota-se que a RS Coração, foi a que mais apresentou proposições de ações para fortalecimento do controle social. *Fortalecer os Conselhos Gestores Locais (RS CORA. 2008 e 2009); Fortalecer os Conselhos Municipais de Saúde no funcionamento e estruturação (RS CORA 2008 e 2009); Participação dos usuários (RS N. 2010); Ampliação dos Conselhos Locais de Saúde, utilizando a EP para fortalecimento da gestão participativa (RS CORA. 2011); Incentivar a formação de Conselhos Gestores nas unidades de saúde que ainda não possuem (RS C. 2013); Participação da população junto à AB, ativar os conselhos gestores das unidades e CMS, manter a formação dos conselheiros (RS C. 2015); Realização das eleições dos Conselhos Gestores Locais nas Unidades de Saúde, para fortalecimento do controle social (RS CORA. 2105).*

O cumprimento desta diretriz na saúde e a ação dos atores que defendem esta proposta tiveram como resultado mais visível a construção dos conselhos e a realização de conferências de saúde (POSSA; CORTES, 2012).

As recentes transformações na estrutura institucional do sistema de saúde brasileiro podem ser consideradas o fator mais influente na determinação do processo participativo que ocorre nos conselhos e conferências de saúde (CUNHA; MAGAJEWSKI, 2012).

A participação social no sistema de saúde brasileiro implica a inclusão de novos sujeitos nos processos de decisão na saúde. Sobretudo segmentos de usuários que, por intermédio de conselhos e conferências, passam a dar voz aos

interesses e necessidades que, em alguma medida, passam a compor as políticas de saúde. A criação de espaços coletivos e decisórios para o processamento de interesses na formulação e gestão de políticas públicas é uma estratégia importante de democratização do Estado e do acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2010).

Os conselhos de saúde são órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, em cada esfera de governo, integrante da estrutura básica das secretarias de saúde dos estados e municípios, com composição, organização e competências estabelecidas em lei. É de responsabilidade dos governos federal, estaduais e municipais o apoio e o suporte administrativo para a estruturação e funcionamento dos conselhos, assim como, a dotação orçamentária (SILVA et al.; 2012).

Conforme Martins e Santos (2012) os conselhos de saúde foram criados a fim de defender todos os usuários, independente da sua representação de segmento, na prática de políticas de saúde participando desses colegiados e criando oportunidades de se ouvir a voz dos usuários do SUS. Devem proporcionar a convivência democrática buscando o consenso pautado nos princípios do SUS.

A normatização atual possibilita maior contato entre si dos atores envolvidos nas questões da saúde. As relações instituídas entre os distintos sujeitos, representantes do estado ou de diversos grupos da sociedade, são importantes para a tomada das decisões políticas. Cabe destacar outro elemento fundamental da participação, o qual relaciona-se à essencialidade da comunicação, da informação e do conhecimento em saúde para a autonomia dos atores (COELHO, 2012).

Pode-se perceber significativos avanços na ação dos Conselhos de Saúde em termos de processo de formulação e controle da política pública de saúde. Contudo, estes espaços enfrentam dificuldades relativas ao não exercício do seu caráter deliberativo na maior parte dos municípios e estados, as precárias condições operacionais e de infraestrutura, a falta de regularidade de funcionamento, a ausência de outras formas de participação, a falta de transparência nas informações da gestão pública, a insuficiência na participação da formulação para a elaboração de um modelo de atenção à saúde centrada nos usuários, e por fim, a baixa representatividade e legitimidade de conselheiros nas relações com seus representados (CUNHA; MAGAJEWSKI, 2012).

Segundo Duarte; Machado (2012) o controle social é um conceito que está em processo de construção na realidade social brasileira, sobretudo, no campo

da saúde. É entendido como o processo no qual a população participa, por meio dos representantes, da definição, execução, e acompanhamento das políticas públicas. Diversos fatores atuam em cada conjuntura para facilitar ou dificultar a estruturação e funcionamento dos espaços de controle social. Ainda, acrescenta-se a pouca tradição de mecanismos e estratégias para seu monitoramento e avaliação, o que dificulta o planejamento e a implementação de estratégias para avançar no fortalecimento de sua atuação.

Deve-se ressaltar que as últimas conferências de saúde, reafirmaram a necessidade de fortalecimento e qualificação dos mecanismos de controle social, bem como a reafirmação da participação social na construção de um novo modelo de atenção à saúde para assim, avançarmos na consolidação do SUS.

Em relação aos processos de planejamento no âmbito do SUS, nota-se que as **regiões de saúde** avaliam a necessidade de instrumentalização dos trabalhadores e gestores do SUS para realização deste dispositivo. *Utilização da ferramenta planejamento na gestão e atenção (RS C. 2008 e 2009); Implantação das políticas de saúde (RS C.O. 2008 e 2009); Mudar o modo de articular e fazer gestão de acordo com a realidade municipal (RS C.O. 2011); Implantar o planejamento, monitoramento e avaliação nas USF e UBS (RS CORA. 2014).*

As análises revelaram em relação a atuação da gestão e o planejamento em saúde nas regiões, a importância da profissionalização das equipes gestoras pela necessidade de qualificação de novas funções gestoras, a fim do desenvolvimento de habilidades para planejar, monitorar e avaliar, responsabilidades e medidas de avaliação de desempenho.

O planejamento deve ser desenvolvido de maneira articulada, integrada e cooperativa entre as três esferas federativas de gestão, na qual cada esfera de gestão assume responsabilidades e atribuições, com definição de objetivos e conferindo direcionalidade ao processo de gestão. Esse sistema de planejamento pressupõe que cada esfera de gestão realize o seu planejamento, articulando-se de forma a fortalecer e a consolidar os objetivos e as diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, as necessidades e as realidades de saúde locais (MENDES, 2011).

A implantação do planejamento pautado nas necessidades da população, além de conferir maior racionalidade ao processo de planejamento, é um instrumento de alocação equitativa dos recursos porque capta, nos indicadores

epidemiológicos, as necessidades de todos, incluídos e excluídos sociais. O planejamento das necessidades constitui um importante fator na oferta de serviços efetivos, eficientes e que, por consequência, podem agregar valor para as pessoas usuárias (MENDES, 2011).

O planejamento em saúde configura-se em uma prática profissional vivenciada no cotidiano, é comum que os gestores e equipes gestoras elaborem seus planos de forma cartorial e burocrática, apenas para atender uma exigência da gestão do SUS.

O plano de saúde precisa ser efetivo, construído com maior número de atores possíveis, com envolvimento das equipes de saúde, dos conselheiros de saúde. Precisa retratar a real situação de saúde da população dos territórios, mostrar a capacidade instalada dos serviços e espelhar a situação da força de trabalho em saúde, envolvimento na definição e construção dos protocolos e linhas de cuidado, reuniões com os gestores e equipe gestora, bem como os recursos financeiros necessários, entre outras ações (GIL; LUIZ; GIL, 2016).

Ao longo do período de construção dos PAREPS, especialmente na **RS Centro Oeste** o financiamento, a otimização dos recursos na saúde, bem como a judicialização foram pautados pelos articuladores de EPS, trabalhadores do SUS; sobretudo pelos gestores de saúde. *Implantação de política de Financiamento (RS C.O., CORA. 2008 e 2009); Fortalecer os Fundos Municipais de Saúde (RS C.O. 2008 e 2009); Qualificação dos municípios sobre financiamento no SUS (RS CORA. 2008 e 2009); Judicialização dos programas e da saúde pública (RS C.O. 2014); Qualificação sobre o financiamento (RS CORA. 2014).*

O volume de recursos disponibilizado para o financiamento das ações e serviços em saúde é um tema muito relevante no contexto da saúde pública brasileira. O Brasil, comparado aos outros países que também possuem cobertura universal, tem apresentado um dos menores percentuais de despesas em saúde pública (BRASIL, 2013).

A Organização Mundial de Saúde aponta que o nível geral do financiamento atribuído à saúde, estabelece limites aos serviços a que a população tem acesso, tendo em vista que, quando os níveis de financiamentos são muito baixos, a qualidade e o acesso até os níveis mais reduzidos de saúde podem ficar comprometidos.

Em relação ao fenômeno da judicialização BITTENCOURT (2016)

considera que o ato de reivindicar por via judicial ações e serviços de saúde é resultado do modelo de estado democrático, é um instrumento legítimo para a efetivação do direito à saúde, conforme previsto na Constituição. Neste sentido a judicialização é aliada do SUS, por sinalizar as deficiências e estimular a reflexão para novas políticas e meios de acesso à saúde, principalmente a grupos minoritários e vulneráveis. A judicialização pode ser considerada um instrumento que reforça o estado democrático em que vivemos (BITTENCOURT, 2016).

O processo de implantação do SUS e de descentralização têm no financiamento, na responsabilidade de gestão e no pacto intergestores seu foco privilegiado. A descentralização prevê organização local de estruturas políticas administrativas capazes de assumir responsabilidades inerentes à gestão de políticas públicas traduzidas em autonomia, competências e responsabilidades conferidas pela legislação (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2013).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A EPS é uma política de descentralização, estratégica, ancorada em proposições de desenvolvimento, a fim de provocar transformações nos processos de trabalho da saúde. Faz-se necessário que gestores e trabalhadores se apropriem desta “política”, visando favorecer e promover os princípios do SUS.

Pode ser considerada uma “ferramenta de intervenção” que propõe a revisão das práticas de gestão, atenção, formação dos trabalhadores e participação social numa perspectiva crítico-reflexiva, articulando a formação ao mundo do trabalho, e favorecendo a aprendizagem significativa, ou seja, que este processo de aprendizagem produza sentidos e significados, de modo a contribuir com a transformação social da realidade.

Por meio da leitura analítica dos documentos, revelou-se que no decorrer dos anos de construção dos PAREPS, houve a capilarização, ainda que apenas teórica, da concepção da EPS como uma estratégia de qualificação e transformação da gestão, da atenção, da formação e do controle social.

Contudo, percebem-se dificuldades na operacionalização da EPS como “ferramenta de gestão”, que por vezes, impossibilita a identificação de problemas que possam ser solucionados por meio de ações educativas e por estratégias de aprendizagem a partir do trabalho e no próprio trabalho.

Com os PAREPS pode-se identificar as necessidades e proposições de EPS que são comuns às regiões de saúde, e outras específicas a alguns municípios. A partir das análises, também foi possível perceber a centralidade dada a EPS como o “conceito pedagógico” para a qualificação e transformação da gestão e atenção à saúde, porém, outro ator que aparece de modo incipiente é a participação e o controle social.

A EPS é entendida como uma “estratégia” potente para fortalecer e apoiar as equipes, reorganizar os serviços, propiciando as transformações desejadas, assim como, oferta novas alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano.

Constata-se que a implementação da EPS no conjunto dos municípios da região do DRSIII, está em curso, tendo ainda muitos desafios a serem superados,

por vezes, os municípios apresentam intenções e ações de EPS, que nem sempre se concretizam no cotidiano do trabalho e na transformação das práticas de saúde.

Existe demanda por estudos que analisem o quanto as proposições estão articuladas com os indicadores de saúde e demais políticas de saúde. A EPS pode ser mais potente se for parte de estratégia de transformação das práticas e de políticas de saúde, compartilhando valores e objetivos concretos de forma a se alcançar mudanças pretendidas.

Acredita-se que este estudo colaborou para apreciar como se dá a implementação da EPS nos municípios e regiões de saúde analisadas, também contribuindo com a pesquisa no campo da gestão e atenção à saúde. Porém, não se pretendeu esgotar as discussões e pesquisas relativas a esse tema, por entender que a EPS é bastante complexa. Outros estudos devem ser desenvolvidos com a intenção de aprofundar a reflexão e, assim, contribuir para o fortalecimento da EPS no SUS.

A realização desta pesquisa nos permite compreender que a EPS é uma aposta dos e nos trabalhadores, e segue presente, com muita força nas propostas formuladas e nas reivindicações dos diversos atores do SUS.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. **Gasto em Saúde no Brasil: é muito ou pouco?** Esclarecimento Público de 11 de julho de 2006.

AKERMAN, M., et al. Avaliação, articulação em rede e resultados preliminares. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil – diálogos**. Porto Alegre, 1. ed., p. 233-267, 2016.

ALMEIDA, M.A.S. et al. O processo de avaliação do PMAQ-AB: o olhar de uma equipe. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil – diálogos**. Porto Alegre, 1. ed., p. 269-292, 2016.

ANDRADE, S.R.; MEIRELLES, B.H.S.; LANZONI, G.M.M. Educação permanente em saúde: atribuições e deliberações à luz da política nacional e do pacto de gestão. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 35, n.4, p. 373-381, 2011.

ARARAQUARA. Departamento Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Mapa da Saúde da Região Central do DRSIII Araraquara – RRAS 13**. Araraquara. 2013.

_____. Departamento Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Mapa da Saúde da Região Coração do DRSIII Araraquara – RRAS 13**. Araraquara. 2012.

_____. Departamento Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Mapa da Saúde da Região Norte do DRSIII Araraquara – RRAS 13**. Araraquara. 2013.

_____. Departamento Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Plano de Ação Regional de Educação Permanente da Região de Saúde Central do DRSIII Araraquara**. Araraquara. 2013.

_____. Departamento Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde da**

Região de Saúde Central do DRSIII Araraquara. Araraquara. 2008 e 2009.

_____. Departamento Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde da Região de Saúde Central do DRSIII Araraquara.** Araraquara. 2010.

_____. Departamento Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde da Região de Saúde Central do DRSIII Araraquara.** Araraquara. 2011.

_____. Departamento Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde da Região de Saúde Central do DRSIII Araraquara.** Araraquara. 2012.

_____. Departamento Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde da Região de Saúde Central do DRSIII Araraquara.** Araraquara. 2013.

_____. Departamento Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde da Região de Saúde Central do DRSIII Araraquara.** Araraquara. 2014.

_____. Departamento Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde da Região de Saúde Central do DRSIII Araraquara.** Araraquara. 2015.

_____. Departamento Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde da Região de Saúde Centro-Oeste do DRSIII Araraquara.** Araraquara. 2008 e 2009.

_____. Departamento Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde da Região de Saúde Centro-Oeste do DRSIII Araraquara.** Araraquara. 2010.

_____. Departamento Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de

São Paulo. **Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde da Região de Saúde Centro-Oeste do DRSIII Araraquara.** Araraquara. 2011.

_____. Departamento Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde da Região de Saúde Centro-Oeste do DRSIII Araraquara.** Araraquara. 2012.

_____. Departamento Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde da Região de Saúde Centro-Oeste do DRSIII Araraquara.** Araraquara. 2013.

_____. Departamento Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde da Região de Saúde Centro-Oeste do DRSIII Araraquara.** Araraquara. 2014.

_____. Departamento Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde da Região de Saúde Centro-Oeste do DRSIII Araraquara.** Araraquara. 2015.

_____. Departamento Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde da Região de Saúde Coração do DRSIII Araraquara.** Araraquara. 2008 e 2009.

_____. Departamento Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde da Região de Saúde Coração do DRSIII Araraquara.** Araraquara. 2010.

_____. Departamento Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde da Região de Saúde Coração do DRSIII Araraquara.** Araraquara. 2011.

_____. Departamento Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde da Região de Saúde Coração do DRSIII Araraquara.** Araraquara. 2012.

_____. Departamento Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde da Região de Saúde Coração do DRSIII Araraquara**. Araraquara. 2013.

_____. Departamento Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde da Região de Saúde Coração do DRSIII Araraquara**. Araraquara. 2014.

_____. Departamento Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde da Região de Saúde Coração do DRSIII Araraquara**. Araraquara. 2015.

_____. Departamento Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde da Região de Saúde Coração do DRSIII Araraquara**. Araraquara. 2015.

_____. Departamento Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde da Região de Saúde Norte do DRSIII Araraquara**. Araraquara. 2008 e 2009.

_____. Departamento Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde da Região de Saúde Norte do DRSIII Araraquara**. Araraquara. 2010.

_____. Departamento Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde da Região de Saúde Norte do DRSIII Araraquara**. Araraquara. 2011.

_____. Departamento Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde da Região de Saúde Norte do DRSIII Araraquara**. Araraquara. 2012.

_____. Departamento Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde da Região de Saúde Norte do DRSIII Araraquara**. Araraquara. 2013.

_____. Departamento Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde da Região de Saúde Norte do DRSIII Araraquara**. Araraquara. 2014.

_____. Departamento Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde da Região de Saúde Norte do DRSIII Araraquara**. Araraquara. 2015.

BARBOSA, V.B.A.; FERREIRA, M.L.S.M.; BARBOSA, P.M.K. Educação permanente em saúde: uma estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.33, n.1, p.56-63, 2012.

BARBOSA, V.B.A.; BOCCHI, S.C.M.; BARBOSA, P.M.K. Experiências com educação permanente na área da saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v.12, n.1, p.151-187, jan/jul, 2014.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo, ed. 70, 2011.

BITTENCOURT, G. B. O “Estado da Arte” da produção acadêmica sobre o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil. **Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.**, Brasília (DF), v.5, n.1, p.102-121, jan./mar, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM 1996 de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde. Brasília, v.9, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Redes de produção de saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília (DF), 1. ed., 2010.

_____. Ministério da Saúde. Gestão participativa e cogestão. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília (DF), 1. ed., 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília (DF). 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Brasília (DF), 2012.

_____. Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade – **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Material de apoio à autoavaliação para as equipes de atenção básica e saúde bucal**. Brasília (DF). 2012.

_____. Nota Técnica nº 012, de 2013 – CONOF/CD. **Financiamento da Saúde: Brasil e Outros Países com Cobertura Universal: a participação estatal no financiamento de sistemas de saúde e a situação do Sistema Único de Saúde – SUS**, Brasília (DF), 2013.

CAMPOS, C.J.G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Ver. Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 57, n.5, p. 611-614, set/out, 2004.

CAMPOS, K. F. C., et al. Educação Permanente: avanços, desafios para a gestão em saúde no Brasil. **Atas CIAIQ Investigação Qualitativa em Educação**, v. 1, p. 1286-1295, 2016.

CARDOSO, I.M. Rodas de educação permanente na atenção básica de saúde: analisando contribuições. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.21, supl 1, p. 18-28, 2012.

CARDOSO, T.Z., et al. O. Processo de trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem na atenção básica à saúde. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v 64, n.6, p. 1087-1093, nov-dez, 2011.

CASTANHEIRA, E.R.L., et al. Desafios para a avaliação na atenção básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para a instituição de uma cultura avaliativa? **Práticas de avaliação em saúde no Brasil – diálogos**. Porto Alegre, 1. ed., p. 189-231, 2016.

CASTANHEIRA, E.R.L., et al. Desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4. p.935-947, 2011.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.161-177, 2005.

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

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. Educ. Saúde**, v. 6, n. 3, p.443-456, 2009.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Educação permanente em saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, Rio de Janeiro, 2009.

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, p.41- 65, 2004.

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, p.41- 65, 2004.

CELLARD, A. **A análise documental**. In. POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, p. 295-316, 2012.

COELHO, J. S. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 138-151, 2012.

COLLAR, J. M.; ALMEIDA NETO, J. B.; FERLA, A. A. Educação Permanente e o cuidado em saúde: ensaio sobre o trabalho como produção inventiva. **Saúde em Redes**, v.1, n.4, p.53-642, 2015.

COSTA, C. F. S., et al. Complexidade da rede de atenção à saúde. **Cienc. Cuid. Saúde**, v.14, n.4, p. 1609-1615, Out/Dez, 2015.

CUNHA, P. F.; MAGAJEWSKI, F. Gestão participativa e valorização dos trabalhadores: avanço no âmbito do SUS. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 71-79, 2012.

D'ÁVILA, L.S. et al. Adesão ao programa de educação permanente para médicos de família de um estado da região sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.2, p.401-416, 2014.

DANIEL, H.B.; SANDRI, J.V.A.; GRILLO, L.P. Implantação de política de educação permanente em saúde no Rio Grande do Sul. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.12, n. 3, p.541-562, set/dez. 2014.

DIAS, H. S.; LIMA, L.D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.6, p.1613-1624, 2012.

DUARTE, E. B.; MACHADO, M. F. A. S. O exercício do controle social no âmbito do conselho municipal de saúde de Canindé, CE. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 126-137, 2012.

FEITOSA, R.L.; MONTENEGRO, A.V. Considerações sobre terceirização e precarização do trabalho no contexto brasileiro: uma revisão. *Revista de Psicologia, Fortaleza*, v. 6 n. 2, p. 76-89, jul./dez. 2015.

FERLA, A.A., et al. Vivências e estágios na realidade do SUS: educação permanente em saúde e aprendizagem de uma saúde que requer integralidade e trabalho em redes colaborativas. **Rev. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.7, n.4, dez., 2013.

FERRAZ, F., et al. Gestão de recursos financeiros da educação permanente em saúde: desafio das comissões de integração ensino-serviço. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n.6, p.1683-1693, 2013.

FERRAZ, L.; VENDRUSCOLO, C.; MARMETT, S.; Educação permanente na enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev. Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 2, p. 196-207, maio/ago, 2014.

FERTONANI, H.P., et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, jun. 2015.

FRANCO, T.B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 1, n. 23, p.427-438, 2007.

GARCIA, C. A.; MENEGUCI, J.; BASTOS, M. A. R.; Ações de educação permanente na saúde pública brasileira: uma revisão integrativa. **REFACS**; v.3, n.3, p.194-205, 2015.

GIL, C.R.R.; LUIZ, I.C; GIL, M.C.R. A Importância do planejamento na gestão do SUS. **Curso: O processo de trabalho no SUS e a importância das ações de planejamento em saúde**. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. São Luís, 2016

GODOY, A.S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas São Paulo**, v. 35, n.3, p, 20-29 Mai./Jun. 1995.

GUIMARÃES, E.M.P.; MARTIN, S.H.; RABELO, F.C.P. Educação permanente em saúde: reflexões e desafios. **Ciência Y Enfermeria**, v. 15, n.2, p.25-33, 2010.

LEITE, M. T., et al. Gestão do cuidado na estratégia saúde da família: revisão narrativa. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 14, n. 48, p. 106-115, abr./jun., 2016.

LEMOS, C. S. L. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.3, p.913-922, 2016.

LEMOS, M.; FONTOURA, M.S. A integração da educação e trabalho na saúde e a política de educação permanente em saúde do SUS-BA. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p. 113-120, jan/mar, 2009.

LIMA, J.V.C., et al. A educação permanente em saúde como estratégia pedagógica de transformação das práticas: possibilidades e limites. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.8, n. 2, p. 207-227, jul/out, 2010.

LIMA, S.A.V.; ALBUQUERQUE, P.C.; WENCESLAU, L.D. Educação permanente em saúde segundo os profissionais da gestão de Recife, Pernambuco. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 425-441, maio/ago, 2014.

LOPES, S.R.S., et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Com. Ciências Saúde**. v.18, n.2, p.147-155, 2007.

MACEDO, N.B.; ALBUQUERQUE, P.C.; MEDEIROS, K.R. O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 379-401, maio/ago, 2014.

MACHADO, J.F.F.P., et al. Educação permanente no cotidiano da atenção básica no Mato Grosso do Sul. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.39, n. 104, p.102-113, jan/mar, 2015.

MAGALHÃES JUNIOR, H.M.; PINTO, H.A. Atenção básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? **Rev. Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 51, p.14-29, out. 2014.

MARQUES, C. M. S.; EGRY, E. Y. As competências profissionais em saúde e as políticas ministeriais. **Rev. Esc. Enfermagem. USP**, São Paulo, v 45. 2011.

MARTINS, A. L. X.; SANTOS, S. M. R. O exercício do controle social no sistema único de saúde: a ótica do enfermeiro como membro do conselho local de saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 199-209, 2012.

MEDEIROS, A.C.; PEREIRA, Q.L.C.; SIQUEIRA, H.C.H.; MORAES, C.L. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n.1, p. 38-42, jan/fev, 2010.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde: revisão bibliográfica, fundamentos, conceito e elementos constitutivos. **As redes de atenção à saúde**, Brasília (DF), 2. ed., p. 61-208, 2011.

_____. Os modelos de atenção à saúde. **As redes de atenção à saúde**, Brasília (DF), 2. ed., p. 209-218, 2011.

MERHY, E. E.; GOMES, L.C. Colaborações ao debate sobre a revisão da política nacional de educação permanente em saúde. A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas, Porto Alegre, 1. ed., p.67-91, 2016.

MERHY, E.E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação** v. 9, n.16, p.161- 177, 2005.

MESTRINER JUNIOR, W ET AL. O desenvolvimento de competências em atenção básica à saúde: a experiência no projeto Huka-Katu. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**. v. 16, 2009.

MICCAS, F.L.; BATISTA, S.H.S.S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Rev. Saúde Pública**, v. 48, n. 01, p. 170-185, 2014.

MISHIMA, S.M., et al. Perspectiva dos gestores de uma região do estado de São Paulo sobre a educação permanente em saúde. **Rev. Escola de Enfermagem USP**, v. 49, n.4, p. 665-673, 2015.

MONTANHA, D.; PEDUZZI, M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. **Rev. Escola de Enfermagem USP**, v. 44, n.3, p. 597-604, 2010.

MOTA; R.R.A.; DAVID; H.M.S.L. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: questões a problematizar. **Rev. Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro. v. 23, n.1, p. 122-127, jan/fev 2015.

NESPOLI, G.;RIBEIRO, V.M.B. Discursos que formam saberes: uma análise das concepções teóricas e metodológicas que orientam o material educativo de formação de facilitadores de educação permanente em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.15, n.39, p.985-996, out/dez, 2011.

NEVES, T.C.C.L.; MONTENEGRO, L.A.A.; BITTENCOURT, S.D.A. Produção e registro de informações em saúde no Brasil: panorama descritivo através do PMAQ-AB. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 756-770, Out-Dez 2014.

OLIVEIRA, D.C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v.16, n.4, p. 569-576, out/dez., 2008.

PASCHE, D. F. Contribuições da política de humanização da saúde para o fortalecimento da atenção básica. **Cadernos HumanizaSUS: atenção básica**, Brasília (DF), v. 2, 1ed., p. 11-28, 2010.

PIERANTONI, C.R; VARELLA, T.C; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Estudos e Análises, v. 2, p.51-80, 2013.

PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cadernos de Pesquisa**. n. 114, p 179-195, novembro, 2001.

PINHEIRO, R. Integralidade em saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, Rio de Janeiro, 2009.

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

PINTO, H. A.; SOUSA, A; FLORÊNCIO, A. R. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **RECIIS: Rev. eletr. comum. inf. inov. saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, supl., ago. 2012.

PINTO, H.A., et al. Atenção básica e educação permanente em saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Rev. Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 51, p.145-160, out. 2014.

PINTO, H.A.; FERLA, A.A.; Formulação e implementação de políticas como pedagogias para a gestão: um ensaio a partir de três casos do Sistema Unico de Saúde. **Saúde em redes**. v.1, n.1, p.81-94, 2015.

PINTO, H.A.; SOUSA, A. N. A; FERLA, A.A. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: várias faces de uma política inovadora. **Rev. Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 51, p.43-57, out. 2014.

POSSA, L. B.; CORTES, S. M. V. Mecanismos de participação e atores sociais em hospitais: o caso do grupo hospitalar Conceição-RS. **Saúde. Soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 59-70, 2012.

RAMOS, L.; POSSA, L. B. Dimensionamento da força de trabalho no SUS: o trabalho (e trabalhador) vivo no planejamento em saúde. **Saúde em redes**, v.2, n.1, p.43-52, 2016.

RIGHI, L.B. Uma reflexão sobre formas de gestão e o fortalecimento da atenção básica. Caderno HumanizaSUS: atenção básica, Brasília (DF), v. 2, 1ed., p. 60-74, 2010.

SANTOS, A.R.; COUTINHO, M. L. Educação permanente em saúde: construções de enfermeiros da estratégia de saúde da família. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 708-724, jul/set, 2014.

SANTOS, P.T.; BERTOLOZZI, M.R.; HINO, P. Necessidades de saúde na atenção primária: percepção de profissionais que atuam na educação permanente. **Acta Paul. Enferm.**, v.23, n.6, p.788-795, 2010.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Documento Norteador**: diretrizes para implementação da política de Educação Permanente em Saúde no estado de São Paulo. Jorge Harada, Paulo Seixas, Karina Calife, Jairo Georgette, Otília Simões. São Paulo: SES, 2008.

SÁ-SILVA, J.R.; ALMEIDA, C.D.; GUINDANI, J.F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Rev. Brasileira de História & Ciências Sociais**. n. 1, julho, 2009.

SAVASSI, L.C.M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Rev. Bras. Med. Fam. Comun.** Florianópolis, v.7, n.23, p. 69-74, Abr.-Jun.; 2012.

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

SILVA, L. M. S., et al. Análise da organização e funcionamento dos conselhos de saúde e gestão participativa em Fortaleza, CE. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 117-125, 2012.

SILVA, L.A.A., et al. Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.20, n.2, p. 340-348, 2011.

SILVA, L.A.A., et al. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.31, n.3, p.558-516, 2010.

SILVA, R.R.; FURTADO, J.P.; AKERMAN, M.; GASPARINI, M. Subsídios a meta-avaliações do PMAQ. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil – diálogos**. Porto Alegre, 1. ed, p. 327-355, 2016.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; LUIS, M. A. V. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Rev. Baiana de Enfermagem**. Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, maio/ago.2011.

STROSCHEIN, K.A.; ZOCHE, D.A.A. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 505-519, nov. 2012.

TAVARES, D.D., et al. Humanização e Educação Permanente: implicações no cotidiano de trabalho. **Disciplinarum Scientia**. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v.15, n. 2, p.205-213, 2014.

TESSER, C. D., et al. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4295-4306, 2011

TURATO, E.R. Construindo uma nova e particular metodologia qualitativa a partir do casamento de métodos modelares. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, 2003.

APÊNDICE

APÊNDICE 1



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE - CRS
Departamento Regional de Saúde de Araraquara - DRS III
Av. Espanha, nº. 188 - 3º, 4º. e 5º andares – 14.801-130 - Centro
fone (16) 3301-1810 / fax (16) 3322-9976

Termo de Autorização para acesso a Documentos para fins de pesquisa

Ilmo Sr. Diretor do Departamento Regional de Saúde de Araraquara – DRS III Araraquara

Eu CRISTIANE RIBEIRO, pesquisadora do projeto de pesquisa intitulado “Análise da Educação Permanente em Saúde e o PMAQ nos municípios do DRSIII Araraquara”, desenvolvida no Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, venho por meio deste, solicitar autorização de acesso e utilização dos documentos Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde das quatro regiões de saúde do DRS III Araraquara, correspondente aos anos de 2008 a 2015, para fins de análise de pesquisa.

Informo que os dados a serem coletados serão utilizados para a caracterização das ações de EPS propostas para as quatro regiões de saúde do DRS III de Araraquara– São Paulo.

Atenciosamente,

Cristiane Ribeiro

Pesquisadora Pós-graduanda do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos - UFSCar

DRS III-D
Em, 07/12/2015

autorizo

ANTONIO MARTINS DE OLIVEIRA
Diretor Técnico de Saúde III
R.G.: 10.174.222-8 - DRS - III