

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

CRISTIANE PERES

DESAFIOS DO PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

**São Carlos
2014**

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

CRISTIANE PERES

DESAFIOS DO PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Trabalho de Conclusão de mestrado submetido à Universidade Federal de São Carlos para obtenção do Título de Mestre junto ao Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica, Área de concentração em Gestão da Clínica. Orientação: Prof^ª. Dr^ª. Patrícia Carla de Souza Della Barba. Co-orientação: Prof^ª. Dr^ª. Roseli Ferreira da Silva

**São Carlos
2014**

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

P437dp Peres, Cristiane.
Desafios do processo de educação permanente em
saúde / Cristiane Peres. -- São Carlos : UFSCar, 2014.
96 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São
Carlos, 2014.

1. Saúde. 2. Educação permanente. 3. Educação em
saúde. 4. Política de saúde. 5. Profissionais de saúde. I.
Título.

CDD: 613 (20^a)



FOLHA DE APROVAÇÃO

CRISTIANE PERES

**“DESAFIOS DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
EM SAÚDE”**

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à Universidade Federal de São Carlos para obtenção do Título de Mestre junto ao Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica, Área de concentração em Gestão da Educação.

DEFESA APROVADA EM 21/10/2014

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Patrícia Carla de Souza Della Barba / UFSCar

Prof.^a Dr.^a Sabrina Helena Ferigato / UFSCar

Prof.^a Dr.^a Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim / UFSCar

Prof.^a Dr.^a Stella Maris Nicolau / UNIFESP

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, meus pais Sueli e Paulo e meu irmão Jean, minhas verdadeiras fortalezas. Ao grande amor da minha vida, meu noivo e futuro marido, Thiago que sempre me compreendeu e apoiou neste caminho com muita paciência e carinho, nos momentos de desespero. Amo muito vocês e pra vocês dedico esta obra.

EPIGRAFE

“Não basta saber ler que Eva viu a uva. É preciso compreender qual a posição que Eva ocupa no seu contexto social, quem trabalha para produzir a uva e quem lucra com esse trabalho.”

Paulo Freire

AGRADECIMENTOS

À minha família, principalmente meus pais Sueli e Paulo, por todo esforço dedicado para que eu chegasse até aqui, por terem dedicado suas vidas para que seus filhos tivessem uma vida melhor. A meu irmão Jean por seu companheirismo e amizade; a meu noivo Thiago pelo companheirismo e pela paciência que me faltava na construção deste trabalho; a meus queridos companheiros de quatro patas, Cuca e Mussa, que estavam sempre ao meu lado nas árduas horas de trabalho, sempre felizes à espera de um carinho.

A todos os meus amigos de São Carlos que ao longo deste trabalho ajudaram no que foi possível, cedendo casas, retirando livros na biblioteca, e os entregando quando eu estava distante, e até mesmo imprimindo texto na última hora, dias antes da qualificação. Se não fossem eles, este trabalho seria quase impossível, visto que eu estava em outro estado; a vocês, turma do Mussum, eu agradeço muito: Amaranta, parceira de longa jornada, você é minha irmã e meu carma; Manu, minha querida, sempre me apoiando e contribuindo muito em minha vida; Césarís, aquele que conheci em outro continente mas que morava tão perto de mim; Lucas, o carioca menos folgado que conheci; Sara, minha querida cunhada; Daniel, meu querido amigo, a vida em São Carlos não teria sido tão divertida sem você; Samirinha, outra irmã de longa jornada; Juliana, Camila e outros que com certeza estou esquecendo neste momento mas não deixam de ser importantes para mim.

Ao Programa Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, que me oportunizou um contato maior com a Universidade Federal de São Carlos, com o Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, com a estadia na cidade de São Carlos e me proporcionou conhecer pessoas maravilhosas nessa cidade que eu levarei para a vida.

Aos professores, coordenadores e funcionários do PPGGC, pois ajudaram no que foi preciso para a construção deste trabalho. À minha orientadora Patricia, pela paciência, ajuda, dedicação e compreensão dos momentos difíceis para a construção deste trabalho, à co-orientadora Roseli, pela atenção, compreensão, além do profissionalismo. Aos membros de minha banca de qualificação e defesa, que contribuíram para a construção deste trabalho e por aceitarem de prontidão o convite; Stella Nicolau, Márcia Ogata, Sabrina Ferigato e Regina Joaquim.

RESUMO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia pedagógica de educação em saúde reconhecida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em toda América Latina para solidificar os sistemas públicos de saúde, visto que as atividades educativas em saúde não têm sido efetivas para atender as necessidades de saúde da população e realizar mudanças na qualidade dos serviços de saúde. Este estudo busca analisar o processo da Educação Permanente em Saúde de acordo com as políticas e diretrizes no município de São Carlos, além de ponderar os impasses que dificultam o processo de Educação Permanente em Saúde e suas condições de realização e contribuir para o desenvolvimento e articulação do processo de EPS no município. A discussão está subsidiada na técnica qualitativa de pesquisa, especificamente, por meio de entrevista semiestruturada realizada com nove sujeitos que estão diretamente ligados à EPS nesse município. Os resultados demonstram que a EPS no município encontra-se fragilizada por diversos fatores como: ações de educação em saúde ocorrem de modo fragmentado, pela falta de conhecimento ou diferentes concepções dos sujeitos e principalmente pelos gestores acerca da EPS, e, sobretudo, pela ruptura de projetos e políticas devido à alternância de governos e de partidos, como ocorrido com a implementação da EPS no município de São Carlos. Apesar disso, a pesquisa evidenciou que o município possui também potenciais para a estruturação e efetivação da EPS, tal como a parceria rede-escola, recursos investidos em atividades de educação em saúde e representatividade nos colegiados de discussão e planejamento de EPS. Assim sendo, conclui-se que apesar de fragilizada, a EPS possui possibilidade de ascensão. Sugere-se, a partir dos resultados deste estudo, que a articulação dos atores que formam o quadrilátero do SUS (ensino, gestão, atenção e controle social) seja fortalecida de modo a garantir a continuidade e a consolidação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Palavras-chave: Sistema Único da Saúde (SUS). Educação Permanente em Saúde. Formação dos Trabalhadores da Saúde. Políticas de Educação em Saúde.

ABSTRACT

The Permanent Education in Health (Educação Permanente em Saúde - EPS) is a pedagogical strategy recognized by the Pan American Health Organization in Latin America as a method to consolidate public healthcare systems around the world since regular educational activities in health alone are not capable of fulfill the needs of the population and increase the quality of the service. This study discuss the Permanent Education in Health in the city of São Carlos – SP and aims to identify and problematize the limitations and potentialities pointed by the local healthcare workers and managers in other to contribute to the development of the strategy in the city. The study uses a qualitative research method through semi-structured interviews of nine actors directly related to the local EPS activities. The results show that the EPS in the city is weakened by different factors such as: fragmented actions in education; lack of knowledge or misunderstanding of the concept of EPS by the workers and mainly by the managers; and above all, rupture of project and political policies due to changes in the government political party. Despite the obstacles, the study also revels positive aspects of the EPS implementation in the city, like: good partnership between healthcare network and educational institutions; investment in activities of education in health; and involvement in governmental forums of EPS discussions and planning. The study conclude that EPS can evolve by increasing the articulation between the players involved in the public health system – SUS (teaching, management, care, and social control), to guarantee the continuous consolidation the National Policy of Permanent Education in Health.

Key-words: Unified National Health System (SUS). Permanent Education in Health. Formation of Healthcare Workers. National Policies of Education in Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Arco de Maguerez.....	33
Figura 2 - Regionalização da Saúde no Estado de São Paulo	42
Figura 3 - Mapa da Rede Regional de Atenção à Saúde.....	44
Figura 4 - Ocorrência das expressões/categorias de análise.	52

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da população nos municípios pertencentes à DRS III.....	43
Tabela 2 - Distribuição dos municípios da DRS III por regiões de saúde.....	44
Quadro 3 - Categorias e subcategorias de análise.....	51
Quadro 4 - Perfil dos sujeitos da pesquisa.....	54
Quadro 5 - Mapeamento a partir do Termo de Compromisso de Gestão Municipal.....	70
Quadro 6 - Características da EC e da EPS.....	77
Tabela 7 - Mapeamento das IES que oferecem cursos na área da saúde do DRS III.....	80

LISTA DE ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica

CEFOP - Centro de Formação de Recursos Humanos para o SUS

CDQS - Centros de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CGR - Colegiados de Gestão Regional

CIES - Comissões de Integração Ensino-Serviço

CNRHS - Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde

CNS - Conferência Nacional de Saúde

DEGES - Departamento de Gestão da Educação na Saúde

DRS - Departamentos Regionais de Saúde

EC - Educação Continuada

EP - Educação Permanente

EPS - Educação Permanente em Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IES - Instituições de Ensino Superior

LOS - Lei Orgânica da Saúde

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NOB-RH - Norma Operacional Básica de Recursos Humanos

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Panamericana da Saúde

OS - Organização de Saúde

PAREPS - Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde

PET/SAÚDE - Programa de Educação Tutorial da Saúde

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

RMSFC - Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade

RRAS - Rede Regional de Atenção à Saúde

RS - Região de Saúde

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

SMS - Secretária Municipal da Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSCar - Universidade Federal de São Carlos

UNICASTELO - Universidade Camilo Castelo Branco

UNICEP - Centro Universitário Central Paulista

USF - Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
INTRODUÇÃO.....	15
Objetivo do Trabalho.....	16
Estrutura do Trabalho.....	16
1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	18
2 ESTRATÉGIA PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	29
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	42
3.1 Cenário de Pesquisa.....	42
3.2 Tipo de Estudo.....	45
3.3 População	45
3.4 Instrumentos de Produção de Dados.....	47
3.5 Análise de Dados	48
4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS.....	53
4.1 Apresentação de Dados.....	53
4.2 Análise e Discussão dos Dados	60
4.2.1 <u>Categoria 1</u> : Impasses e potencialidades da Educação Permanente em Saúde no município de São Carlos	61
4.2.2 <u>Categoria 2</u> : Diferentes concepções dos trabalhadores acerca da Educação Permanente em Saúde	72
4.2.3 <u>Categoria 3</u> : O Apoio das instituições formadoras da saúde.....	79
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	89
APÊNDICE A: Roteiro de entrevista.....	95
APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento	96

APRESENTAÇÃO

Durante o período de minha graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, tive muito contato com a área da Saúde, por ser essa a área de atuação mais comum dentre os profissionais de Serviço Social. De acordo com o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2005), a Saúde, a Assistência Social e a Previdência Social são as áreas que mais empregam profissionais do Serviço Social.

Esses contatos com a área da Saúde aconteceram em grupos de estudos, pesquisas, estágios e intercâmbio, desse modo, a Saúde permeou toda minha formação como assistente social. Junto a essas experiências, pude me apropriar das políticas de Saúde e do sistema de Saúde como um todo; entendendo sua operacionalização, me identifiquei enquanto assistente social com seus princípios universalistas e igualitários favoráveis a uma sociedade mais digna.

A partir dessa paixão inicial, tracei minha trajetória profissional na Saúde, compreendendo a importância dessa profissão e de outras para a construção interdisciplinar e a defesa e efetivação do Sistema Único de Saúde, que era ainda uma política muito recente da década de 80.

Desse modo, assim que me graduei, senti que precisava saber mais acerca da minha profissão e das políticas públicas relativas à Assistência Social e à Saúde, e na busca por qualificação e atuação profissional tive a oportunidade de integrar a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC), programa de pós-graduação lato-sensu da Universidade Federal de São Carlos.

A residência inclui em seu currículo quatro competências essenciais para o desenvolvimento do aluno residente, dentre elas, o cuidado individual e coletivo, a gestão e a pesquisa, que são distribuídos em 80% de prática em serviço nas Unidades de Saúde da Família no município de São Carlos-SP e 20% em atividades teóricas na UFSCar e nas Unidades de Saúde da Família (USFs) (UFSCAR, 2008).

No item gestão, tive a percepção da resistência dos trabalhadores das USFs em participar das atividades de capacitação nomeadas como atividades de Educação Permanente em Saúde, este fato me instigou a investigar como estava ocorrendo a Educação Permanente no município por meio de entrevistas com os trabalhadores das Unidades de Saúde da Família onde atuava, o que resultou no trabalho de conclusão de curso da RMSFC, que está em vias de publicação.

Essa investigação gerou resultados inquietantes, que me motivaram a estudar mais profundamente nesta pesquisa o processo de Educação Permanente em Saúde e seus impasses, dada a relevância da Política Nacional de Educação Permanente para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde, como é possível verificar no trecho abaixo, em um dos resultados do trabalho:

Pode-se afirmar que, a partir deste estudo, a EPS (Educação Permanente em Saúde) encontra-se fragilizada no município São Carlos, uma vez que foi verificado por meio dos relatos que ações educativas são voltadas para atualizações de técnicas, reiterando o modelo de atenção e cuidado hegemônico à saúde que contradiz a proposta da ESF (Estratégia de Saúde da Família)¹.

A partir da iniciativa de pesquisar acerca desse tema ingressei no Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica na qual tive oportunidade de desenvolver a presente pesquisa com subsidio teórico da Universidade Federal de São Carlos no município de São Carlos- SP.

¹ Trecho de artigo ainda não publicado, elaborado no ano de 2012 como trabalho de conclusão de curso da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC), do programa de pós-graduação lato-sensu da Universidade Federal de São Carlos.

INTRODUÇÃO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) propõe que a transformação das práticas profissionais deve estar baseada no diálogo e na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais em ação na rede de serviços (BRASIL, 2004a).

Propõe-se, portanto, que os processos de Educação Permanente dos trabalhadores da Saúde sejam norteados a partir da problematização do seu processo de trabalho, com vistas a incentivar principalmente a promoção e a prevenção através de intervenções educativas, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações por meio do conhecimento do contexto no qual o usuário está inserido, da gestão setorial e do controle social em saúde (SARRETA, 2009).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde preconiza que os municípios atendam a responsabilidades no que tange à EPS. A partir dessa realidade, torna-se consubstancial a investigação dos processos relativos à gestão da EPS, além da problematização acerca das fragilidades e potencialidades evidenciadas na política por meio da literatura, de modo a contribuir com o funcionamento mais eficiente do Sistema Único de Saúde e a consequente melhoria na prestação de serviços ao usuário da saúde.

Franco (2007) aponta que apesar dos investimentos em Educação para Saúde terem sido razoáveis, esses não têm se convertido em mudanças na prática do cuidado nos serviços de Saúde.

De um lado, muitos investimentos institucionais historicamente disparados a partir do ministério da saúde, que efetivamente possibilita-nos notar o desejo de operar processos educacionais eficazes no atributo de transferir tecnologias de cuidado aos trabalhadores do SUS (Sistema Único de Saúde), de outro lado, baixo impacto desses mesmos programas de educação para o setor da saúde nos processos produtivos, isto é na prática cotidiana de produção de cuidado. (FRANCO, 2007, p.429)

Ceccim (2004) também aponta que os investimentos na Educação no setor da Saúde não conseguiram instituir um processo de mudança na formação que trouxesse a humanização, o acolhimento, a responsabilização para com o usuário das ações e serviços de saúde.

Diversos fatores têm sido apontados por trabalhadores e gestores do SUS como obstáculos para o desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde. Dentre eles, a dificuldade de utilização de uma metodologia ativa que valorize o sujeito como protagonista de suas ações, que estimule sua autonomia, que aprecie a vivência cotidiana como

instrumento também de aprendizagem. Essa dificuldade tem levado ao uso de diversas metodologias ideologicamente tradicionais e contrárias à metodologias ativas preconizadas pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Metodologias educacionais implementadas com esse viés transformaram-se em verdadeiras máquinas de captura das subjetividades e anulação da capacidade criativa. O não reconhecimento de um saber gerado a partir “da ponta” leva à formação de sujeitos heterônomos (grupos sujeitados em lugar de grupos sujeito) e é a isso que os trabalhadores ficam reduzidos, submetidos a uma “pedagogia da dependência. (FRANCO, 2007, p.429)

Contraditoriamente à realidade exposta, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde visa consolidar o modelo de atenção proposto pelo SUS a partir das experiências concretas trazidas pelos sujeitos envolvidos no processo de produção da Saúde, vivenciadas em seu cotidiano, baseando-se numa metodologia ativa de ensino-aprendizagem, que busca uma reflexão crítica por meio de um diálogo que estimule e valorize a autonomia e o protagonismo desses sujeitos (BRASIL, 2004a).

Mesmo com esses empecilhos no processo de implementação, a proposta da Educação Permanente em Saúde é válida e atual, pois busca um novo paradigma de Saúde que transforme a atuação dos trabalhadores e gestores da Saúde, motivando-os para a mudança da práxis, para qualificação em serviço e para a consequente efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde e da reforma sanitária.

Objetivo do Trabalho

O presente estudo teve como objetivo analisar o processo da Educação Permanente em Saúde de acordo com as políticas e diretrizes no município de São Carlos, além de ponderar os impasses que dificultam o processo de Educação Permanente em Saúde e suas condições de realização e contribuir para o desenvolvimento e articulação do processo de EPS no município.

Estrutura do Trabalho

A *Introdução* tem como escopo apresentar ao leitor a trajetória acadêmica e profissional da pesquisadora até a escolha do tema a ser pesquisado, bem como apresentar a estrutura do presente trabalho e seu objetivo.

No primeiro capítulo intitulado *Sistema Único de Saúde e Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*, foi apresentada a trajetória histórica das políticas de Saúde no Brasil que buscam qualificar os recursos humanos do SUS.

No capítulo dois, denominado *Estratégias para a Educação Permanente em Saúde*, foi abordada a concepção pedagógica que norteia a Política Nacional de Educação Permanente e suas diretrizes metodológicas, apontou-se também os impasses na aplicação dessa metodologia.

No capítulo seguinte, referente aos *Procedimentos metodológicos*, foram apresentadas as justificativas quanto à escolha da abordagem metodológica utilizada no trabalho, além de considerações e informações sobre as técnicas de produção de dados e a escolha dos sujeitos participantes da pesquisa.

Já no quarto capítulo, *Apresentação, Análise e discussão dos dados*, foram apresentados os dados compilados a partir de uma pré-análise, depois discutidos e analisados de modo mais denso, buscando respaldo na literatura.

Enfim, nas *Considerações finais* foram esboçadas as conclusões e apontamentos gerados pelo presente trabalho.

1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

A partir da Constituição Federal de 1988, foi institucionalizado o Sistema Único de Saúde (SUS), e dentro de suas abrangências o âmbito do trabalho e formação tem se destacado como essencial. A iniciativa constitucional de desenvolvimento de uma política voltada para os recursos humanos é evidente no Art. 200: “Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (BRASIL,1988).

Ainda, a Lei Orgânica da Saúde (LOS) preconiza em seu Art. 14: “Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior”.

Em suma, a legislação atribui ao SUS a competência de ordenar e formar trabalhadores com perfil condizente às necessidades técnicas e sociais, às realidades locais e regionais, reconhecendo a política relativa aos trabalhadores como primordial à implementação do sistema de Saúde (BRASIL, 1988).

A Carta Magna brasileira contempla de modo geral ideias de dignidade e cidadania da pessoa humana como direitos fundamentais, elevando à condição de relevância pública uma série de políticas sociais, dentre elas ações e serviços de Saúde, ao passo que estabelece a saúde como direito fundamental do cidadão e dever do Estado enquanto provedor.

Segundo Sarreta (2009), o SUS, desde sua concepção e ao longo de todo seu processo de implementação, passou por várias tentativas de regulamentar uma política de desenvolvimento e formação dos trabalhadores da saúde, sempre direcionadas pelos momentos sócio-históricos do país. Vale ressaltar que o movimento da reforma sanitária que permeou a década de 80 e impulsionou a criação do SUS aconteceu no Brasil em período de ditadura militar, tendo como grande expoente o sanitarista Sérgio Arouca. Este costumava dizer que o movimento da reforma sanitária nasceu dentro da perspectiva da luta contra a ditadura.

As Conferências Nacionais de Saúde são exemplo desses momentos institucionais citados pela autora, pois criaram-se espaços de articulação da sociedade de forma a garantir as necessidades e interesses da população na área da Saúde, bem como propor e sugerir novas formas de pensar o SUS, além de aprofundar o debate acerca do sistema buscando sempre o seu fortalecimento.

Segundo Dominguez (2006), o modelo brasileiro de conferências é um dos melhores impulsionadores para o debate dos problemas da Saúde, isso porque proporciona um espaço democrático para o governo e a sociedade discutirem livremente as prioridades e necessidades da Saúde.

A garantia de espaços democráticos como os das conferências pela Constituição Brasileira nem sempre contribuiu para implementação do SUS e das políticas que efetivam direitos fundamentais para a população, dado que, segundo Sarreta (2009), mudanças que vêm ocorrendo no mundo no campo econômico, tecnológico e cultural provocam transformações nos paradigmas de educação e de formação profissional, que passam cada vez mais a responder às necessidades e demandas do mercado de trabalho.

No campo da Educação na Saúde, a grande maioria dos cursos técnicos, universitários, de pós-graduação e as residências formam profissionais distantes das necessidades de saúde da população e de organização do sistema (BRASIL, 2005c).

Conforme afirma Sarreta (2009), as mudanças macros como as de paradigmas que atingem as políticas sociais são consideradas grandes empecilhos para o processo de implementação e consolidação das políticas recentes como as de qualificação dos recursos humanos do SUS, dentre outras.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) assinala ainda que a precarização do trabalho e o aprofundamento do modelo curativista e hospitalocêntrico têm sido apontados como vetores principais da qualificação e formação dos trabalhadores há várias décadas nas conferências de Saúde mesmo não atendendo as necessidades dos serviços de saúde (OMS, 2007).

Soma-se a esses impasses de implementação das políticas sociais no Brasil a adoção de medidas orientadas pelo modelo neoliberal na década de 90, que de acordo com Anderson (1995), sua implementação e ideologia são traduzidas pela redução do Estado no que tange ao enfrentamento das múltiplas expressões da questão social, confrontando-se então com o projeto da reforma sanitária, com a efetivação do SUS universal.

Assim, com a adoção do neoliberalismo pelo Estado brasileiro, ocorre um distanciamento entre as medidas de proteção social garantidas legalmente e as que vêm sendo colocadas na prática, ainda que pactuadas junto à sociedade.

No que permeia a política de recursos humanos do SUS, não foi diferente o processo de consolidação, que foi lento e gradual com alguns retrocessos de acordo com a

posição política de determinados governos brasileiros, que apoiavam projetos contrários à reforma sanitária.

Medidas neoliberais atingiram em cheio os recursos humanos do SUS, como sinaliza Nogueira (2006, pg.36):

No governo de Fernando Henrique Cardoso ainda era mantida a política de contenção de gastos com pessoal do serviço público. A Lei Camata – nº82, de 27/03/1995 e lei complementar nº96, de 31/05/1999 determinam limites percentuais, em 60% das receitas correntes líquidas, para despesas com pessoal nas três esferas de governo.

Os serviços de saúde de todo o país atravessavam dificuldades causadas, principalmente, pela diminuição do aporte financeiro, repercutindo na qualidade e quantidade da oferta de serviços oferecidos à população, no trabalho e na educação, no campo da Saúde. O momento coincide com as políticas de ajuste econômico, especialmente nos países em desenvolvimento como é o caso do Brasil, refletindo-se no mundo do trabalho com a terceirização maciça de serviços próprios de saúde e a precarização de vínculos, consoante com o ideário neoliberal (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994).

Para Machado (2006), a década de 1990 foi considerada umas das piores em relação à política de recursos humanos no setor da Saúde, principalmente pela ausência de plano de carreira profissional e precarização do trabalho, além do distanciamento entre ensino e serviço nos cursos de formação na área da Saúde.

Ainda na lógica neoliberal, Yamamoto (2006, pg.188) conclui: “subordina-se os direitos sociais à lógica orçamentária, a política social a política econômica, em especial às dotações orçamentárias e, no Brasil, subverte o preceito constitucional”.

Segundo a autora, é evidente o afastamento do Estado de suas responsabilidades sociais, o que implica em retrocessos da cidadania e restrições ao invés de ampliações das políticas sociais no geral.

Para Bravo (2009), nos anos 90 assiste-se ao redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela política de ajuste neoliberal. A Saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos contidos pelo Estado. A refilantropização é uma das manifestações dessa década, que vem crescendo até os dias atuais através da privatização e terceirização da Saúde por meio das chamadas Organização de Saúde (OS).

As OSs, que se constituem como pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, podem ser associadas ao Estado para prestação de serviços sociais e culturais, qualificadas por ato do Poder Executivo. Distinguem-se das empresas públicas as autarquias,

fundações públicas ou sociedades de economia mista (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997).

As OSs podem ser consideradas como parte integrante da reforma do Estado que começou no governo Fernando Henrique Cardoso. Através do Plano de Reforma Administrativa do Estado, foram estabelecidas “novas formas jurídicas para o setor público e determinou novos formatos às instituições com as quais o Estado pode se associar para cumprir seus objetivos de promoção de bem-estar” (NOGUEIRA, 2006).

Mesmo com as dificuldades enfraquecedoras do SUS acima apresentadas, espaços democráticos como conferências e conselhos de Saúde mantiveram-se e ainda se mantêm presentes e atuantes, formados pela sociedade organizada a favor da reforma sanitária, representando a população a favor do fortalecimento da defesa e da efetivação do SUS.

Para Teixeira (1989), a análise da política de Saúde da década de 80 teve como positivo as principais características: politização da questão da Saúde, mudança do arcabouço das práticas institucionais e a alteração da norma constitucional.

A politização da política de saúde foi uma das primeiras metas a serem implementadas com o objetivo de aprofundar o nível de consciência sanitária, alcançar visibilidade necessária para inclusão de suas demandas na agenda governamental e garantir o apoio político à implementação das mudanças necessárias. (BRAVO, 2009, p.98)

Desse modo, a partir desses preceitos legais conquistados pela população por meio de movimentos atuantes citados, houve um grande avanço na política social do Brasil, que alcançou além do direito universal à Saúde, a possibilidade de qualificação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS.

Durante a história do SUS, houve momentos significativos que contribuíram para a elaboração e desenvolvimento de uma política voltada para a formação dos trabalhadores da Saúde. Recuperar essa trajetória é um passo importante para a compreensão da evolução das ações para o setor que permitam analisar possíveis contribuições para a construção da atual Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), sucedida em 1986, além de ter sido um marco para efetivação do SUS apresentou uma série de formulações para os recursos humanos da Saúde, nas quais foram debatidas e apresentadas as principais propostas para criação de uma política importante para a reforma sanitária brasileira.

Foi então estabelecida na 8ª CNS a construção de uma política marcada pelo processo de descentralização da assistência e, por conseguinte, dos recursos humanos que

integram os serviços. Nesse espaço formataram as diretrizes e propostas arraigadas na 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS), ocorrida também em 1986, com o tema “Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária”. A CNRHS deu continuidade à construção de pensamentos na perspectiva do trabalhador da Saúde e questões referentes à qualificação do processo de trabalho.

A ideia era propiciar aos profissionais de Saúde o desenvolvimento de todas as potencialidades humanas, muito além da formação técnica específica. Segundo Ramos:

O debate teórico travado pela comunidade educacional àquela época, especialmente dentre aqueles que investigavam a relação entre o trabalho e a educação, afirmava a necessária vinculação da educação à prática social e o trabalho como princípio educativo. Se o saber tem uma autonomia relativa face ao processo de trabalho do qual se origina, o papel do ensino médio [então 2º grau, etapa em que se dava a habilitação técnica] deveria ser o de recuperar a relação entre conhecimento e a prática do trabalho. Isto significaria explicitar como a ciência se converte em potência material no processo de produção. Assim, seu horizonte deveria ser o de propiciar aos alunos o domínio dos fundamentos das técnicas diversificadas utilizadas na produção, e não o mero adestramento em técnicas produtivas. Não se deveria, então, propor que o ensino médio formasse técnicos especializados, mas sim politécnicos. (RAMOS, 2006, p.8)

A partir desse fato, é possível notar que as críticas sobre fragmentação e desarticulação dos modelos hegemônicos de formação e cuidado precedem a criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

A oitava conferência introduz um novo debate em torno da questão dos trabalhadores do SUS, contudo estão presentes problemas de falta de integração/ensino, distanciamento das instituições formadoras da realidade social e outros conflitos de interesse entre o sistema de Saúde e o sistema formador (BRASIL, 1993).

O relatório desse encontro passou a servir de referência de base para as discussões e produções técnico-científicas que se seguiram (BRASIL, 2005a).

Já a 9ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1992, teve como tema principal a municipalização da Saúde voltada para efetiva implementação do SUS. Conforme afirma Sarreta (2009), por ter sido realizada em momento de crise econômica no país, pouco se acrescentou em relação à CNS anterior no âmbito do desenvolvimento dos trabalhadores da Saúde. Contudo, reafirma a necessidade de uma política voltada para a qualificação dos recursos humanos do SUS, e da realização da 2ª CNRHS.

A partir dessa premissa, aconteceu a 2ª CNRHS no ano de 1993. Essa conferência gerou um dos mais completos documentos fundamentados na inexistência de uma política para os trabalhadores da Saúde e suas consequências negativas na implementação do sistema público de Saúde.

A busca pela melhoria do SUS e qualificação de seus trabalhadores seguiu ainda mais fortalecida na 10ª CNS em 1996, que teve como tema “O SUS construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”. Após o término dessa conferência, ficou estabelecido um prazo para que o Ministério da Saúde (MS) elaborasse com ampla participação e aprovação do CNS de:

[...] uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB-RH) com princípios que regulem a ação e a relação das esferas do governo com relação aos trabalhadores no âmbito do Sistema Único de Saúde, e que inclua uma agenda de prioridade para a implantação desta política. (BRASIL, 2005a, p.59)

Apesar disso, foi somente no ano de 2000, na 11ª Conferência de Saúde, que os princípios e diretrizes da NOB-RH foram aprovados depois de um longo debate ocorrido durante toda a década de 90, envolvendo segmentos como o controle social e os gestores que balizam atualmente os indicativos da política de recursos humanos para o SUS.

Assim, a NOB/RH-SUS foi construída a partir de um processo democrático e descentralizado e contou com importante participação dos trabalhadores, controle social e gestores da saúde nos espaços das Conferências e dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 2005b).

Segundo Sarreta (2009), a NOB-RH quase não apresentou resultados uma vez que a política que prevaleceu neste período foi a política neoliberal para recursos humanos, priorizando a privatização da Saúde por meio da terceirização dos serviços.

Convergente, a autora Machado afirma:

Uma década marcada pela insistência de consolidar o SUS sem se preocupar com aqueles responsáveis pela produção dos serviços de saúde nas três esferas que compõe o SUS. O saldo político é uma enorme dívida social com os trabalhadores. (MACHADO, 2006, p.25)

Essa situação apontada se reflete na 12ª CNS, ocorrida em 2003, que impulsiona ainda mais a pressão para a criação de uma política para os trabalhadores da Saúde com o tema “A Saúde é um Direito de Todos e Dever do Estado – a saúde que temos e o SUS que queremos”. Esse tema central orientou o Plano Nacional de Saúde e reforçou a adoção da Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde como instrumento efetivo para a consolidação do sistema de Saúde.

Ainda em 2003, na 12ª é criada Conferência a Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde e a estratégia de Polos ou rodas de Educação Permanente em Saúde. Machado (2006, p.87) assinala: “Essa ação traz esperança e confiança tanto para aqueles que produzem os serviços de saúde para população como para os responsáveis pela gestão dos sistemas de saúde”. É nesse evento que

a área recursos humanos passa a ser entendida e compreendida como Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

De acordo com Ceccim (2005a, p.92), o ano de 2003 marcou: “[...] o retorno aos princípios de que saúde é um bem público e que os trabalhadores que atuam são um bem público”. Para o autor, o governo federal inaugura um novo momento para os recursos humanos no SUS com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que passa a tratar especificamente da gestão dos recursos humanos no âmbito do trabalho e da educação na Saúde.

Como apontou o Ceccim em 2003, o Ministério da Saúde cria a SGTES que passa a assumir o papel de gestor federal do SUS no que diz a respeito à formulação das políticas orientadoras da formação, distribuição e gestão dos trabalhadores da Saúde no Brasil (BRASIL, 2003).

Seguindo esses avanços nas políticas para os trabalhadores da Saúde, o Ministério da Saúde institui em fevereiro de 2004 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), por meio da portaria GM/MS nº198/2004 (BRASIL, 2004a).

A PNEPS foi uma estratégia do SUS para o desenvolvimento e formação de seus trabalhadores, com a proposição de transformar e qualificar as práticas de formação, atenção, gestão, controle social/participação popular; a organização dos serviços de saúde e os respectivos processos de trabalho; as práticas pedagógicas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde (BRASIL, 2004b).

Desde a Constituição de 1988, já se previa que a formação de recursos humanos para a Saúde seria uma prerrogativa do SUS e a PNEPS vem consolidar esse papel no âmbito do Ministério da Saúde, com a ideia de criar um referencial que venha superar as práticas tradicionalmente fragmentadas na área da Saúde.

A PNEPS adota a EPS como conceito pedagógico, que se associa com ideias novas de como gerir o SUS, consubstanciando com a educação para gestão e resolução de problemas.

A implantação da PNEPS revoluciona a educação no SUS, já que são novos conceitos, novos referenciais para a educação profissional. Para Ceccim (2005b), é um momento ímpar na história:

Pela formulação concreta de uma política de educação na saúde (termo inexistente até então), superando a programação da capacitação e atualização de recursos humanos; por sua aprovação mediante seis meses de debates públicos e negociações com as instâncias já legitimadas no SUS; pela singular e concreta aproximação interministerial entre Saúde e Educação (primórdios de uma agenda sonhada

historicamente e de viabilização extremamente difícil) e, ainda, pela interposição de uma nova instância/novo dispositivo no SUS (caráter intersetorial, foco temático, âmbito locorregional e estrutura interinstitucional). Criar uma nova instância/novo dispositivo não é um ato formal, mas de construção. (CECCIM, 2005b, p.76)

Para a condução da PNEPS de modo descentralizado, como preconizado pelo SUS, foram criadas as rodas ou polos que foram denominadas como as instâncias locorregionais responsáveis por articular a Política de Educação Permanente em Saúde e funcionavam por meio de um colegiado formado por diferentes representantes dos seguintes segmentos: gestão, ensino, controle social e assistência.

Em agosto de 2007, essa portaria foi alterada pela portaria GM/MS1996 (BRASIL, 2007), que define novas diretrizes e estratégias para a implementação da Educação Permanente, adequando diretrizes operacionais ao regulamento do Pacto pela Saúde.

A nova Portaria define o financiamento descentralizado para as Secretarias Estaduais com maior autonomia dos gestores municipais de saúde. A mesma também transforma os polos em Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIESs), recomendando que essa nova configuração considere as especificidades regionais, as necessidades de ações formais de educação na Saúde.

As CIES constituem em instâncias colegiadas intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS. É recomendado que esta configuração considere as especificidades regionais, as necessidades de formação/desenvolvimento e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na Saúde. Participam das CIES os gestores estaduais e municipais de educação e/ou seus representantes, trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas, instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS (BRASIL, 2007).

As CIES são consideradas instrumentos de gestão do SUS. Para o desenvolvimento dos Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) é necessário que os diversos segmentos tal como gestores, profissionais, controle social e estudantes participem ativamente das instancias de discussão e deliberação (BRASIL, 2007).

Como foi dito, essas comissões são instâncias interinstitucionais e intersetoriais que fazem parte da formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS. Todos os municípios

do país devem fazer parte de uma instância, não podendo nenhum deles ficar fora desse processo de articulação da EPS.

O art. 8º da portaria 1996/2007 (BRASIL, 2007) assinala sobre as CIES: “Deverão contar com uma secretária executiva para encaminhar as questões administrativas envolvidas na gestão dessa política no âmbito regional, devendo estar prevista no Plano de Ação Regional da Educação Permanente em Saúde”.

A lei 8080/90 (BRASIL, 1991) já previa a necessidade de uma comissão permanente relacionada à formação e os serviços, e em seu parágrafo único afirma:

Cada uma dessas comissões terá como finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e a cooperação técnica entre estas instituições.

No estado de São Paulo, local onde foi desenvolvida a presente pesquisa, a divisão das regionais da Saúde segue o artigo 2º da portaria 1996/2007 (BRASIL, 2007):

A condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se dará por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES).

O Plano Estadual de Saúde 2008-2011 (SÃO PAULO, 2008) contempla a descentralização regional da Saúde, tendo como estratégia principal o envolvimento dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) com os Colegiados de Gestão Regional – CGRs, recém-constituídos. Entre os princípios norteadores do Plano Estadual estão “as situações reais e específicas de cada região do estado, isto é, o componente regional” (SÃO PAULO, 2008, p. 13). “[...] qualificar a regionalização da demanda, porém, medidas que evitem sua redução a um conjunto de normas complexas que se sobreponham a um efetivo processo político” (BRASIL, 2006a).

O CGR é instância de pactuação permanente e cogestão solidária e cooperativa, formada por gestores de saúde do conjunto dos municípios de uma determinada região de saúde e por representantes do gestor estadual, que definem as prioridades, as responsabilidades de cada ente e o apoio para o processo de planejamento local (BRASIL, 2007). Desse modo, a regionalização da saúde passa a ser estruturada mais com um caráter político do que técnico, considerando as particularidades regionais. Nesse contexto, a condução regional da EPS se dá por meio dos CGR, apoiados pelos Centros de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQS), área técnica dos Departamentos Regionais de saúde.

Os CGRs assumem a condução regional da política de EPS, operando como instância deliberativa, responsável pela elaboração dos Planos de Ação Regional de Educação Permanente (PAREPS), pactuação e definição de projetos a serem implementados no campo da formação e qualificação da força de trabalho para a Saúde (BRASIL, 2007).

Deste modo a regionalização da Saúde passa a ser estruturada mais com um caráter político do que técnico, considerando as particularidades regionais.

Neste contexto a condução regional da EPS se dá por meio dos CGR, apoiados pelos Centros de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQS) área técnica dos Departamentos Regionais de saúde.

O Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde é construído numa parceria articulada pelo Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS – CDQS do DRS III Araraquara, com os Articuladores de Educação Permanente de cada município.

O PAREPS deve caracterizar-se como uma proposta que se articula com as políticas de gestão dos trabalhadores do SUS dos municípios; obedece a análise de necessidades da região de CGR; 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 coerente com os planos municipais e estaduais de saúde da referida região, no que tange à educação na Saúde (PAREPS, 2012)².

Esse plano de ação deve ser elaborado como colocado acima a partir das particularidades de cada região, buscando atender as peculiaridades de cada município e de seus referidos trabalhadores. A partir desse fato, entende-se que o PAREPS deve ser uma proposta elaborada pelos municípios e para os municípios a partir das diretrizes da PNEPS, buscando sempre a descentralização e regionalização da política, trazendo a EPS enquanto prática pedagógica que deve contribuir para aprimorar o processo de conhecimento e análise da realidade social.

Para Montanha e Peduzzi (2010), a EPS deve fundamentar-se na concepção de educação como eixo transformador do processo de trabalho em saúde, e se constitui em um

² DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE ARARAQUARA – DSR III. **Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde – PAREPS 2012** [mensagem pessoal]. Mensagem enviada por cdqsusararaquara@gmail.com em 21 de Janeiro de 2014.

projeto político pedagógico que procura refletir sobre a realidade dos serviços, buscando estratégias dentro da perspectiva de integralidade e crescimento individual e coletivo dos sujeitos.

2 ESTRATÉGIA PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Por muito tempo na história das sociedades ocidentais modernas, e ainda atualmente, educar vem sendo remetido ao processo de aquisição de conhecimentos pré-definidos no ensino fundamental e médio, no qual o professor é a figura detentora do conhecimento, do saber a ser transmitido. Nas universidades, local que deveria ser dedicado à reflexão e produção de novos saberes a lógica parece não ser diferente (CYRINO e TORRALES-PEREIRA, 2004).

De acordo com Saupe, Cutolo e Sandri (2007/2008), as instituições formadoras na Saúde têm dificuldades de realizar mudanças necessárias que aproxime o processo formativo do processo de trabalho.

É consenso na área que as instituições que lidam com formação e assistência têm dificuldade em implementar as mudanças necessárias para aproximar o processo formativo do processo de trabalho em frequente descompasso com as demandas sociais por saúde. (SAUPE; CUTOLO; SANDRI, 2007/2008, p.434)

Essa lacuna entre formação e a prática vivenciada pelos profissionais se reflete no processo de trabalho em saúde, mas precisamente no Sistema Único de Saúde esta lacuna tem sido vista como um problema para efetivação do SUS de qualidade. Por isso, a Educação Permanente em Saúde foi regulamentada como estratégia político-pedagógica para fortalecimento e implementação do SUS.

A lacuna no processo de formação dos profissionais resulta para os autores Garnelo e Langdon (2005) em: uma base para a prestação de serviços com modelo biomédico hegemônico, em que os profissionais da Saúde geralmente não estão capacitados para atuar com modelos de atenção que levam em conta as abordagens integrais. A formação dos profissionais da Saúde, voltada para o biologicismo e o individualismo, faz com que os mesmos não levem em conta as referências socioculturais que poderiam transformar os usuários em agentes de transformação da realidade social.

A formação em saúde deveria enfatizar a transformação das práticas, assim como a organização do trabalho em saúde a partir da problematização do processo de trabalho, possibilitando ao trabalhador a condição de autor da reforma e não o status de mero recurso dela (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Motta, Buss e Nunes (2001) também apontam que a EPS consiste em uma modalidade educacional que se relaciona diretamente com o processo de trabalho e que tem o profissional como sujeito ativo no processo de transformação do cotidiano de trabalho a partir

da problematização. “Não há aprendizagem se os atores não tomam consciência do problema e se nele não se reconhecem em sua singularidade” (RIBEIRO; MOTTA, 1996, p.6).

Conforme Ceccim (2005a, p.165): “Educação Permanente em Saúde pode ser orientadora das iniciativas de desenvolvimentos dos profissionais e das estratégias de transformação da prática em saúde”.

A institucionalização de processos educacionais no trabalho é trazida como uma reflexão desde o início do século XX por haver, segundo Motta, Buss e Nunes (2001) um reconhecimento da necessidade de institucionalização de programas sob tais perspectivas. Ainda segundo o autor, EPS e atenção básica fazem parte do SUS desde sua criação.

A Organização Panamericana da Saúde (OPAS) lançou na década de 1980 a proposta da EPS, que teve como objetivo a transformação do processo de trabalho, buscado a melhoria da qualidade dos serviços, e a equidade no cuidado e acesso aos serviços de saúde. Rovere (1996) sintetiza a educação permanente na Saúde como a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho na rede de serviços em que o fim é melhorar a saúde da população.

Ceccim (2005a) sinaliza que, ao trazerem a ideia da EPS, os proponentes da Organização Panamericana a situam como uma vertente pedagógica pela qual o processo de trabalho é entendido como processo propulsor dos processos educativos.

No mundo do trabalho, a responsabilidade dos serviços de saúde no processo de transformação das práticas profissionais e das estratégias de organização da atenção à saúde, levou ao desenvolvimento da proposta da educação permanente, considerada um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde (BRASIL, 2003, grifos nossos).

A proposta acima citada surgiu a partir da reflexão do contexto tecnicista (Fordista) em que se vivia no mundo do trabalho na década de 1980 em que Merhy e Feuerwerker (2011) analisam que: na saúde as atividades educativas se reduziam às capacitações tradicionais aplicadas aos trabalhadores, organizadas e aplicadas de maneira vertical, direcionadas a públicos diversos resultando em baixos impactos, ou seja, quase não produzia mudanças na prática do trabalhador.

Entende-se a partir das considerações do autor que a incorporação de novos conhecimentos só acontece se forem valorizadas as experiências e conhecimentos prévios dos sujeitos, e se forem criados questionamentos e reflexões entre “o que já se sabe, e o que há para saber” (CECCIM e FERLA, 2008, p.163).

A lógica ou o marco conceitual, de onde se parte para propor a educação permanente, é o de aceitar que a formação e o desenvolvimento devem ser feitos de modo: descentralizado, ascendente, transdisciplinar, para que propiciem: a democratização institucional, o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, o desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo de situações

de saúde, o trabalho em equipes matriciais, a melhora permanente da qualidade do cuidado à saúde e a constituição de práticas técnicas críticas, éticas e humanistas. (BRASIL, 2004a, p.9)

Como foi visto, a EPS é considerada uma estratégia de reestruturação do processo de trabalho na Saúde, que tem por objetivo superar a lacuna entre formação insuficiente dos profissionais de saúde e reais necessidades dos serviços de saúde e da população por eles atendida.

Essa estratégia visa buscar a participação dos trabalhadores da Saúde enquanto protagonistas de seu processo de trabalho, partindo de seu conhecimento prévio para dialogar sobre os empecilhos do cotidiano de trabalho, e a partir desse movimento construir respostas coletivas às necessidades do trabalho, sempre considerando a realidade local.

A PNEPS (2004a) elevou a EPS à condição de política nacional e esta se baseou nos preceitos de Paulo Freire, considerado o principal expoente da pedagogia libertadora. Saviani (2005, p.36) define essa pedagogia como a que: “[...] põe no centro do trabalho educativo temas e problemas políticos e sociais, entendendo que o papel da educação é, fundamentalmente, abrir caminho para a libertação dos oprimidos”.

Para Freire (1980), todo processo educativo tem uma determinada pedagogia que reflete a ideologia e os objetivos referidos em seu contexto. Ou seja, o alcance de uma pedagogia, em sua natureza política, pode ser capaz de operar dentro e fora da academia, em diferentes lugares e esferas, mediando conhecimentos e valores, legitimando determinadas práticas sociais e formas de poder. Desse modo, percebe-se que a educação não é neutra: ela sempre tem um objetivo, que pode servir para manter a ordem ou para transformar, para libertar os oprimidos. A educação, para Freire, deve servir como um meio para a libertação (SARRETA, 2009).

De acordo com Freire (1978), a educação não é neutra, ela sempre reflete a ideologia e os objetivos do contexto na qual está inserida. Dado este fato, os sujeitos que estão sendo educados devem desenvolver consciência crítica para analisar a realidade na qual estão inseridos e assim se apropriarem desse meio, para não serem sujeitos alienados no processo onde em que estão arraigados. A EPS, em convergência com essa ideia, coloca a regionalização e descentralização como diretrizes a serem seguidas nos processos de trabalho em saúde, entendendo o trabalhador enquanto educando que deve compreender a conjuntura a que ele pertence de forma crítica e participativa.

Vale ressaltar que Paulo Freire, em sua publicação *Pedagogia do Oprimido* (1978), já havia problematizado a questão da educação ao situar seu caráter acrítico,

autoritário e seletivo. Nesse livro, o autor reforçou também aspectos da educação humanista e libertadora, que deve partir de um processo educativo baseado na participação e no diálogo.

A pedagogia ou concepção pedagógica libertadora está classificada no grupo das pedagogias contra-hegemônicas, no mesmo âmbito das pedagogias socialista, libertária, comunista, libertadora, histórico-crítica. Saviani define como pedagogia contra-hegemônica:

Aquelas orientações que não apenas não conseguiram se tornar dominantes, mas que buscam intencional e sistematicamente colocar a educação a serviço das forças que lutam para transformar a ordem vigente visando a instaurar uma nova forma de sociedade. (SAVIANI, 2005, p.35)

Tendo como origem essa concepção ideológica, que visa a preparação do sujeito para a transformação da ordem vigente, por meio da sua própria transformação em busca de uma sociedade mais digna, a EPS é considerada como uma estratégia político-pedagógica que parte do pressuposto da aprendizagem significativa, a aprendizagem que produz sentido para o sujeito, libertando-o por meio da problematização da alienação de seu trabalho fazendo o trabalhador sentir-se parte do processo de trabalho.

A aprendizagem significativa faz a interlocução com os problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas possuem, valorizando assim o conhecimento pré-existente dos trabalhadores enquanto sujeitos de seu trabalho (BERTUSSI, 2004).

Para a aprendizagem se tornar significativa para o trabalhador, a construção do conhecimento deve necessariamente passar pela problematização. Ao refletir sobre uma situação concreta de trabalho, as propostas de soluções passam a ser mais reais, viáveis e, sobretudo, descentralizadas e compartilhadas de acordo com os princípios e diretrizes do SUS (SARRETA, 2009).

“Problematizar significa refletir sobre determinadas situações, questionando, fatos, fenômenos, ideias, compreendendo os processos e propondo soluções” (BRASIL, 2005d, p.8).

Ao processo educativo problematizador, cuja finalidade é a libertação da consciência oprimida, cabe a gestação da dialogicidade, uma vez que o homem é concebido como um ser da comunicação e que através do diálogo ele se comunica com o mundo e com os outros homens (FREIRE, 1980).

A pedagogia da problematização tem por base o pensamento que:

Em um mundo de mudanças rápidas, o importante não são os conhecimentos ou ideias nem os comportamentos corretos e fáceis que se espera, mas sim o aumento da capacidade do aluno (...) para detectar os problemas reais e buscar soluções originais e criativas. (BORDENAVE, 1999, p. 265)

Segundo documentos governamentais referentes à EPS, o processo de trabalho na Saúde deve estruturar a formação e qualificação dos seus trabalhadores a partir da problematização, da prática cotidiana, dos problemas encontrados nos serviços que impedem a qualidade no atendimento aos usuários. Em suma, o trabalhador deve problematizar seu processo de trabalho para compreendê-lo melhor, para sentir-se parte dele.

Sarreta (2009) aponta que esse método possibilita a reflexão do processo de trabalho e dos impasses vivenciados na área da Saúde, sendo que essas dificuldades observadas na rotina do trabalho se configuram como o objeto da Educação Permanente em Saúde.

Sobre a metodologia da problematização, Berbel (1998) faz uma representação das fases da problematização em um desenho de um arco, denominado arco de Charles Maguerez, que é um método que se utiliza de um desenho da realidade em uma escala de cinco etapas, conforme a Figura 1, que são: observação da realidade social; pontos-chave; teorização; hipóteses de solução e aplicação a realidade (prática).

Figura 1 - Arco de Maguerez.



Fonte: Interface, 1998

Observando-se o arco, percebe-se que o processo de aprendizagem descrito tem como ponto de partida e como ponto de chegada a realidade, por isso torna-se relevante utilizá-lo com os trabalhadores, já que as atividades educativas desenvolvidas no trabalho devem fazer sentido em sua prática, serem significativas, então devem partir do cotidiano, da realidade que vivencia, para buscar soluções para os problemas dessa própria realidade.

Segundo Berbel (1998), essa metodologia tem sido utilizada em muitos cursos de formação profissional principalmente nas graduações na área da Saúde. O Ministério da Saúde e o Ministério da Educação uniram forças, por meio da criação da Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde, em 2003, que assumiu a responsabilidade de planejar políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação, e regulação da área da Saúde Pública.

A operacionalização do método do arco se dá quando o educando vai construindo as cinco fases descritas a seguir.

A primeira etapa é a observação da realidade concreta pelos sujeitos através da perspectiva individual, seria uma primeira leitura ingênua da realidade. Nessa fase os alunos olham atentamente e registram sistematicamente o que observaram da realidade, daquele tema que está sendo vivido ou acontecendo.

Berbel (1998) afirma que essa fase possibilita que o educando veja a realidade de modo diferente ao habitual, já que a proposta da metodologia é descobrir as questões que podem ser transformadas em problemas.

Aplicado ao processo de trabalho da Saúde, esse método se torna interessante, pois os trabalhadores (educandos) observam seu processo de trabalho, sua realidade, e ao identificarem as questões que podem ser transformadas em problemas, eles próprios se identificam, refletindo e descobrindo possíveis impasses para a realização e qualificação de seu trabalho.

Neste método, o papel do educador não se restringe a depositar o seu conhecimento e entendimento acerca do que foi observado, mas especialmente a discutir com o grupo as constatações realizadas (SARRETA, 2009).

Depois dessa primeira leitura da realidade, identificam e classificam os pontos-chave do problema, nessa etapa procura-se a causa dos problemas da etapa anterior.

Para Sarreta (2009), essa busca de respostas deve considerar a complexidade e a determinação social dos problemas e sua interferência na Saúde.

Essa metodologia, de acordo com Berbel (1998), prevê que os próprios alunos procurem compreender a relação dos aspectos implícitos, mas que interferem diretamente na existência daquele problema. Essa complexidade exige um estudo mais atento, crítico e criterioso na busca da solução do problema (BERBEL, 1998).

Como se pode notar, a metodologia da problematização faz parte de um processo educativo e cada fase é dependente da outra para que se complete o ciclo e se

obtenha um resultado. No caso, o resultado seria a busca e a possível solução de algum problema encontrado no processo de trabalho na saúde, como foi visto na segunda etapa segundo Sarreta (2009), o trabalhador busca refletir sobre o problema encontrado na primeira etapa quando se analisou a realidade, porém agora na segunda em um contexto mais amplo.

Para finalizar a segunda etapa, os sujeitos fazem uma síntese dos pontos que consideram importantes para aprofundar a reflexão sobre os principais problemas a serem trabalhados na terceira fase do arco.

A terceira fase, conhecida como fase de teorização, segundo Bordenave (1999), é que dá o grande salto que difere a pedagogia da problematização da pedagogia da transmissão, já que ao teorizar sobre o problema, o aluno tem o poder de generalizar e extrapolar das operações ditas concretas para as mais abstratas e subjetivas.

A quarta etapa é responsável pelas hipóteses de solução que, para Berbel (1998, p.144), se caracterizam “como fruto da compreensão profunda que se obteve sobre o problema, investigando-o de todos os ângulos possíveis”.

Para Bordenave (1999), na penúltima fase o aluno se vê naturalmente movido a formular soluções, para numa quinta e última fase, praticar e fixar as soluções viáveis que o grupo encontrou, aperfeiçoando sua destreza e adquirindo “(...) competência no manejo das técnicas associadas à solução dos problemas” (BORDENAVE, 1999, p. 267).

É na última fase do arco de Magueréz que as decisões tomadas devem ser concretizadas ou mesmo encaminhadas, completando assim a proposta da metodologia.

Para Berbel (1998), o arco leva os sujeitos a exercitarem a relação prática-teoria-prática ou ação-reflexão-ação, tendo a realidade social como ponto de partida e de chegada da realidade social.

Transferindo para a área da Saúde, o trabalhador parte da sua realidade, reflete sobre seu trabalho, busca os impasses e as possíveis soluções e volta a olhar a prática, porém agora com um conteúdo construído na busca de solução dos problemas, fazendo parte do processo e não sendo mais apenas um recurso passivo dele.

Para Bordenave, as consequências individuais para o sujeito que fazem parte dessa metodologia seriam:

Aluno constantemente ativo, observando, formulando perguntas, expressando percepções e opiniões; aluno motivado pela percepção de problemas reais cuja solução se converte em reforço; aprendizagem ligada a aspectos significativos da realidade; desenvolvimento das habilidades intelectuais de observação, análise, avaliação, compreensão, extrapolação etc.; intercâmbio e cooperação com os demais membros do grupo; superação de conflitos como ingrediente natural de

aprendizagem grupal; status do professor não diferente do status do aluno.(BORDENAVE, 1999: 265)

O autor aponta também as consequências sociais da problematização:

População conhecedora de sua própria realidade e reação à valorização excessiva do externo ou sua imitação; métodos e instituições originais, adequadas à própria realidade; cooperação na busca de soluções para problemas comuns; redução da necessidade de um líder; elevação do nível médio de desenvolvimento intelectual da população, graças ao maior estímulo; criação ou adaptação de tecnologia viável e culturalmente compatível e resistência à dominação por classes ou países. (BORDENAVE, 1999: 265)

Essa metodologia pode ser utilizada em diferentes práticas na área da Saúde, pois ela permite aos sujeitos interagir com o meio, compreender a realidade, refletindo acerca dela com vistas à sua conscientização como parte do processo, tanto com o seu processo de trabalho quanto com a tomada de consciência em relação ao mundo que o cerca.

Tendo em vista a importância da problematização nos processos educacionais e as consequências tanto individuais quanto sociais, compreende-se a escolha desse método na Educação Permanente em Saúde, e a influência das teorias de Paulo Freire, como referências na construção da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

A implementação da política de EPS privilegiou a utilização da problematização enquanto metodologia eminentemente participativa, considerada inclusiva ao trabalho de campo, implicando no envolvimento ativo de todos os atores sociais (BERBEL, 1998).

Berbel (1998) pontua que a problematização propicia a atuação intencional do real e sempre o transforma para melhor, para um mundo e uma sociedade que permitam uma vida mais digna para o próprio homem, pois este terá consciência de si e da conjuntura em que convive.

“O importante no processo educativo é que os homens se reconheçam como sujeitos de seu pensar, buscando dialogicamente seu pensar e sua visão do mundo” (FREIRE, 1978, p.26).

A problematização é a identificação das situações-limite que estão no cerne das contradições da sociedade e que muitas vezes se afiguram aos homens como barreiras insuperáveis, em suma, é a atitude de compreender, refletir e transformar as situações-limite em um novo conteúdo da educação, para superá-las (FREIRE, 1978).

Essas situações-limite são expressas em vários âmbitos na vida do sujeito, e quando se expressa no seu processo de trabalho, podem gerar desmotivação, alienação e desilusão quanto à sua atividade exercida no processo. Portanto, a problematização delas no

processo de trabalho torna-se consubstancial para o trabalhador refletir, participar e transformar seu trabalho, de modo que ele se sinta parte do processo. Se o trabalhador no âmbito individual sentir parte do processo, o trabalho como um todo será transformado e qualificado.

O objetivo da problematização segundo Freire (1978, p.123) é:

Dar rapidez a ultrapassagem da consciência real para a consciência possível, como de expressão e de criatividade, procurando o melhor caminho que possibilite exercer seu papel de sujeito do conhecimento e no processo de sua aprendizagem.

Metodologias ativas como a problematização favorecem a participação do educando em todas as fases da aprendizagem, como foi analisado no exemplo do arco de Magueréz. Desse modo, o aluno contribui para a construção do conhecimento se tornando sujeito deste, se sentindo parte do processo, e por isso o compreende melhor.

Por ser a problematização uma metodologia que busca incluir os educandos na construção do processo de aprendizagem, ela pode ser de grande relevância no processo de qualificação e formação permanente dos trabalhadores da Saúde, pois, segundo Sarreta (2009), a educação problematizadora na Saúde busca contribuir com as relações entre os sujeitos, objetiva oportunizar o diálogo entre a equipe e entre os trabalhadores e usuários, promove uma postura dialógica nas diversas relações entre sujeitos.

Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão. Mas, se dizer a palavra verdadeira, que é trabalho, que é práxis, é transformar o mundo, dizer a palavra não é privilégio de alguns homens, mas direito de todos os homens. (FREIRE, 1978, p.127)

Incorporada às atividades educacionais na Saúde e, conseqüentemente, ao processo de trabalho, a problematização e a troca de experiências e informações para o reconhecimento da existência dos diferentes saberes poderão dar um sentido de totalidade ao trabalho.

Assim, o trabalhador da Saúde, quando participa dessa metodologia no seu processo de trabalho, pode apresentar as contribuições de sua prática cotidiana para ser problematizada e isto irá se configurar como temática para estímulo do debate e teorização, em uma relação constante de diálogo entre os sujeitos que participam do processo.

A exploração da temática proposta deve extrapolar os conteúdos formais já compreendidos, cristalizados durante o ensino tradicional, deve transcender para reflexão, construindo uma realidade pensada na busca por novas intervenções e possíveis soluções arquitetadas coletivamente.

A problematização enquanto metodologia adotada pela EPS não é um exercício de criatividade para a resolução de problemas imediatos, mas sim uma provocação de questionamentos reflexivos sobre ações e atitudes cotidianas do profissional. Nesse método, os trabalhadores veem-se como sujeitos históricos, políticos e culturais, refletindo sobre os problemas da rotina na busca de transformá-los e transformar também a realidade que se mostra insatisfatória nos serviços de saúde (SARRETA, 2009).

Vale considerar que o processo da Educação Permanente em Saúde não se concretiza com cursos, e tampouco se conclui por meio da relação professor-aluno-sala de aula, ele pode apenas se iniciar aí (SARRETA, 2009).

O trabalhador, quando participa de uma metodologia ativa como a problematizadora, se vê instigado a analisar a realidade onde trabalha e nessa análise encontra problemas de diversas ordens, problemas esses que inferem direta ou indiretamente no seu trabalho, e por isso é motivado a buscar possíveis soluções por meio de buscas e de trocas com os companheiros de trabalho.

Muitas vezes essas buscas, quando se limitam aos saberes técnicos adquiridos no ensino formal, não encontram soluções que qualificariam o processo de trabalho. Nesse momento é que o trabalhador vê a necessidade de extrapolar seus conhecimentos previamente adquiridos, vê a precisão de buscar soluções extra-técnicas, enfim, vê a obrigação de investigar fatores no âmbito social, cultural e econômico que influenciam diretamente o processo de trabalho.

No caso do trabalhador da Saúde, este se depara com os determinantes sociais da Saúde que podem estar ligados tanto a fatores macro quanto a aspectos políticos e devem ser analisados se os trabalhadores desejarem compreender a realidade onde atuam.

Por determinantes sociais da Saúde, entende-se: os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos ou raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (OMS, 2006).

A partir das considerações acima, enfatiza-se que a EPS deve seguir os princípios da educação problematizadora e se estruturar a partir de elementos concretos vivenciados pela troca de experiências da prática cotidiana dos trabalhadores da Saúde.

A EPS objetiva estimular a construção de novos saberes e práticas, portanto, não se trata de promover cursos no qual um professor é o detentor do conhecimento e deposita seus conhecimentos nos participantes, como em ensinos tradicionais.

Pelo contrário: a EPS, ao utilizar-se da problematização, busca a promoção de um processo pedagógico realizado na interação do tema levantado pelos próprios participantes com a realidade, da teoria com a prática, sempre se renovando.

Por isso se configura como permanente, pois a realidade onde os trabalhadores estão inseridos é dinâmica, precisando ser analisada e refletida constantemente para atender as reais necessidades de saúde, que extrapolam saberes técnicos.

É importante enfatizar que as ações e projetos de EPS devem ser construídos de acordo com os princípios do SUS de modo descentralizado e regionalizado, como preconiza a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, atendendo as necessidades e diferenças da população local, considerando suas particularidades, dentro do paradigma que preconiza a promoção da saúde, e não o da doença.

É preciso que o trabalhador em sua reflexão realize o movimento da análise micro para a macro, ou seja, que ele compreenda as particularidades locais de um usuário, por exemplo, dentro de um contexto de uma política municipal ou mesmo nacional. Esse movimento da mediação é necessário para análise integral da realidade.

As atividades educativas na Saúde alicerçadas na EPS devem ser compreendidas pelos trabalhadores da área como um processo a ser construído coletivamente, pois ela valoriza a aprendizagem no trabalho abrangendo todos os sujeitos envolvidos com a produção da Saúde.

Segundo Sarreta (2009), pelo fato da EPS valorizar a aprendizagem no trabalho, torna-se necessária a articulação dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho em Saúde, ou seja, do quadrilátero do SUS formado por: trabalhadores, usuários, formadores e gestores; atores esses responsáveis pela transformação do modelo assistencial, que devem ter por objetivo desenvolver a educação para uma atuação crítica e reflexiva visando a integralidade da atenção na Saúde.

Articular esses atores que formam o quadrilátero do SUS significa alargar as parcerias que ampliam a corresponsabilidade social, por meio de intercâmbio de experiências, reconhecimento das práticas desenvolvidas nos serviços de Saúde, dentre outras atividades que incitem a participação proativa dos atores da Saúde.

Para o Ministério da Saúde, os atores sociais são reconhecidos como as instituições, os cidadãos e os grupos sociais envolvidos com a Saúde que participam de modo organizado da gestão, da formulação, do monitoramento, do controle social e do planejamento

do SUS, intervindo na ética, na política e na técnica do processo participativo (BRASIL, 2006b).

Portanto, cabe a esses atores realizar a ruptura do paradigma da verticalidade nas ações educativas na Saúde, construindo a política de EPS de modo democrático embasada na problematização, com a participação de diferentes sujeitos.

Para Sarreta, o diferencial da proposta de EPS:

É a construção coletiva de novas estratégias de trabalho comprometidas com os princípios e as diretrizes do SUS e com as necessidades de cada região mediante a problematização das práticas cotidianas, visando recuperar as ações e desenvolver a autonomia e participação ativa. (SARRETA, 2009, p.177)

Diante da necessidade de democratizar o processo de trabalho em Saúde, entende-se que a EPS é considerada a estratégia mais coerente com a proposta de mudança de modelo assistencial na Saúde, pois segundo Rovere (1994), participar de um processo como o de Educação Permanente implica em começar a aprender, a aprender a aprender, a aprender a perguntar, a refletir e não estabelecer respostas prontas.

Ainda segundo o autor, a EPS é um processo que só pode se sustentar sobre a base de um trabalhador que é o sujeito de seu próprio processo de trabalho, mesmo que essa postura possa ser contraditória em relação à cultura dominante adotada nos serviços de saúde. Por isso, a EPS demanda a construção de espaços que possibilitem a reflexão acerca do processo de trabalho, além de organizações dos serviços de forma mais democrática.

Davini (2009) considera que a mudança institucional é essencial no processo de Educação Permanente em Saúde, a aprendizagem do trabalhador se converte de um saber desinteressado para uma ferramenta de intervenção institucional.

Os impasses para o exercício da EPS não se limitam aos espaços contraditórios das instituições. Dentre tantas dificuldades para a efetivação da política de Educação Permanente em Saúde, Costa (2006, p.35) pontua que:

A pedagogia tecnicista se inspirou em um sistema que comporta múltiplas funções, as quais correspondem determinadas ocupações, procedimento que está presente na base de formulação que integra as disciplinas dos cursos de formação da área da saúde. Tal pensamento influencia há muitos anos toda a estruturação de programas de qualificação e requalificação para o setor.

Segundo Costa (2006), tanto a formação do ensino tradicional quanto a qualificação em serviço dos trabalhadores da Saúde foram concebidas e sofreram influência de uma concepção ideológica tecnicista, pedagogia essa que confronta os princípios da EPS, que busca a reflexão das atividades educativas construídas com os trabalhadores.

De acordo com a OPAS, a Educação Permanente em Saúde é mais abrangente e ideal para as atividades educativas em saúde por desvelar uma dimensão mais política:

Los problemas hacen parte de un proceso histórico y por lo tanto se deben proponer soluciones contando con la participación de todos em ese proceso. Las soluciones propuestas dejan de ser exclusivamente técnicas para enmarcarse en una dimensión política. El proceso de desarrollo de recursos humanos debe estar alimentado simultánea y permanentemente por análisis estructurales que apoyen la realización de los objetivos generales a largo plazo, y por análisis coyunturales que permitan las adaptaciones y el aprovechamiento de las oportunidades de acción inmediata. (OPAS, 1988, p.4)

Por diversos motivos como os descritos acima, a construção da EPS torna-se um desafio para os atores do SUS, e, por conseguinte, a construção do SUS, por meio da ruptura de práticas autoritárias e conservadoras e da ruptura também de um paradigma de influência tecnicista nas atividades educativas, na formação, na gestão, que objetiva atender as necessidades do mercado de trabalho, e não as reais necessidades trazidas pelas pessoas nos serviços de saúde. Assim, Sarreta (2009, p.182) sugere: “É fundamental a construção de dispositivos institucionais que estimulem a disponibilidade para estabelecer estruturas mais democráticas e participativas”.

Dessa forma, para que a construção de atividades educativas na Saúde seja democrática e construída coletivamente, buscando o diálogo entre os atores, é necessário, como afirmou a autora, proporcionar espaços democráticos nas instituições para a discussão sobre o processo de trabalho, mas mais do que isso, é necessário que exista a iniciativa da ruptura de paradigma tecnicista que há muito tempo permeia as atividades educativas, e é nessa perspectiva que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é criada e implantada.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

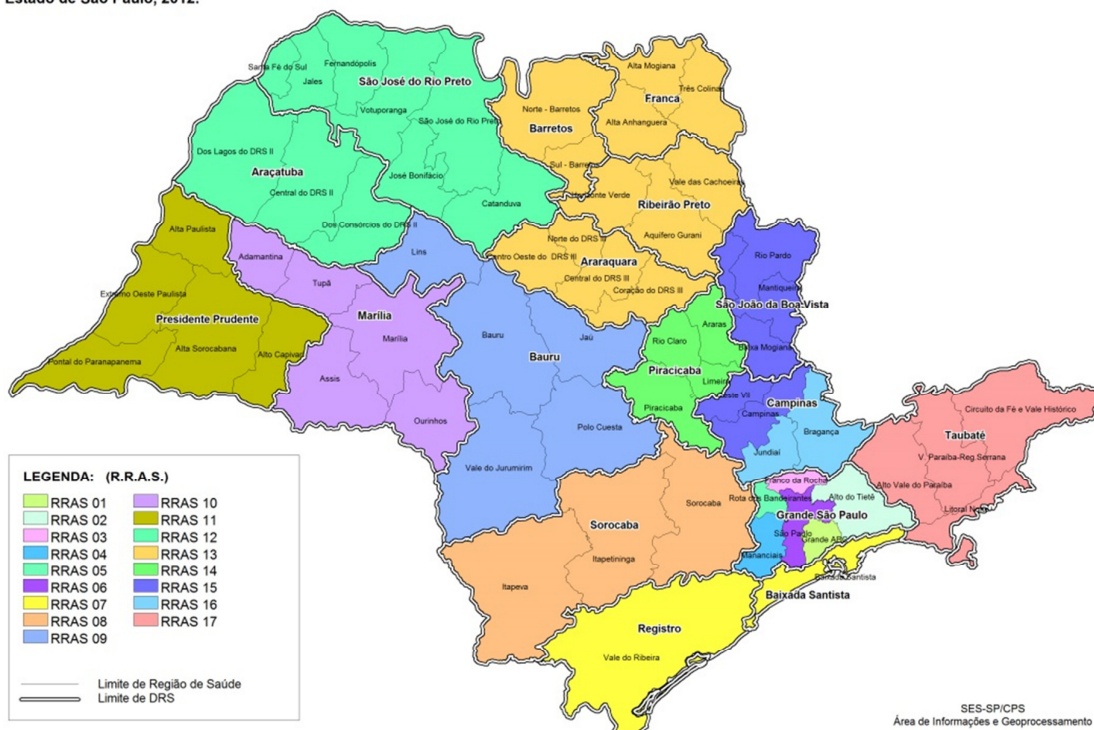
3.1 Cenário de Pesquisa

O lócus da pesquisa é a cidade de São Carlos-SP, no município localizado no centro geográfico do estado de São Paulo, a cerca de 240 km da capital. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada no ano de 2013 é de 236.457.

O Plano Estadual de Saúde de São Paulo divide o estado de São Paulo em diferentes regiões de Saúde chamadas de Departamentos Regionais de Saúde (DRS), como demonstrado na Figura 2.

Figura 2 - Regionalização da Saúde no Estado de São Paulo.

Redes de Atenção à Saúde e respectivas DRS e Regiões de Saúde.
Estado de São Paulo, 2012.



Fonte: DRS, 2012.

São Carlos integra a DRS III, que possui a cidade de Araraquara como sede, juntamente com outros 23 municípios da região, com população total de 944.410 habitantes (IBGE, 2013), como se observa na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição da população nos municípios pertencentes à DRS III.

Municípios integrantes DRS III	População estimada em 2013
Araraquara	
AMÉRICO BRASILIENSE	37.165
ARARAQUARA	222.036
BOA ESPERANÇA DO SUL	14.356
BORBOREMA	15.335
CÂNDIDO RODRIGUES	2.767
DESCALVADO	32.595
DOBRADA	8.432
DOURADO	8.884
GAVIÃO PEIXOTO	4.635
IBATÉ	32.810
IBITINGA	56.531
ITÁPOLIS	41.920
MATÃO	50.528
MOTUCA	4.534
NOVA EUROPA	10.108
PORTO FERREIRA	54.056
RIBEIRÃO BONITO	12.750
RINCÃO	10.768
SANTA ERNESTINA	5.701
SANTA LÚCIA	8.613
SÃO CARLOS	236.457
TABATINGA	15.590
TAQUARITINGA	56.204
TRABIJU	1.635
TOTAL	944.410

Fonte: População estimada em 10/06/2013, pelo IBGE, 2013.

O mapa da Figura 3 representa a Rede Regional de Atenção a Saúde (RRAS), com destaque para a Região de Saúde (RS) Coração do DRS III com divisão geográfica municipal.

Figura 3 - Mapa da Rede Regional de Atenção à Saúde.

Rede Regional de Atenção à Saúde – RRAS 13 e respectivos DRS, Regiões de Saúde e Municípios



Fonte: Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS)

A DRS III formada pelas cidades apresentadas na Tabela 1 se divide em quatro regiões de Saúde para facilitar a articulação intersetorial entre os municípios. Os 24 municípios que são da área de abrangência da DRS III estão divididos conforme a Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos municípios da DRS III por regiões de saúde.

Norte	Centro-Oeste	Central	Coração
		ARARAQUARA	
		BOA ESPERANÇA DO SUL	SÃO CARLOS
MATÃO	IBITINGA	MOTUCA	IBATÉ
TAQUARITINGA	ITÁPOLIS	AMÉRICO BRASILIENSE	DOURADO
DOBRADA	TABATINGA	RINCÃO	DESCALVADO
SANTA ENESTINA	NOVA EUROPA	TRABIJU	RIBEIRÃO BONITO
CANDIDO RODRIGUES	BORBOREMA	SANTA LÚCIA	PORTO FERREIRA
		GAVIÃO PEIXOTO	

Fonte: Departamento Regional de Saúde Araraquara, 2013.

Essas divisões em regiões de Saúde foram realizadas para facilitar o processo de descentralização e regionalização das ações e serviços. São utilizadas para diversos fins, dentre eles, a organização da pactuação e operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

3.2 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo qualitativo que se desenvolveu no ano de 2013 na cidade de São Carlos-SP, com os principais atores envolvidos na Educação Permanente em Saúde no município.

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa de campo com abordagem qualitativa. O trabalho de campo apresenta-se como possibilidade de conseguir não só uma aproximação do dado empírico que se deseja conhecer e estudar, mas “[...] também criar um conhecimento, partindo da realidade presente no campo” (MINAYO, 2004, p.51).

Em pesquisas qualitativas, os fenômenos estudados são compreendidos através de um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significados. As principais características desse tipo de pesquisa são de considerar o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento fundamental de caráter descritivo e enfoque indutivo (MINAYO; SANCHES, 1993; MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2008).

Segundo Negrine (1999), na pesquisa qualitativa as informações alcançadas durante o estudo são entendidas de forma contextualizada, não havendo, portanto, generalizações das informações.

3.3 População

A população participante da pesquisa foi composta por trabalhadores da rede de saúde pública do município de São Carlos/SP no ano de 2013, com vínculos diretos e indiretos e que estão envolvidos com o processo de Educação Permanente em Saúde.

Foram entrevistados nove sujeitos de duas instituições-chave para a Educação Permanente em Saúde no município, sendo elas: o Departamento Regional de Saúde III (DRS) e a Secretaria Municipal da Saúde (SMS). Desta última instituição, abrangeu-se os seguintes subsetores: Departamento de Gestão e Cuidado Ambulatorial, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Vigilância Epidemiológica, Departamento de Regulação, Controle e Auditoria.

Os nove sujeitos participantes dessas instituições são informantes-chave que foram selecionados por estarem diretamente envolvidos com a EPS no município. Esses sujeitos possuem como atribuição a formação e/ou a articulação da EPS no município.

Salienta-se que sempre se buscou o coordenador de cada órgão, exceto no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), em que o grupo solicitou ao pesquisador para responderem juntos a entrevista.

O grupo NASF considerou o tema da pesquisa como interessante para discussão de todos, cedendo o espaço e horário de reunião administrativa do núcleo para aplicação da entrevista, visto que tal temática era considerada como relevante para a reflexão do grupo e a entrevista foi vista pelo grupo como uma oportunidade inicial para abordar a EPS como tema gerador para discussões futuras, já que esse assunto constava no cronograma das reuniões do grupo.

Outra exceção ocorreu na Secretaria da Saúde, onde não foi possível entrevistar o/a secretário (a) da Saúde, devido à fase de transição de governos e instabilidade da gestão. Houve diversos momentos de vacância do cargo, ou indisponibilidade por parte da secretária em participar da pesquisa, além da alta rotatividade de nomeação e exoneração de secretários durante a fase de produção de dados da pesquisa, por esse motivo excluiu-se esse sujeito da pesquisa.

Desse modo, os nove participantes selecionados foram: chefe do departamento de gestão e cuidado ambulatorial, facilitador de Educação Permanente em Saúde do departamento regional de saúde III representante de São Carlos-SP, chefe da vigilância epidemiológica, articulador da Educação Permanente em Saúde, quatro membros do núcleo de apoio à saúde da família e por último o diretor do departamento de regulação, controle e auditoria.

Vale ressaltar que a escolha por essas instituições e sujeitos foi baseada em uma investigação que a pesquisadora realizou junto a alguns gestores do município escolhidos por serem informantes-chave dentro do tema no município de São Carlos, com o objetivo de descobrir como a EPS se organizava e seus principais atores, a partir dessa investigação foi definido os nove sujeitos participantes da pesquisa.

Na pesquisa qualitativa, os participantes são selecionados devido às suas experiências com relação ao fenômeno de interesse, sendo os dados coletados, apreciados em pormenor e tendo sua validade na riqueza de descrição dos detalhes das experiências específicas (DRIESSNACK et al., 2007).

Com a intenção de manter o anonimato dos sujeitos participantes do estudo, os mesmos foram nomeados de sujeito 1 (S1), sujeito 2 (S2), sujeito 3 (S3), sujeito 4 (S4), sujeito 5 (S5), e a entrevista realizada em grupo será definida como sujeito 6 com diferentes

índices para cada participante do grupo. Temos então: sujeito 6a (S6a), sujeito 6b (S6b), sujeito 6c (S6c) e sujeito 6d (S6d).

Ressalta-se que parte majoritária dos sujeitos do estudo respondeu e contribuiu prontamente ao convite de participar da pesquisa, entretanto, devido à fase transitória de governos, percebeu-se falta de tempo dos trabalhadores e de espaço físico nas instituições para a realização das entrevistas. Ainda assim as entrevistas se concretizaram e notou-se contentamento desses sujeitos durante as entrevistas, pelo prazer de expressar a opinião a respeito da Política de Educação Permanente em Saúde no município, expressar suas vivências, experiências, enfim, da satisfação de serem ouvidos.

3.4 Instrumentos de Produção de Dados

O presente trabalho teve como instrumento de produção de dados entrevistas semiestruturadas, que foram registradas em meio digital com autorização dos sujeitos da pesquisa e posteriormente transcritas na íntegra, contendo questões abertas previamente elaboradas a partir das diretrizes apontadas por documentos governamentais referentes à Educação Permanente em Saúde.

A entrevista semiestruturada define-se, segundo Triviños (1987), como aquela que parte de certos questionamentos básicos, sustentados e informados por teorias e pressupostos que interessam ao objeto de estudo e oferecem novos questionamentos, frutos de novos pressupostos que podem emergir a partir das próprias entrevistas. Permite ainda conhecer o que o sujeito expressa sobre seus pensamentos e sentimentos do assunto, com livre-arbítrio para expor o que julga importante, ademais disso, permitem obter respostas relevantes para o estudo em questão.

Como afirma Minayo (2004, p.109), a fala dos sujeitos:

[...] é reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos, e ao mesmo tempo, tem a magia de transmitir, através de um porta voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

A entrevista foi composta por perguntas que abordaram questões relativas às diretrizes de implementação da Política Nacional de Educação Permanente, além de questões que oportunizaram que o sujeito expressasse sua opinião acerca da implementação dessa política no município e sugerisse estratégias para o desenvolvimento e melhoria desta.

As entrevistas foram realizadas individualmente, exceto a do grupo do núcleo de apoio à saúde da família, que os sujeitos optaram em ser coletiva, com quatro sujeitos. Todas foram realizadas no mês de agosto do ano de 2013.

Todas as entrevistas foram gravadas com autorização dos sujeitos e depois transcritas na íntegra para evitar deslizes, indução ou influências de informações. Esses procedimentos permitiram melhor interpretação das falas dos entrevistados, assegurando fidedignidade das informações e enriquecendo a produção de dados.

Os participantes da pesquisa foram todos trabalhadores da Saúde que estavam intrinsecamente envolvidos na Educação Permanente em Saúde no município de São Carlos do estado de São Paulo.

As entrevistas (Apêndice A) foram realizadas nos locais indicados pelos sujeitos, sendo que, das nove entrevistas, oito se realizaram nos locais de trabalho. Vale ressaltar que a autonomia dos sujeitos e da pesquisadora ante a instituição foi respeitada. Entretanto, um dos sujeitos, por questões de distância territorial, optou por ser entrevistada via *Skype*, dado que a mesma encontrava-se fora do estado de São Paulo no período de realização da produção de dados.

Em cumprimento à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa foi encaminhada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar sob o parecer 258.435/2013. Com base nessa resolução, todos os sujeitos da pesquisa só seriam envolvidos caso concordassem com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE) que foi lido pelo (a) pesquisador (a), compreendido, aceito e assinado pelos sujeitos da pesquisa (Apêndice B).

3.5 Análise de Dados

Primeiramente foi realizada uma busca e análise sobre as políticas referentes à qualificação dos coletivos organizados de produção de saúde do Sistema Único de Saúde. Essa busca teve como finalidade subsidiar teoricamente a criação do roteiro de entrevistas, que foi aplicado aos sujeitos da pesquisa ademais de respaldar a análise dos resultados e consubstanciar as categorias eleitas pela pesquisadora.

As referências analisadas apresentam a relevância da política para o desenvolvimento dos trabalhadores, além das diretrizes de implantação da política apontadas

pelo Ministério da Saúde a serem seguidos pelos entes federativos, os municípios, estados e Distrito Federal.

As principais referências utilizadas foram: *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde* (BRASIL, 2004a), que define estratégias do Sistema Único de Saúde para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores do setor, além de dispor sobre as diretrizes para implementação da política.

Caminhos para mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais da saúde (BRASIL 2003), que também aponta diretrizes para assegurar a Educação Permanente no Sistema Único de Saúde; e *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde* (BRASIL, 2005d), que aborda unidade de aprendizagem, trabalho e relações na produção de cuidado. Outro documento utilizado, do Conselho Nacional da Saúde, foi *Princípios de diretrizes para a gestão do trabalho no SUS* (BRASIL,2005b).

Outra referência bibliográfica foi analisada para a construção do instrumento norteador das entrevistas - tese de doutorado intitulada *Educação permanente em saúde para trabalhadores do SUS* (SARRETA, 2009).

Além desses referenciais citados acima, usou-se como subsídio para esta pesquisa o *Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde - 2013*, que pontua uma proposta de articulação das políticas de gestão dos trabalhadores do SUS dos municípios.

Esse tipo de técnica de análise pode ser entendida como uma operação ou um conjunto de operações que permite passar de um documento primário (em bruto), para um documento secundário (representação do primeiro). Tem como objetivo representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar, num estudo ulterior, a sua consulta e diferenciação (FARIA JUNIOR, 1987).

Após essa investigação, foi realizada a organização e análise qualitativa dos dados empíricos das entrevistas. Para essa fase foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, descrita por Bardin (2011) e por Minayo (2004), entendendo que esses autores convergem e se complementam acerca dessa técnica.

Segundo Minayo (2004), a análise de conteúdo contempla as seguintes etapas: pré-análise, quando as ideias iniciais são sistematizadas; definição de um plano de análise mediante material coletado na pesquisa de campo; exploração do material; definição das modalidades temáticas pelo processo de codificação das entrevistas; tratamento dos resultados; inferência e interpretação.

As definições das modalidades temáticas são intituladas por Bardin (2011) como categorias temáticas, essas são empregadas para estabelecer classificações. Trabalhar com elas significa agrupar elementos, ideias ou expressões a respeito de um conceito ou consideração capaz de abranger tudo isso.

Para Bardin (2011), o tema é uma unidade de significação que se liberta do texto analisado e pode ser traduzido por um resumo, por uma frase ou por uma palavra. Para chegar-se ao tema, faz-se necessário descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. Com essa técnica, pode-se caminhar, também, na direção da descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo analisado.

Desse modo, será realizado na análise e discussão dos dados um confronto entre as categorias obtidas a partir dos dados coletados e a teoria levantada, produzindo um compilado diverso de ideias entre os sujeitos, autores e a perspectiva de análise da pesquisadora.

A análise e interpretação dos dados coletados buscaram uma aproximação com a realidade, permitindo sua revelação não só do aspecto descritivo e técnico, mas também do panorama político que o envolve.

Como aponta Minayo (2004, p.69), “[...] estabelecer uma compreensão dos dados coletados; confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e ampliar o conhecimento sobre o assunto, articulando-o ao contexto cultural da qual faz parte”.

Desse modo, após ser realizada essa série de procedimentos sistemáticos por meio de um conjunto de técnicas citadas acima, foi possível estabelecer as três categorias temáticas, com suas seis subcategorias que se completam, como é visível no Quadro 3.

Quadro 3 - Categorias e subcategorias de análise.

Categorias	Subcategorias
Impasses e potencialidades da EPS no município de São Carlos	Facilidades do município para implementação da EPS
	Dificuldades contextuais de implementação da EPS no município
Diferentes concepções dos trabalhadores acerca da EPS	EPS enquanto ferramenta de gestão transformadora da prática
	EPS enquanto treinamento do trabalhador
	Desconhecimento da política de EPS
O apoio das instituições formadoras	Polêmica em relação à participação das instituições formadoras no município

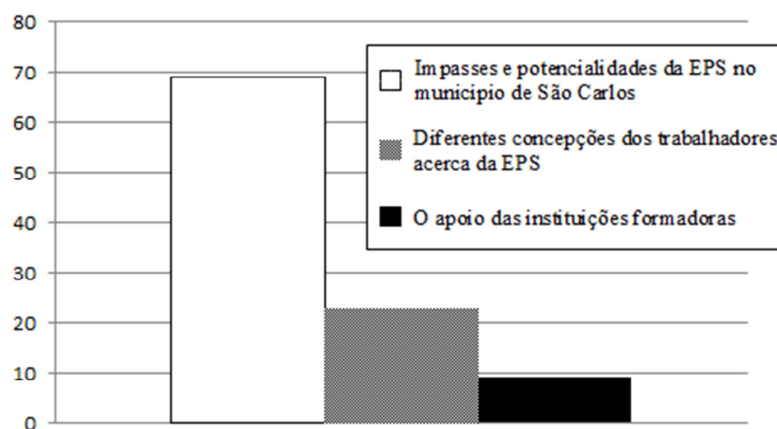
A categoria *Impasses e Potencialidades da EPS no Município de São Carlos* permeou grande parte de todas as entrevistas, essa categoria buscou analisar as dificuldades no processo de implementação da EPS em São Carlos, e ponderar também os caminhos sugeridos pelos sujeitos para efetivar a EPS no município.

Em outra categoria, *Diferentes Concepções dos trabalhadores acerca da EPS*, ao longo das entrevistas foi possível notar em vários momentos, representados por palavras, frases ou expressões, os diversos olhares acerca do processo de Educação Permanente em Saúde no município. Devido à relevância do tema e à frequência de aparições, considerou-se importante analisá-la mais densamente enquanto categoria.

A terceira e última, *O Apoio das Instituições formadoras da Saúde*, ademais de ser muito frequente entre os sujeitos, foi um tema que se apresentou polêmico dentre os entrevistados, evidenciando contradições de opiniões acerca de seu apoio no processo de EPS.

Para melhor visualização da escolha dessas categorias, a pesquisadora quantificou as ocorrências das expressões, palavras ou frases que submetem as ideias centrais que fundamentam as categorias apresentadas, como pode ser visto na Figura 4.

Figura 4 - Ocorrência das expressões/categorias de análise.



Categorias de Análise	Total
Impasses e potencialidades da EPS no município de São Carlos	69
Diferentes concepções dos trabalhadores acerca da EPS	23
O apoio das instituições formadoras	9

Fonte: elaborada pela autora.

Como é possível ver no gráfico, a categoria *Impasses e Potencialidades da EPS no Município de São Carlos* apareceu com maior frequência nas entrevistas dos sujeitos, isso pode ser explicado pelo fato dessa categoria abranger dois itens da entrevista e por isso ser encontrada em maior número de expressão. Vale ressaltar a importância dessa categoria devido ao fato dela responder a um dos objetivos desta pesquisa.

A segunda e terceira categoria não tiveram um alto número de ocorrências como visualizado na primeira, contudo, ofereceram dados importantes que subsidiaram análises relevantes para os resultados da pesquisa.

4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS

4.1 Apresentação de Dados

O presente estudo buscou analisar o processo da Educação Permanente em Saúde de acordo com as políticas e diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde. Para realização dessa análise, utilizou-se um roteiro de entrevista (apêndice A), criado pela pesquisadora, baseado em documentos governamentais como: Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (2005a), Diretrizes para a implementação da PNEPS (2007) e Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde (2003).

Esse instrumento abordou questões relativas à Educação Permanente em Saúde no município de São Carlos no que se refere à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a gestão do processo de EPS no município, impasses, potencialidades e sugestões para sua implementação e a relação de parceria com as instituições formadoras na EPS no município. Os participantes foram selecionados por terem relação direta com a EPS, seja enquanto gestor ou como trabalhador da Saúde que tem dentre as atribuições profissionais a realização da EPS.

Além das questões relativas à EPS, a pesquisadora considerou importante levantar um breve perfil dos entrevistados para ter conhecimento de informações profissionais e socioculturais, que podem ser importantes para inferir nas análises das respostas.

Desse modo, o perfil dos entrevistados se apresentou da seguinte forma: no universo dos sujeitos, oito participantes eram do sexo feminino, e apenas um do sexo masculino.

Historicamente, o campo de trabalho da área da Saúde é um lugar de concentração de trabalho feminino. O Observatório de Recursos Humanos em Reformas Setoriais da Saúde (2011) constatou que existem, aproximadamente, sete milhões de pessoas na América Latina e no Caribe, sendo a maioria do sexo feminino, trabalhando em atividades intensivas no campo da Saúde; o presente estudo confirma a tendência.

Todos os entrevistados são profissionais da Saúde segundo a resolução nº 218/1997, lei 8142/90 da Constituição Federal. De acordo com essa resolução, os profissionais da Saúde são: assistentes sociais, biólogos, dentistas, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

Os entrevistados foram profissionais diversos que contemplam cinco profissões dessa classificação: assistente social, dentista, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudióloga e terapeuta ocupacional. Três sujeitos apresentam a mesma profissão de enfermeiro.

No item “grau de instrução”, como já foi colocado, todos os entrevistados possuem graduação na área da Saúde, e dois dos sujeitos possuem também pós-graduação na área. Dentre as atividades que os participantes desenvolvem no município incluem-se gestão, atendimento, articulação, facilitação. Todos os sujeitos possuem atividades ligadas à EPS.

Quanto ao item “tempo de desempenho das funções dos sujeitos”, as informações foram bem diversificadas. Isso porque no ano de 2013, o município passou por uma grande mudança no poder executivo, após três gestões consecutivas do mesmo partido sem mudanças estruturais no quadro de servidores da gestão, a cidade elegeu um novo partido que reestruturou a gestão municipal, nomeando novos servidores e realocando outros de função na gestão. As implicações desse fato para a EPS serão abordadas posteriormente na discussão da primeira categoria.

Esta mudança resultou nos seguintes dados, no que se refere ao tempo de desempenho da função: no momento da entrevista, a maioria se encontrava na função há seis meses, porém, já eram trabalhadores da prefeitura há pelo menos cinco anos, e com a mudança da última gestão mudaram também de função. Três dos entrevistados são funcionários da prefeitura nomeados pela nova gestão há apenas seis meses e não trabalhavam na gestão anterior. Os outros sujeitos, funcionários do quadro estável que já estavam na antiga gestão, foram realocados de função, como pode ser observado no Quadro 4.

Quadro 4 - Perfil dos sujeitos da pesquisa.

Sujeito	Profissão	Graduação na área	Pós-graduação na área	Tempo na função (meses)	Participação da gestão passada
S1	Enfermeiro	Saúde	Não Possui	6	Não
S2	Psicólogo	Saúde	Não Possui	6	Sim
S3	Dentista	Saúde	Possuí	6	Sim
S4	Enfermeiro	Saúde	Não Possui	6	Sim
S5	Enfermeiro	Saúde	Não Possui	4	Não
S6a	Assistente Social	Saúde	Possuí	24	Sim
S6a	Fonoaudiólogo	Saúde	Não Possui	24	Sim
S6c	Terapeuta Ocupacional	Saúde	Não Possui	6	Sim
S6d	Fisioterapeuta	Saúde	Não Possui	2	Não

Entretanto, nas questões técnicas do instrumental de investigação, as entrevistas iniciaram-se com a seguinte pergunta:

Você conhece a documentação sobre a EPS? Como poderia traduzi-la? Ou o que é preconizado pelos documentos?

Do universo de nove sujeitos, dois afirmaram não conhecer a EPS e não ser capaz de descrevê-la. Os sete restantes afirmaram conhecê-la, cinco qualificaram seu conhecimento como breve, e dois avaliaram que têm muito conhecimento acerca do tema, inclusive relataram terem tido experiências de implantação do processo de EPS em outras gestões.

Quatro sujeitos definiram a EPS como um instrumento de gestão para rever o processo de trabalho dos trabalhadores da Saúde, dentre os quatro, um enfatizou que esse processo deve ocorrer na rotina de trabalho dos trabalhadores, trazendo à tona sua realidade a ser problematizada.

[...] na verdade assim eu acho que a educação permanente em saúde vem como uma forma de você rever o processo de trabalho, rever as rotinas do cotidiano: o que você faz, como você faz e porque você faz. Então eu acho que é um momento que os diversos atores podem olhar e pensar não que estejam fazendo errado mas um jeito de fazer diferente. A tentativa de construir a Eps a partir de uma demanda que vem dos profissionais né o que a gente poderia trabalhar, o que eles gostariam que fosse trabalhado[...]. (S3)

Outro sujeito definiu a EPS como uma política de capacitação dos trabalhadores da Saúde, nessa mesma linha mais um dos sujeitos apontou a EPS como uma política criada para atualizar os trabalhadores, que se utiliza de metodologias ativas por serem atividades educativas que ocorrem em serviço.

O último dos nove entrevistados descreveu a EPS como um dos tripés do SUS, junto com formação profissional e humanização. Apontou também que a EPS vem como complementação à formação dos profissionais da Saúde, suprimindo uma formação dos trabalhadores insuficiente que não atende à necessidade da população usuária dos serviços de saúde.

A segunda pergunta da entrevista foi:

Como você avalia a Educação Permanente em Saúde no município de São Carlos? Dentro do que está previsto na documentação sobre a EPS, o que é possível realizar no município? Quais os motivos?

Dos nove sujeitos, sete avaliaram a EPS em São Carlos como negativa, utilizando-se de adjetivos como: difícil, complicada, ruim, fragmentada e focalizada; dois

sujeitos restantes classificaram a EPS como em fase de estruturação, devido à mudança de gestão a EPS encontra-se em fase de construção.

Os motivos apontados pelos sujeitos que avaliaram de modo negativo foram: falta de planejamento do processo de EPS pela gestão, comunicação ruim entre trabalhadores e gestão, troca de gestão, EPS fragmentada, atividades de EPS descontinuada, atividades de EPS focalizada em algumas classes profissionais, planejamento centrado somente nos gestores, falta de recursos, falta de dedicação de carga horária para atividade de EPS na rotina de trabalho, ausência de uma pessoa que se dedique exclusivamente à articulação da EPS.

Os sujeitos também apontaram como possível de ser realizada no município a estruturação de um núcleo, uma equipe, com carga horária reservada, para trabalhar questões de EPS com as equipes de saúde; garantir carga horária reservada para dedicação à EPS na rotina do trabalhador, articulação da rede, melhorar a comunicação gestão-trabalhador, planejamento definido acerca das atividades de EPS a serem realizadas pela gestão, atividades de EPS planejadas junto com trabalhadores e de acordo com sua realidade de trabalho, responsabilização da gestão com as atividades de EPS.

Eu vejo as ações de educação permanente como fragmentada muito mal planejada sem continuidade mesmo, acontece uma aqui para certos funcionários, depois de um ano acontece outra, outras ações acontece toda semana de repente para de acontecer e ninguém fala mais nada como se não houvesse compromisso em dar continuidade naquela tarefa, naquele processo de qualificação que já iniciou gerou expectativa nas pessoas e não se fechou não chegou a um fim os trabalhadores sentem como se tudo foi em vão, acredito que o que o município poderia fazer era isso, dar continuidade nas ações que se inicia, acho que o município deveria ter uma comunicação melhor com os trabalhadores, deveria se responsabilizar mais nessa área, pois é uma estratégia de motivação ou de desânimo pra o funcionário. (S6c)

A terceira questão abordou:

Existe um plano de ação municipal que contemple formação e desenvolvimento dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde?

Essa pergunta apresentou respostas curtas e os entrevistados demonstraram refletir um pouco antes de responder, alguns deles solicitaram que a questão fosse perguntada outra vez. Dos nove sujeitos, quatro afirmaram de prontidão que desconheciam a existência de qualquer plano municipal relacionado ao tema. Um dos sujeitos afirmou que o plano existe, porém não sabia se o município estava colocando em prática, pois o sujeito afirmou não participar ou visualizar ações de EPS.

Outro entrevistado disse com convicção que o município tem sim um plano e o descreveu como sendo a criação do Núcleo de apoiadores para a EPS, com o objetivo de

articular a EPS e descentralizá-la para todas as unidades de saúde da cidade. Outro sujeito ainda afirmou que o plano municipal é o PARESP, elaborado junto à DRS.

Os sujeitos restantes afirmaram: que o município tem um plano, mas é focalizado em algumas categorias profissionais; que o município não tem nada planejado em relação à EPS, e outro afirmou não saber por estar muito distante da gestão.

A quarta questão consistiu em analisar a parceria das instituições de ensino no processo de EPS:

As instituições formadoras da saúde (unidades de ensino) apoiam as atividades de Educação Permanente em Saúde?

Quanto a essa questão, foi unânime entre todos os participantes da entrevista lembrar como instituição formadora a Universidade Federal de São Carlos, sendo que a maioria, cinco sujeitos, afirmou só visualizar ações relacionada à EPS nesta instituição, enquanto outros só avaliaram a parceira com a UFSCar e não referiram o nome de qualquer outra instituição. Cinco do universo dos sujeitos avaliaram que a UFSCar apoia as atividades de EPS, porém muitos dos cinco apresentaram ressalvas tais como: apoia, mas com ações pontuais de programas sem continuidade; apoia, mas não apresenta resultados visíveis; apoia somente com a inserção dos alunos de programa como a residência multiprofissional, estagiários da terapia ocupacional e enfermagem, e alunos do programa de educação tutorial da saúde PET/SAÚDE; mas os docentes da UFSCar em si não apoiam muito, apenas disponibilizam seus alunos na rede.

Vale ressaltar que um dos sujeitos, além de avaliar como positivo o apoio da UFSCar, o enfatizou como fundamental no processo de EPS, comparando o período que a rede de serviços não contava com o apoio da Universidade Federal com o período de parceria em que a rede passou a ser rede-escola, apontando os benefícios que a instituição trouxe para a rede.

Eu acho que elas são fundamentais diria que assim ehh, eu que tô na rede há 23 anos posso dizer que foi um marco o antes e o depois rede e o ensino, eu acho que é fundamental, a academia ela nós dá muito suporte no sentido de como trabalhar o tema de como fortalecer a equipe eles nos dão o apoio, vários docentes se colocam realmente à disposição, acho que os alunos quando vem para a prática, nos cenários de prática isso faz nós profissionais repensar aquilo que a gente faz, como é que a gente faz, acho que a residência também é um marco fundamental porque a residência, ou melhor o olhar crítica da residência na prática, no nosso cotidiano ele faz fomentar em cada profissional o que é que eu faço, como que eu faço, e porque que eu faço, e eu acho que isso a gente saiu de um momento de estagnação eu acredito quando essa aproximação não existia, eu percebo pela minha área principalmente ehh é uma mudança principalmente de comportamento de nós profissionais com a parceria que a gente teve principalmente com a universidade,

que hoje nós temos uma parceria com as outras instituições né mas eu acho que a parceria que nos traz mais retaguarda realmente é a universidade. (S3)

Outro sujeito afirmou que vê ações da universidade federal junto à rede de serviços, porém percebe uma relação tensa entre as duas instituições, afirma que a UFSCar é vista pelos serviços como um empecilho e não um apoio que contribui. Três sujeitos não responderam a pergunta.

Bom, a relação da rede de São Carlos com a Universidade Federal é o que eu mais posso dizer pelo que senti da rede é uma relação de não dito ninguém fala claramente sobre o tema, me parece uma relação tensa, inclusive em nosso projeto pedimos aos trabalhadores que participavam para que se no dia de nosso encontro se ele estivessem com estagiários que eles poderia leva-los, mas sempre eles negavam não queriam que eles participassem, eu percebi sim tensionamento mas não saberia responder o porquê disso. (S2)

A quinta pergunta da entrevista buscou abordar sobre o financiamento da EPS:

Existe orçamento destinado ao processo de Educação Permanente em Saúde?

Cinco do total afirmaram não saber, não ter conhecimento se o município destina verbas ou reserva orçamento para atividades de EPS, dentre eles, um disse que sabe que o município destina verba a projetos regionais, porém não sabe dizer se destina verbas também a projetos exclusivos do município; outro sujeito afirmou não saber ainda pelo fato do município não ter planejado seu orçamento financeiro; outro ainda disse não ter conhecimento acerca do financiamento da EPS devido ao fato do plano plurianual ser construído de modo fragmentado. Outros dois sujeitos afirmaram não saber se a cidade destina, mas consideram importante que o município destine verba para essa atividade, e um deles afirmou ainda não ter conhecimento se o município destina ou não, mas disse saber que o município deveria sim ser responsável por esse financiamento.

Não sei te dizer não passa esse tipo de informação por aqui, a gente não trabalha com orçamento, o plano plurianual a gente constrói de maneira fragmentada, nós aqui só ajudamos a construir a parte que se refere a essa instituição e não contempla EPS. (S4)

Um dos sujeitos apontou que o município não tem financiamento para tal atividade, outros três asseguraram que o município prevê, porém com ressalvas: destina, mas não temos acesso; destina, mas não sabe se a verba é usada para esse fim; destina, porém é insuficiente para atender a todos os trabalhadores da saúde.

No que se refere à questão seis, a pesquisadora buscou abordar sobre os efeitos da EPS oferecida aos trabalhadores para a população usuária dos serviços:

Você acredita que as atividades educativas (de capacitação ou EPS) oferecidas para os trabalhadores tem surtido efeito na qualidade do serviço prestado a população usuária?

Os nove participantes da pesquisa apontaram que sim, a EPS destinada aos trabalhadores da Saúde surte efeitos positivos na população. Divergiram alguns sujeitos, que afirmaram que para surtir efeito, o processo de EPS deveria ser muito bem realizado; enquanto outros afirmaram que somente pelo fato de existirem algumas ações que fizessem o trabalhador refletir acerca de seu trabalho ou o fato de haver encontro de trabalhadores já seria um ganho para todos e isso indiretamente refletiria nos serviços.

É interessante ressaltar nessa questão que os sujeitos não conseguiram refletir acerca da importância das atividades educativas para a população, ficaram relatando problemas da gestão que impedem o processo de EPS no município. Alguns também relataram outras experiências em outros municípios que surtiram efeitos positivos, mas não refletiram acerca de São Carlos; outros afirmaram ainda não conseguir falar sobre EPS, pois não vivenciaram em São Carlos, mas afirmaram que as atividades de capacitações, por mais fragmentadas que sejam no município, já tornam perceptíveis os resultados positivos nos serviços.

Acho que surtem sim porque quando acontece ao menos as capacitações, porque só posso avaliar capacitações, porque não tem educação permanente aqui mesmo que poucas elas surtem efeito, sempre reparo que o pessoal que participou fica comentando, fica tentando passar para outro como agente multiplicador sabe, acredito que sempre é positivo, pena é ter tão pouco. (S6d)

Quanto à sétima e última questão, o estudo buscou abordar uma realidade vivida pelos trabalhadores no ano de 2013. Após três gestões municipais de um mesmo partido, houve a ruptura com a entrada de um novo partido; com essa mudança muitos trabalhadores mudaram de função dentro da gestão e outros que não eram do quadro estável (concursados) saíram do governo. Dentre tantas mudanças, o estudo buscou saber se as modificações afetaram a EPS em saúde com a seguinte questão:

Você percebeu alguma mudança na EPS no município com a mudança de gestão que ocorreu neste ano?

Apesar de o estudo ter destinado essa pergunta para que os trabalhadores expressassem a existência ou não de mudanças na EPS relativas à mudança de gestão, foi possível notar, em vários outros relatos, trechos que abordavam a mudança de gestão e como esta tem afetado os trabalhadores e os serviços, mudanças essas avaliadas como positivas por alguns dos participantes e como negativa por outra grande parcela.

Três participantes do estudo afirmaram não conseguir responder a essa questão, dois deles por ter entrado somente na última gestão e não possuir parâmetro para comparar, e um deles por ter feito parte de um projeto com tempo pré-determinado e ter vivenciado pouco tempo das duas gestões, porém, observou que a tensão entre os trabalhadores aumentou com a mudança de gestão.

Dois sujeitos avaliaram que a mudança de gestão trouxe aspectos positivos ao município, um apontou como positivo da nova gestão a iniciativa de criação de um núcleo de apoiadores da EPS, já o outro sujeito avaliou que viu melhoras na nova gestão em vários aspectos, porém, não ressaltou a EPS, apontando esta como em fase de organização.

A única mudança que eu posso te falar é essa reorganização em um núcleo em um grupo mesmo de pessoas que até então a gente tinha várias pessoas nas regionais que desenvolviam alguma atividade né em alguma equipe, as vezes tinha os residentes, as vezes os docentes que nos apoiavam quando a gente estava com alguma dificuldade, algumas capacitações, mas tudo bem desarticulado. (S3)

Quatro trabalhadores apontaram que a mudança de gestão trouxe mudanças negativas de modo geral para os trabalhadores e somente dois deles apontaram mudanças negativas em relação ao processo de EPS, assinalando que as capacitações e atividades educativas reduziram significativamente com a nova gestão, e que o espaço que era dedicado a reuniões de organização do processo de trabalho nas equipes de saúde, que havia sido conquistado na última gestão, ocorre de um modo insatisfatório aos trabalhadores nessa gestão.

Sim percebo retrocessos nesse governo, como a volta dos atendimentos nas unidades de saúde, no horário de reunião de equipe, esse espaço havia sido conquistado na última gestão para organização, reflexão e qualificação do trabalho, e meio que perdemos isso nessa gestão pois agora ainda temos a reunião porém também temos que atender, e esse fato dispersa a reunião tira nossa atenção, prejudica muito o processo de trabalho, retrocede conquistas. (S6c)

Todavia, os quatro sujeitos destacaram como negativo o fato da nova gestão estar realizando mudanças como as de funções, realizando demissões e novas contratações, essa série de mudanças tem resultado num clima tenso e de instabilidade entre os trabalhadores.

4.2 Análise e Discussão dos Dados

4.2.1 Categoria 1: Impasses e potencialidades da Educação Permanente em Saúde no município de São Carlos

Por meio desta categoria, buscou-se compreender os principais impasses e potencialidades apontados pelos sujeitos em relação à Educação Permanente no município estudado.

Em 2003, o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), aprovou a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde.

A grande ambição dessa política está na concretização da EPS como estratégia primordial para recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e participação da sociedade no setor da saúde. Buscando atingir a esse desafio, os serviços de saúde devem, em meio a outras ações, apostar no desenvolvimento da educação em serviço como recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na Saúde.

Para atingir a este objetivo, o município deve contar com um planejamento acerca da EPS como consta na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2004a), no item questões acerca das responsabilidades municipais na educação na Saúde;

Todo município deve formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e de desenvolvimento participando do seu financiamento. (p.35)

Apesar das políticas definirem as responsabilidades de cada ente federativo e as diretrizes a serem seguidas, as dificuldades de implementação da EPS nos municípios são grandes, como pode ser visto por meio das entrevistas com os gestores e trabalhadores.

As principais dificuldades apresentadas pelos sujeitos foram:

- Troca de Gestão do governo Municipal: fragilizou a estruturação no município.
- Falta de planejamento da EPS: esta é realizada apenas com ações pontuais não está na rotina do trabalhador.
- EPS centralizada, falta de diálogo entre gestores e trabalhadores da unidade de saúde.
- Município não conta com recursos humanos dedicados exclusivamente à EPS.
- Gestores e trabalhadores desconhecem o que é EPS.

A cidade de São Carlos, município estudado, passou no ano de 2013 por uma grande mudança no poder executivo após três gestões consecutivas do mesmo partido sem mudanças estruturais no quadro de servidores da gestão. A cidade elegeu um novo partido e

este reestruturou a gestão municipal, nomeando novos servidores e realocando outros de função na gestão.

Essa mudança brusca de gestão, ainda que previsível, visto que eleições municipais acontecem a cada quatro anos e nelas pode ocorrer alternância de governos, foi apontada dentre os sujeitos da pesquisa como fator de dificuldade para o desenvolvimento e efetivação da EPS em São Carlos, como pode ser visto nos trechos abaixo:

A gente tinha a proposta de criar o núcleo de apoiadores para fortalecer porque em outras gestões tive experiências de uma mais estrutura então acredito que em São Carlos ela deve ser potencializada, mas com a chegada da nova secretária nosso projeto foi colocado em “*standby*”, vamos aguardar o que vem ai mas acho que assim, a proposta é essa mesmo da gente continuar o projeto para fortalecer o que está fragilizado. (S5)

Eu imagino que essa mudança de gestão que aconteceu troca de prefeito, troca de secretário, isso dificultou a gente ter uma linha de atenção definida, a gente nunca sabe a visão de quem vai chegar o que quer implementar que tipo de linha de atenção seguirá, acho que isso que houve de mais complicador muitas mudanças em pequeno espaço de tempo. (S1)

O que eu senti foi uma fragilidade muito grande no município em relação à EPS, agora como que era que funcionava e como estamos funcionando ainda não sei avaliar, tivemos tendo e ainda estamos choque de gestão muito grande isso dificulta, agora consigo avaliar que era frágil comparando com outros municípios que presenciei. (S1)

E o que foi possível perceber desde o início do projeto na antiga gestão e na nova foi a dificuldade dos trabalhadores em participar de encontros da EPS porque outras questões de transição de gestão estavam mais latentes no momento. (S2)

Como é possível perceber nos relatos acima, a mudança de gestão ocasionada pela mudança de partido político no município de São Carlos gerou fragilidade na EPS. Fatos como esses não deveriam ocorrer já que a EPS deve ser estruturada a partir da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que propõe objetivos para a implementação da EPS em todo território nacional enquanto uma política pública de Estado, independente do governo de cada esfera federativa, seja ele municipal ou estadual.

A Política Nacional de EPS deve ser entendida enquanto uma política pública a ser implementada em todo Brasil, obedecendo à suas normativas, independente do governo que está em posse da administração do ente federativo.

A PNEPS tem a flexibilidade de ser adaptada por cada município ou estado no que tange às suas particularidades, pois cada ente federativo deve atender as necessidades de sua realidade social. Contudo, a flexibilidade dessa política não deve ser traduzida como uma adequação a diferentes tipos de governo.

Entre alternâncias de partido e governo, a EPS deve seguir seu planejamento e estruturação contínua: o governo que entra, independente de seu partido ou ideologia, não deve dar a “sua cara” a uma política nacional como é a EPS, como foi evidenciado nas entrevistas.

Silva (2011, p.3) diferencia a política pública da política de governo:

Há que se fazer a distinção entre política pública e política de governo, vez que enquanto esta guarda profunda relação com um mandato eletivo, aquela, no mais das vezes, pode atravessar vários mandatos.

Políticas públicas de Estado tal como a PNEPS são construídas por movimentos coletivos, são conquistadas historicamente com muito esforço da população e não devem moldadas a cada entrada e saída de um governo. Políticas de estado devem ser garantidas por todos os governos de todos os partidos políticos, afora de intenções eleitorais.

Para Silva (2011), no Brasil é comum entre os governantes a confusão intencional entre política pública e política de governo, já que, se o governante for associado à política, isto lhe acarretará uma imagem positiva e, conseqüentemente, mais votos.

Deve-se reconhecer, que o cenário político brasileiro demonstra ser comum a confusão entre estas duas categorias. A cada eleição, principalmente quando ocorre alternância de partidos, grande parte das políticas públicas fomentadas pela gestão que deixa o poder é abandonada pela gestão que o assume. (SILVA, 2011, p.3)

Essa realidade é percebida também por um dos sujeitos da entrevista como demonstrado abaixo:

As vezes acho que a EPS é muito utópica no sentido de se concretizar como política, pois políticas devem ter continuidade e a cada gestor que vem tem seus programas, seus planos, suas diretrizes de acordo com seus interesses, nesse sentido acho um pouco utópica a EPS no sentido de dar continuidade independente de mudanças de prefeito por exemplo. (S2)

Neto (2005) também aponta como impasse para a implementação da PNEPS os interesses individuais dos atores, tais como: barganha de recursos financeiros pelas escolas para executarem projetos de cursos; gestores lobistas quanto ao financiamento de ações de Educação Permanente que privilegiem seus interesses e dos municípios que gerenciam e não o dos trabalhadores da Saúde.

Entendendo essa dinâmica, apreende-se que a dificuldade que foi uma das mais apontadas pelos sujeitos na entrevista é intrínseca a um fator estrutural presente na sociedade brasileira, que é o ajustamento da política pública conquistada de modo coletivo e que deveria ser contínua para uma política governamental que é um balizamento individual atribuído a um governo ou partido momentâneo.

Mais uma das dificuldades apontada pelos entrevistados foi a falta de planejamento da EPS no município. Alguns sujeitos relataram que desconhecem qualquer tipo de planejamento da EPS na cidade e que esse fato se reflete em ações pontuais descontínuas de atividades educativas e estas não estão inclusas na rotina do trabalhador da Saúde.

Acredito que aqui tenha sim ações de Educação Permanente, porém são muito pontuais não funciona na rotina dos trabalhadores dos serviços e até nos planos da gestão. Eu sei que existe sim uma equipe de Educação Permanente, existe pessoas na EPS, mas ainda está muito distante das necessidades das unidades de saúde. (S1)

Percebemos uma lacuna muito grande na rede que os projetos não são contínuos, são pontuais, não existe uma continuidade, e não é assim que a EPS deveria ser. (S2)

Eu sei que o município não tem nada preconizado, na nossa rotina de trabalho a gente acaba implantando o que sabe teoricamente o que traz de outras experiências, mas assim não tem uma coordenação de Educação permanente no município, a gente vai se virando com o que a gente tem. (S4)

Eu vejo as ações de educação permanente como fragmentada muito mal planejada sem continuidade mesmo, acontece uma aqui para certos funcionários, depois de um ano acontece outra, outras ações acontecem toda semana de repente para de acontecer e ninguém fala mais nada como se não houvesse compromisso em dar continuidade naquela tarefa [...]. (S6b)

Segundo o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) de 2013, o município de São Carlos não conta com uma coordenação de Educação Permanente em Saúde que seria responsável pelo planejamento da EPS, confirmando o que foi descrito pelos sujeitos. O município tem como o norteador de planejamento o PAREPS definido como:

Norteador para a construção da Política de EPS nas regiões de saúde, adequado às necessidades de formação em serviço, a partir de um planejamento coletivo, com o objetivo de transformação dos modos gestão e das práticas de atenção e valorização do trabalhador. (PAREPS, 2013, p. 01)³.

Entretanto, não apresenta um plano municipal de EPS visando as necessidades locais, como também foi apontado por um dos sujeitos:

Acredito que o município de São Carlos por ser rico e ser de médio porte tem condições para promover uma política de EPS sim, em suas bases locais fortalecer a EPS aqui no município mesmo seguindo diretrizes nacionais mas fortalecendo o local, pois senti que o município fica muito a mercê da DRS e isso não faz sentido porque lá são encontros mais regionais com projetos esporádicos e mais amplos, São Carlos tem condições de institucionalizar a EPS, torna-la uma política mais forte, investir mais, torna-la forte localmente. (S2)

³ DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE ARARAQUARA – DSR III. **Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde – PAREPS 2012** [mensagem pessoal]. Mensagem enviada por cdqsusararaquara@gmail.com em 21 de Janeiro de 2014.

Modelos verticalizados não vão ao encontro do que é previsto no âmago da EPS. Um projeto, advindo de uma estrutura governamental hierarquicamente superior, não proporciona segurança no levantamento e problematização de ações, além de ir contra a proposta discursiva de horizontalidade prevista pelos princípios da EPS.

Segundo Ceccim (2005b, p.983), “a Política de Educação Permanente em Saúde colocou em ato uma prática rizomática de encontros e produção de conhecimento”, ou seja, possibilitou a descentralização a nível nuclear e/ou gestão ‘superior’ para o dia a dia do trabalho, possibilitando que profissionais de saúde, usuários e demais membros fossem capazes de proporcionar a dinâmica do ensino-aprendizagem, através da metodologia problematizadora.

O PAREPS de 2013 aponta ainda que existem ações educativas relativas à Saúde e ao SUS no município, esse fato mostra a convergência das falas dos entrevistados com o plano regional, visto que o município conta com atividades educativas, contudo, não são atividades planejadas. Assim sendo, são oferecidas atividades pontuais e que não fazem parte da rotina do trabalhador, e por isso não se configuram como atividades de EPS segundo a PNEPS, apesar de alguns sujeitos entrevistados classificarem esse tipo de atividade como EPS, como pode ser percebido:

entendo a EPS como uma ferramenta de gestão também como modo de rever o processo de trabalho, por exemplo, agora está acontecendo um curso pra agentes comunitários, ele é para os agentes que já estão na rede que já trabalham, são 63 agentes, ele iniciou agora no início de julho e ele finaliza, ele é seis meses em dezembro, início de janeiro né é em parceria com o CEFOR, centro de formação e ele revê mesmo tudo um pouco de né dos princípios do SUS né do processo de trabalho, então assim tendo ele já os temas propostos pelo CEFOR. (S5)

Fica evidente na fala de S5 que a EPS se materializa exclusivamente em cursos de capacitação para uma categoria profissional específica com data pré-definida de início e fim, e com temas pré-definidos por um centro de formação sem a participação do trabalhador no planejamento das atividades. É notável também que as atividades não são planejadas e não fazem parte da rotina dos trabalhadores, são atividades educativas esporádicas e destinadas a um público alvo específico, não estão inseridas no processo de trabalho das unidades de saúde, e nem mesmo partiu-se das necessidades sentidas no processo de trabalho dos trabalhadores para definir-se o tema, como preconizado pela PNEPS.

Neste trecho acima são abordados também mais dois pontos de fragilidade da EPS no município, que foram apontados pelos sujeitos entrevistados, sendo eles: EPS centralizada, falta de diálogo entre gestores e trabalhadores da unidade de saúde e gestores e trabalhadores desconhecem o que é EPS.

É primordial estabelecer o diálogo da gestão com as unidades de saúde depois, garantir o espaço para acontecer a EPS nas equipes se você não tiver um espaço para conversar com os próprios colegas você não consegue organizar o serviço a EPS. (S4)

Eles sempre afirmaram que os cursos já vinham prontos, tudo decidido, já desde temas até o processo de trabalho de como se dariam as capacitações. (S2)

Nas falas acima se percebe que as atividades educativas realmente não contam com a participação dos trabalhadores em sua elaboração. As atividades são elaboradas para os trabalhadores, porém, não são construídas junto com eles, são ações verticalizadas que se definem por serem planejadas por um grupo (gestores) para serem aplicadas aos trabalhadores, corre-se o risco dessas atividades não serem efetivas pois não foram construídas com os trabalhadores a partir de necessidades levantadas por eles, podendo não ser significativas para eles.

A EPS é definida como uma ação pedagógica com foco no cotidiano do trabalho em saúde, levando à autoanálise e à reflexão de processo. A mesma progride na direção da multiprofissionalidade e na construção coletiva através de experiências vivenciadas de novos conhecimentos, podendo gerar novas práticas. (CECCIM, 2005b)

No Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde do ano de 2012 foi evidenciado também que os municípios da DRS III, da qual São Carlos faz parte, contam uma gestão centralizada, e que os gestores não têm claras algumas diretrizes de políticas preconizadas pelo SUS. Essa dificuldade foi apontada no plano pelos próprios gestores dos municípios.

[...] nos eixos de atenção e gestão em saúde, alguns problemas que devem ser considerados como: ausência de trabalho em equipe; necessidade de descentralização, regionalização, territorialização, organização da rede, bem como a falta de clareza, pelo conjunto de gestores, trabalhadores e usuários das diretrizes estabelecidas (integralidade, humanização, resolutividade, vínculo, responsabilização sanitária e solidária, equidade, acesso) para consolidação do modelo de cuidado em saúde, na rede de cuidados. (PAREPS, 2012, p. 29)⁴

Neto (2005) também assinala em sua análise, como impasse para a implementação da EPS, o predomínio do modelo verticalizado de educação para o SUS.

Esse modelo verticalizado pode ser consequência também do não entendimento da EPS pelos gestores e trabalhadores da Saúde, como também foi verificado nas entrevistas:

É o que eu me lembro sobre educação permanente em saúde também foi dessas capacitações quando ingressamos, mas foi bem breve até porque foram abordadas várias diretrizes, lembro muito pouco sobre educação permanente em saúde, não posso traduzi-la também. (S6b)

⁴ DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE ARARAQUARA – DSR III. **Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde – PAREPS 2012** [mensagem pessoal]. Mensagem enviada por cdqsusararaquara@gmail.com em 21 de Janeiro de 2014.

Não tenho conhecimento dessa política por isso não tenho o que te dizer, acredito que seja uma política de capacitação dos trabalhadores da saúde, não tenho conhecimento técnico para dizer mais que isso. (S6c)

Não sei o que é preconizado pela política e nunca tive acesso a esse conhecimento estando em serviço, se tive acesso não estou lembrando, mas acho que seja uma política para atualizar os funcionários da saúde que trabalha com metodologias mais dinâmicas por estar presente nos serviços de saúde, no cotidiano. (S6d)

As dificuldades de compreensão dos sujeitos acerca da EPS mostram-se como um impasse para a sua implementação. Se os trabalhadores e principalmente os gestores não compreenderem a importância da Educação Permanente em Saúde e não conhecerem a política que a consubstancia, não haverá esforços para que esta seja colocada em prática nos serviços de saúde.

Neto (2005, p.2) coloca como o grande desafio para a PNEPS a “incompreensão da Política de Educação em Saúde, pelos autores, principalmente, os gestores”.

Para o autor, a incompreensão acerca da política ocorre principalmente pelos gestores dos municípios e, visto que as ações de EPS acontecem de modo verticalizado sem diálogo entre gestores e trabalhadores, é compreensível que o trabalhador da Saúde não entenda a essência da EPS, associando esta às atividades que o mesmo tem acesso, como capacitações e cursos, conforme visto nas entrevistas.

Outra dificuldade levantada pelos sujeitos foi a de que o município não conta com recursos humanos dedicados exclusivamente à EPS.

Acho importante ter esse cargo de articulador valorizado tenha respaldo dos gestores com a função delimitada, carga horária definida para essa atividade, para que esse sujeito seja o principal apoiador da EPS no município e seja a ponte com a DRS que apresenta propostas interessantes, projetos renovadores, que esse sujeito possa se capacitar na DRS e trazer essas ideias propostas para o município, buscar lá e aplicar aqui. Acredito que se a gestão colocar uma pessoa qualificada, da área para realizar essa atividade com carga horária exclusiva para tal atividade como já disse, ela já estará mostrando um avanço para a EPS, já estará se mostrando preocupada com a EPS, disponibilizando uma pessoa para tratar do assunto, não iria bancar um funcionário se não tivesse interesse em desenvolver essa área. A ideia de garantir condições que essa pessoa possa realizar seu trabalho, é uma estratégia para potencializar a EPS. (S2)

A dificuldade de não se ter profissionais que se dediquem exclusivamente ao planejamento da EPS, trazida pelo sujeito S2, também foi uma das dificuldades encontradas por Carotta et al. (2009) em seu artigo, que traz a realidade do município de Embu/SP na tentativa de criação de um núcleo de EPS.

Diante disso, algumas dificuldades foram encontradas, como: a desmotivação de alguns trabalhadores; a inclusão de profissionais médicos nos encontros de EPS; ampliação

da participação de usuários e a rotina intensa de trabalho dos profissionais que, de certa forma, impossibilitava a realização de encontros, dificultava o andamento da criação de um núcleo e implementação da EPS nos equipamentos de saúde municipais.

Partindo do pressuposto que a Educação Permanente em Saúde deve ocorrer em uma lógica ascendente a partir das necessidades surgidas do local de trabalho para a mudança do próprio processo de trabalho, propõe-se que se realizem discussões mais organizadas, com propostas bastante claras e em momentos viabilizadores das mesmas, tais como nas reuniões de equipe: seria o primeiro passo a ser dado na iniciação de uma proposta de criação e estruturação da EPS no município e de um núcleo de EPS no município de São Carlos, não necessitando assim de que os trabalhadores da saúde tenham dedicação exclusiva às atividades de EPS, visto a importância de estes estarem inseridos nos serviços.

A partir de então, a possibilidade de se obter aliados para a estruturação da EPS e a criação de um núcleo de apoiadores de EPS, que se identifiquem com a proposta levantada, é relativamente maior, caso esse projeto seja resgatado no município, visto que, segundo a fala de diversos sujeitos nas entrevistas, o projeto que estava sendo estruturado antes da mudança de gestão e ficou parado à espera de um aval de continuidade do novo gestor.

A despeito de todas essas fragilidades descritas acima e que foram levantadas pelos entrevistados, e que, como foi visto, são dificuldades também apontadas na literatura e são encontradas em diferentes municípios no país, o município de São Carlos conta também com potenciais e estes foram percebidos pela pesquisadora e também assinalados pelos sujeitos entrevistados, como pode ser visto abaixo:

- Gestores e Trabalhadores acreditam que a EPS surte efeito positivo no processo em Trabalho e na qualidade dos serviços de saúde.
- Gestor participa de coletivos de planejamento da EPS regularmente.
- Existe um projeto que vislumbra a criação de um núcleo de EPS no município.
- Existe um grande número de capacitações na saúde no município.

O primeiro dos itens apontado como potencialidade da EPS ficou bem visível no momento da análise por ter sido uma das questões do roteiro da entrevista, por meio desta pergunta ficou evidente que os trabalhadores e gestores da saúde acreditam na EPS como estratégia que surte efeito positivo no processo de trabalho e nos serviços de saúde.

Eu acredito muito na EPS por esse motivo você vê a diferença na motivação passa a fazer muito mais sentido no trabalho deles e isso transparece positivamente nos serviços. (S1)

Acredito que somente pelo fato de haver encontros para discutir esse tema já é um grande resultado, parar para pensar sobre o tema ou sobre o processo de trabalho, ou até mesmo garantir esse espaço para discussão é um resultado, um ganho. (S2)

Eu acho que surti no sentido assim toda vez que eu paro para pensar aquilo que eu faço né de uma forma ela vai ter uma repercussão no meu trabalho e conseqüentemente na qualidade do cuidado que aquele usuário tá recebendo eu acho que não tem como por mais que a gente percebeu que muitas vezes a gente propunha algumas capacitações, várias capacitações as pessoas se capacitam e as vezes elas não colocam essas capacitações em prática no cotidiano delas. (S3)

Com certeza eu acho que quando se faz uma Educação permanente bem feita como é preconizado você constrói junto com o trabalhador então tudo o que a pessoa constrói ela dá mais valor, sabe a pessoa que vai praticar aquela ação ela constrói ela não recebe pronto, ela começa a entender a importância daquilo e começa a praticar, quando ela recebe pronto uma ordem uma determinação as vezes ela não entende o porque daí ela faz por um tempo depois ela para de fazer né, quando ela participa da construção dentro do contexto dela ela faz sempre e com qualidade o que é mais importante, é notável a diferença no serviço. (S4)

Vale salientar que muitos dos sujeitos que afirmaram que a EPS traz fatores positivos ao processo de trabalho e à qualidade dos serviços, afirmaram também que não haviam presenciado atividades de EPS e somente de capacitação no município, mostrando assim que mesmo que esses sujeitos não tenham vivenciado o processo da Educação Permanente em sua prática ou gestão, os mesmos acreditam na eficácia da estratégia da EPS enquanto uma ferramenta capaz de realizar mudanças no processo de trabalho em saúde com o fim de qualificar os serviços de saúde. Recorda-se também que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi criada somente em 2003, sendo uma política relativamente nova para disseminação, entretanto, os sujeitos a avaliam positivamente mesmo que não saibam defini-la bem ou que ainda não a tenham vivenciado.

Outro aspecto que favorece a implementação da EPS no município é a presença regular de gestor em coletivos que discutem o planejamento da EPS na regional de saúde em conjunto com outros municípios. Esse fato foi evidenciado nas entrevistas com os sujeitos e no Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde de 2013, elaborado pela Divisão Regional de Saúde III, como pode ser visto:

A gente tem seguido muito a política baseado um pouco no que a DRS tem nos colocado então a gente tem trabalhado todos esses anos em conjunto com a DRS né, então todo início de ano a DRS senta com os municípios São Carlos sempre participou discute algum projeto o que que assim aquele município, até o ano passado esse projeto era único para todas as regiões da DRS, a partir agora de 2013 a DRS vem com uma proposta de região por região da DRS. (S3)

Através do Quadro 5, é visível a presença de representantes do município de São Carlos na construção do PAREPS.

Quadro 5 - Mapeamento a partir do Termo de Compromisso de Gestão Municipal.

Gestão da Educação na Saúde	São Carlos
Há coordenação de educação permanente na secretaria municipal de saúde?	NÃO
Os trabalhadores de saúde têm aproximação com os movimentos de educação popular do município?	SIM
O município realiza ações educativas relativas à saúde e ao SUS na rede municipal de ensino?	SIM
O município garante a participação dos trabalhadores em atividades de educação permanente?	SIM
O município promove atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho?	SIM
O município conta com equipes de EP / Articuladores de EP que desenvolvem ações com as equipes da rede de saúde – AB (Atenção Básica) / especializada e hospitalar?	SIM

Fonte: PAREPS, 2013, p. 68⁵.

Este quadro foi construído por gestores do município no ano de 2013 em conjunto com outros municípios da região, o que demonstra a participação do município no planejamento e o interesse por parte da gestão do município em planejar a EPS. É possível analisar a partir dele uma dissonância entre o que foi assinalado no quadro e as falas dos sujeitos entrevistados, como na questão que se refere à participação dos trabalhadores em atividades de Educação Permanente.

Um dos motivos que pode ter levado a essa incoerência é a dificuldade de compreensão dos trabalhadores e gestores acerca do que é EPS, como foi apontado acima como uma das dificuldades da efetivação no processo de EPS no município.

Como foi visto acima, nos itens assinalados como dificuldades de efetivação da EPS a partir das entrevistas, há uma falta de compreensão e por isso uma confusão acerca do que é a EPS, e, como foi visto, existem inúmeras definições do que é a EPS, algumas destas definições referem-se às capacitações que são realizadas no município.

Alguns dos sujeitos nas entrevistas apontaram também que o município conta com várias capacitações em diversos temas para diferentes categorias profissionais:

Eu sei que está tendo ações pontuais por exemplo há alguns meses atrás teve um introdutório dos agentes comunitários de saúde mas não sei se posso classifica-lo como EPS. (S4)

Eu já ouvi falar muito de encontros, cursos e capacitações de enfermagem, mas na minha área mesmo nunca participei de nada sempre vejo bastante capacitação. (S6)

⁵ DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE ARARAQUARA – DSR III. **Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde – PAREPS 2012** [mensagem pessoal]. Mensagem enviada por cdqsusararaquara@gmail.com em 21 de Janeiro de 2014.

Esse fato pode ser visto também como uma potência para o desenvolvimento da EPS no município, primeiramente pelo fato de existir uma iniciativa dos gestores em investir em qualificação do trabalhador da Saúde. Dado que essa preocupação já é preconizada pelo município, sugere-se que esse potencial seja canalizado para a efetivação da EPS, aproveitando dessa disposição dos gestores em investir na qualificação de seus trabalhadores, visto que as atividades de capacitação profissional podem compor a Educação Permanente em Saúde. Contudo, as atividades de capacitação exclusivamente não são capazes de tecer o processo de EPS de um município.

O último fator que foi bastante indicado pelos sujeitos e pode ser compreendido como o início para a estruturação da EPS no município é a criação de um núcleo de EPS.

Como foi visto nos trechos da entrevista, alguns sujeitos citaram que o plano de EPS para o município era a criação de núcleo de EPS, e que esse núcleo seria formado por diversos atores, alguns que tinham experiência por terem desenvolvido a EPS em outros municípios, e outros por serem trabalhadores e gestores que haviam participado de cursos de formação de facilitadores de EPS da Fundação Oswaldo Cruz. Todavia, esse projeto de formação do núcleo de EPS foi acuado devido à mudança de gestão no município, como foi apontado por diversos sujeitos.

Então o plano é esse a partir desse núcleo né, o núcleo indo para a ponta que ele identifique quais são as problemáticas e não o tema central, porque na verdade assim quais são as fragilidades de cada equipe né e aí a gente trabalhar as diferentes fragilidades e potencialidades e não a gestão propor um tema que as vezes ele é bom para aquela equipe mas aquela outra já avançou muito e não tem aquela dificuldade então a criação do núcleo seria nesse sentido de ser uma coisa que vem da ponta para o núcleo e não do núcleo para a ponta, não que o núcleo não possa propor mais que a gente possa ouvir os trabalhadores saber quais são as dificuldades e trabalhar junto com eles em cima das dificuldades que eles nos apontam. (S3)

Considera-se um fator positivo a criação desse grupo por demonstrar uma intenção dos gestores em articular e implementar a EPS no município, visto que a experiência de criação de um núcleo de EPS já foi realizada em outro município, Embu-SP, como foi descrito por Carrota (2008), mostrando resultados positivos no tange à articulação da EPS naquele município.

Integração da equipe de Recursos Humanos a Educação Permanente possibilitando a implementação de ações de gestão do trabalho e educação em saúde; Criação de espaços para a reflexão do trabalho nas unidades de saúde; Maior participação e responsabilização dos trabalhadores; Melhor integração entre sede e unidades de saúde através do apoio e supervisão da equipe de educação permanente e estratégia da saúde da família. (CARROTA, 2008 p.50)

Uma vez que no município de Embu-SP a experiência do Núcleo de Educação Permanente em Saúde trouxe resultados positivos para a implementação da EPS, é válido que a tentativa seja realizada em São Carlos, respeitando as particularidades do município, como é preconizado na PNEPS. Para isso, sugere-se que seja resgatado o projeto de criação do núcleo, buscando unir o grupo de trabalhadores que possuem afinidade e vontade de trabalhar com a proposta no município, para que se apresente a proposta fortalecida a essa nova gestão, buscando o fortalecimento da PNEPS no município enquanto uma política de Estado.

4.2.2 Categoria 2: Diferentes concepções dos trabalhadores acerca da Educação Permanente em Saúde

A denominada Educação Permanente em Saúde surgiu na década de 1980, sendo disseminada pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS).

Em 1984, a OPAS convoca grupos de trabalho de vários países da América Latina com a finalidade de estabelecer novos conceitos para o processo de formação profissional, visto que as atividades educativas até então realizadas não estavam causando impactos positivos no processo de formação dos trabalhadores, e, conseqüentemente, nos serviços de saúde.

Peduzzi et al. (2009) aponta em seus estudos a fragilidade do impacto das capacitações na qualidade dos serviços de saúde.

Segundo Campos (1989), a proposta de reorientação da Educação Permanente do Pessoal da Saúde na Região das Américas teve o objetivo de atender profundas demandas de reorientação no desenvolvimento dos recursos humanos em saúde. Desse modo, justificou-se pela necessidade de novos referenciais metodológicos para o desenvolvimento dos sistemas nacionais de saúde.

Dentre as novas referências metodológicas, a mudança da nomenclatura de Educação Continuada para Educação Permanente em Saúde foi considerada como primordial pela OPAS.

Segundo a OPAS (1988), a Educação Permanente seria uma alternativa para o desenvolvimento de processos educativos do tipo permanente, que utilizem o trabalho como eixo de aprendizagem; enquanto que a Educação Continuada responde às necessidades de categorias profissionais ou de ordem acadêmica, não contribuindo assim para melhorar os

serviços de saúde, e, conseqüentemente, não satisfazendo as necessidades de saúde da população.

Desse modo, essa modalidade educativa não se constitui como um elemento que permite mudanças nas relações técnicas e sociais do trabalho no setor da Saúde (OPAS, 1988).

A partir dessa reclassificação realizada pela OPAS, passa a existir uma distinção entre Educação Continuada e Educação Permanente em Saúde. No entanto, vale salientar que diferença apontada por essa organização não é unânime entre os autores, havendo alguns que consideram os termos sinônimos.

Marin (1995), em oposição ao conceito da OPAS, entende que a Educação Continuada seria mais completa por incorporar a ideia de formação no próprio local de trabalho, sem interrupção ou fragmentação, dependendo do objetivo que quer alcançar.

Já Paschoal (2004), convergente com a OPAS, afirma que a Educação Permanente inclui a Educação Continuada: para o autor, a Educação Permanente refere-se a uma habilidade de aprendizagem contínua, desenvolvida pelo sujeito ao longo de toda sua vida, através de relações pessoais, sociais e profissionais, no intuito de transformar-se de acordo com as mudanças dinâmicas que ocorrem no mundo.

Como é possível perceber por meio da literatura, existem diferentes conceitos acerca da Educação Permanente e da Educação Continuada. Essa diversidade de conceitos se traduz muitas vezes em confusão dentre os trabalhadores da Saúde, mesmo dentre os gestores e profissionais da Saúde que têm como atribuição as atividades educativas em saúde. Como é possível perceber nas falas dos sujeitos entrevistados:

“Há alguns meses atrás teve um introdutório dos agentes comunitários de saúde, mas não sei se posso classifica-lo como EPS” (S4).

Este sujeito percebeu, no momento da entrevista, a dificuldade em definir a Educação Permanente em Saúde. Outros sujeitos também apresentam confusão em suas falas à respeito de conceitos de EC (Educação Continuada) e EPS (Educação Permanente em Saúde) segundo a classificação da OPAS.

“Entendo a EPS como uma ferramenta de gestão e também como um modo de rever o processo de trabalho, por exemplo, agora está acontecendo um cursinho de capacitação de agentes comunitários” (S5).

Através desses trechos, é possível notar o conflito entre conceitos de EPS e EC, mesmo o Ministério da Saúde tendo adotado a EPS desde 2004, como afirma Lemos (2010).

De acordo com esta autora, houve uma filiação dos ideais da OPAS pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil:

“Na PNEPS, a EPS é justificada como um resgate da responsabilidade constitucional do Ministério da Saúde em ordenar a formação dos recursos humanos” (LEMOS, 2010, p. 93).

A partir do estudo de Lemos (2010) e da análise da Política Nacional da Educação Permanente, conclui-se que o Ministério da Saúde optou por ordenar a formação de coletivos organizados de produção de saúde por meio da EPS, priorizando que a educação dos trabalhadores aconteça no próprio SUS, o que até então acontecia de forma fragmentada e pulverizada.

A opção do Ministério da Saúde pela EPS tem quatro justificativas como centrais, sendo elas: superação das orientações conceituais heterogêneas até então adotadas, que dificultariam a transformação dos serviços; eliminação da compra de serviços educacionais das instituições de ensino; dispensa da tradição da Educação Continuada de programar pacotes de cursos e treinamentos aplicados, pontuais e fragmentados que privilegiam técnicas em não o processo coletivo de trabalho; e por fim, a supressão de consultores externos ao SUS para análises e formulações das tomadas de decisões (BRASIL, 2003; 2005c).

Ceccim (2005b) aponta que o objetivo da PNEPS é disseminar a capacidade pedagógica por toda a rede do SUS, mediante um processo de descentralização da gestão, possibilitando aos serviços de saúde um espaço de ensino-aprendizagem no ambiente de trabalho.

Partindo dessa premissa e da análise dos dados coletados na pesquisa, é possível observar que mesmo com incentivos do Ministério da Saúde, como a criação da PNEPS, parte dos trabalhadores ainda não compreende a EPS, algumas vezes a confundindo com a Educação Continuada, como foi visto acima e outras vezes por afirmarem não terem tido qualquer conhecimento ou contato com a política.

Dessa forma, a análise de dados do presente estudo demonstrou as diferentes concepções dos sujeitos acerca da EPS, sendo elas: EPS enquanto ferramenta de gestão transformadora da prática, EPS enquanto treinamento do trabalhador, e a última das perspectivas se configurou como o desconhecimento sobre EPS.

O que eu senti aqui no município logo que cheguei foi uma dificuldade da gestão em interpretar o que é educação permanente e o que era educação continuada, eles confundiam bastante então começamos a dar uma cara nova, para realmente diferenciar uma da outra, essa confusão acontecia na gestão nem chegamos a iniciar

o trabalho nas unidades. A gestão classificava treinamento de alguma coisa como EPS, agora não existia discutir o processo de trabalho, as dificuldades com todo mundo inclusive o motorista o pessoal da limpeza isso não existia, como fazendo parte da construção do processo de trabalho, parte da equipe não existia. O que vi muito era assim vamos fazer EPS com a enfermagem, como essa educação continuada específica a enfermagem contemplasse todo um processo de EPS e sabemos que ações somente como essas não é EPS. (S1)

[...] eu acho que a educação permanente em saúde vem como uma forma de você rever o processo de trabalho, rever as rotinas do cotidiano: o que você faz, como você faz e porque você faz. Então eu acho que é um momento que os diversos atores podem olhar e pensar não que estejam fazendo errado mas um jeito de fazer diferente. (S3)

A EPS tá no processo de organização, passamos por várias mudanças de secretários, mesmo assim a gente tem procurado cumprir algumas agendas que assim vão sendo apontadas né tem cursos dos agentes comunitários, na saúde bucal a gente comprou materiais novos e veio uma solicitação dos trabalhadores de se apropriar mais deles e aí a gente trouxe o pessoal para discutir aqui e para que isso pudesse também acontecer nas unidades, assim não está totalmente estruturado mas a gente tem procurado acolher também as demandas. (S3)

É possível notar nas falas dos entrevistados dúvidas em relação à EPS, dentre as definições dos sujeitos é nítido o conflito entre EPS e EC, quando se refere a curso e série de capacitações enquanto processo de EPS.

“Acho que EPS não tem efeito, como por mais que a gente percebeu que muitas vezes a gente propunha algumas capacitações, várias capacitações as pessoas se capacitam e as vezes elas não colocam essas capacitações em prática no cotidiano delas” (S3).

“O que eu me lembro sobre Educação Permanente em Saúde também foi dessas capacitações quando ingressamos, mas foi bem breve [...]” (S6b).

Desse modo alguns entendem que a EPS deveria ser uma prática transformadora e outros a confundem com treinamento com o objetivo de melhorar as habilidades profissionais.

“[...] acredito que a EPS seja uma política de capacitação dos trabalhadores da saúde” (S6b).

“Entendo a EPS como uma ferramenta de gestão, para você rever e transformar se preciso o processo de trabalho junto com as equipes” (S1).

Para Lemos (2010), tanto na PNEPS como no ideário da OPAS, a EPS tem como desafio desenvolver-se como contraproposta da Educação Continuada, utilizando-se para isso de um referencial metodológico centrado na relação educação e trabalho.

O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), que é responsável pela proposição e formulação das políticas relativas à formação e Educação Permanente dos trabalhadores de Saúde, estabeleceu a seguinte

concepção de EPS, sua relação com o trabalho e com as práticas de formação e desenvolvimento profissional.

A EPS propõe que os processos de educação dos trabalhadores da Saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de Educação Permanente em Saúde têm como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2007).

Essa diretriz de implementação da EPS contida na Portaria GM/ MS nº 1.996 de 2007 vai ao encontro da perspectiva apontada por alguns entrevistados nos trechos acima, que entendem que a EPS deveria ser o caminho para uma prática transformadora do processo de trabalho.

“A EPS deve ser tomada como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde” (BRASIL, 2004b, p.13).

Para Ceccim (2005b) a EPS também é definida como uma ação pedagógica com foco no cotidiano do trabalho em saúde, levando à autoanálise e à reflexão de processo. A mesma progride na direção da multiprofissionalidade e na construção coletiva através de experiências vivenciadas de novos conhecimentos, podendo gerar novas práticas.

Ceccim enfatiza a importância da autoanálise e da reflexão provindas da EPS, a mesma possui uma função mais reflexiva que, simplesmente, seria uma elaboradora de melhorias.

O ganho advém, primordialmente, por proporcionar uma reflexão da prática profissional e a não execução de tarefas de maneira mecânica, como acontece no modelo taylorista de grande produtividade em um pequeno período de tempo; prática pela prática, sem existência de reflexão (CAMPOS, 2010).

Ceccim aponta também como relevante que a EPS progrida em direção à multiprofissionalidade, já que o processo de EPS deve ser uma construção coletiva com a participação enquanto sujeitos de todos os atores da Saúde, em suma, que todos os membros de uma equipe possam participar ativamente da construção do seu processo de trabalho, possam refletir acerca da prática cotidiana que é dinâmica na busca de novas práticas que atendam às reais necessidades de saúde da população.

Eu já ouvi falar muito de encontros, cursos e capacitações de enfermagem, mas na minha área mesmo nunca participei de nada sempre vejo bastante capacitação voltada também para os agentes comunitários em saúde, e para enfermagem mas para os outros trabalhadores da saúde não vejo muita coisa não[...]. A EPS existe

apenas para algumas profissões que são priorizadas não sabemos o porque, porque eu acredito que todos os funcionários deveriam ter educação permanente acredito que todos precisam. (S6d)

É visível nas falas dos entrevistados a fragmentação das atividades de cunho educativo, destinadas somente para algumas categorias profissionais, atividades essas focadas em um grupo com um objetivo específico para atender uma demanda muitas vezes imediata e também específica, que buscam o aprimoramento das habilidades e técnicas profissionais de modo mecânico sem a busca da reflexão do processo como um todo. É o processo de trabalho visto em partes e acessível a poucos.

“A formação e o desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidade técnicas e de conhecimentos do SUS” (BRASIL, 2005c, p.10).

O DEGES reconhece que os programas de educação existentes até então tiveram pouca capacidade de impacto sobre as instituições de saúde, no âmbito de desafiar atores para uma postura de problematização e mudança das suas práticas e, como consequência, dos serviços de saúde, já que “a formação tradicional em saúde, baseada na organização disciplinar e nas especialidades, conduz ao estudo fragmentado dos problemas de saúde das pessoas e das sociedades” (BRASIL, 2003, p.5).

Para o DEGES, os modelos de educação profissional baseados na Educação Continuada adotados pelo MS antes da EPS eram reducionistas, pois focavam principalmente no domínio cognitivo: “Capacitam-se profissionais que ao retornarem aos seus serviços não conseguem aplicar ou que aprenderam ou constatam que o que aprenderam não lhes fornece elementos suficientes para enfrentar as problemáticas da realidade concreta” (BRASIL, 2005c, p.18).

A análise das falas dos entrevistados acima demonstra igualmente que a maioria das atividades educativas voltadas para o trabalhador na Saúde no município caracteriza-se como Educação Continuada, mesmo os sujeitos que definem a EPS como estratégia de transformação do processo de trabalho, ao descrevê-la no município, a caracterizam como Educação Continuada.

Através do quadro 6 é possível visualizar claramente as características peculiares da Educação Continuada e da EPS:

Quadro 6 - Características da EC e da EPS.

Educação Continuada

Educação Permanente

Pressupostos Pedagógicos	O “conhecimento” preside/define a prática	As práticas são definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, organização do trabalho etc.). Aprendizagem dos adultos requer que se trabalhe com elementos que “façam sentido” para os sujeitos envolvidos (aprendizagem significativa)
Objetivo Principal	Atualização de conhecimentos específicos	Transformação das práticas
Público	Profissionais específicos, de acordo com os conhecimentos a trabalhar.	Equipes de atenção e de gestão em qualquer esfera do sistema.
Modus Operandi	Descendente. A partir de uma leitura de temas e conteúdos a serem trabalhados com os profissionais, geralmente sob o formato de cursos.	Ascendente. A partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) enfrentados na atenção ou na gestão; possibilita a construção de estratégias contextualizadas que promovem o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e pessoas.
Atividades Educativas	Cursos padronizados - carga horária, conteúdo e dinâmicas definidas centralmente. As atividades educativas são construídas de maneira desarticulada em relação à gestão, à organização do sistema e ao controle social. A atividade educativa é pontual, fragmentada e se esgota em si mesma.	Muitos problemas são resolvidos/equacionados em situação. Quando necessário, as atividades educativas são construídas de maneira ascendente, levando em conta as necessidades específicas de profissionais e equipes. As atividades educativas são construídas de maneira articulada com as medidas para reorganização do sistema (atenção - gestão - educação – controle social articulado), que implicam acompanhamento e apoio técnico. Exemplos: constituição de equipes de especialistas para apoio técnico às equipes da atenção básica em temáticas específicas prioritárias; instituição de processos de assessoramento técnico para formulação de políticas específicas.

Fonte: LEMOS, 2010

Desse modo, baseado nas particularidades e diferenças dos dois modelos de atividades educativas e através das perspectivas dos sujeitos entrevistados, fica evidente que o município de São Carlos adota a Educação Continuada como processo de formação de seus trabalhadores. Mesmo havendo confusão dos conceitos dentre os entrevistados, as atividades relatadas por eles são caracterizadas como Educação Continuada.

Também ficou claro com a análise que, apesar dos sujeitos terem diferentes concepções acerca da EPS, sendo elas, EPS enquanto prática transformadora, EPS enquanto treinamento e o desconhecimento acerca de uma concepção de EPS, todos caracterizam as atividades educativas que participaram ou promoveram no município como treinamento e aprimoramento das habilidades técnicas.

Para Neto (2005), um dos principais impasses da Política de Educação Permanente em Saúde seria a incompreensão da Política Educação Permanente em Saúde-PEPS pelos atores, principalmente os gestores.

A partir dessas considerações, fica o desafio do município em romper com a fragmentação do processo de educação em saúde em busca da implementação da Política

Nacional de Educação Permanente em Saúde. Inicialmente seria interessante afinar os conceitos dentre os trabalhadores e principalmente gestores da Saúde para que o processo de EPS e o SUS sejam possíveis, visto que a EPS é considerada pelo Ministério da Saúde a mola propulsora do sistema.

4.2.3 Categoria 3: O Apoio das instituições formadoras da saúde

O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), aprovou no ano de 2003 a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Segundo Ceccim e Feuerwerkwer (2004), essa política tem como objetivo conquistar as relações orgânicas entre as estruturas de gestão de saúde, as instituições de ensino ou formadoras, o controle social e os serviços de atenção. Ou seja, supõe a integração entre ensino e serviço, formação e gestão setorial e desenvolvimento institucional e controle social (CECCIM, 2003).

Para que essa articulação intersetorial fosse possível, designou-se como dispositivo de gestão os chamados Polos de Educação Permanente em Saúde: instâncias locais de articulação interinstitucional para a gestão da educação no trabalho. Essa instância foi mais tarde substituída pela criação da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES), pela portaria GM/MS nº.1996, de 20 de agosto de 2007.

Esses quatro atores (instituições de ensino, controle social, serviços de atenção e trabalhadores do SUS) da EPS, que Ceccim e Feuerwerkwer (2004) denominam como quadrilátero do SUS, são os responsáveis por fazer com que a EPS ocorra de maneira efetiva. Entretanto, a articulação entre esses sujeitos não ocorre como foi previsto nas políticas, segundo Ceccim (2004b, p. 12):

Temos enormes dificuldades para transformar as práticas de saúde. A integralidade e a intersetorialidade têm enorme dificuldade em sair do papel, pois envolvem pensamento, saberes e práticas no ensino, na gestão, no controle social e na atuação profissional.

A dificuldade de interação do quadrilátero do SUS foi também o motivo precursor desta categoria, na qual evidenciaram-se as contradições de opiniões acerca do apoio das instituições formadoras do processo de EPS no município de São Carlos.

A despeito do quadrilátero do SUS ser formado pelos quatro atores citados acima, a presente categoria irá restringir-se em compreender as interações entre os gestores e trabalhadores dos serviços de saúde e as instituições formadoras.

A DRS III, que abrange o município de São Carlos, conta com algumas Instituições de Ensino Superior (IES) como pode ser visto na Tabela 7.

Tabela 7 - Mapeamento das IES que oferecem cursos na área da saúde do DRS III.

Município	Instituição	Cursos na área da saúde
Descalvado	UNICASTELO	Medicina Veterinária Odontologia
	UFSCar	Enfermagem Medicina Psicologia Fisioterapia Terapia Ocupacional Gerontologia Educação Física
São Carlos	UNICEP	Enfermagem Fisioterapia Nutrição Educação Física Biomedicina Farmácia Psicologia Radiologia

Fonte: PAREPS, 2013, p.73⁶.

⁶ DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE ARARAQUARA – DSR III. **Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde – PAREPS 2012** [mensagem pessoal]. Mensagem enviada por cdqsusararaquara@gmail.com em 21 de Janeiro de 2014.

Apesar das três universidades fazerem parte da região da DRS III, apenas a Universidade Federal de São Carlos foi lembrada pelos sujeitos entrevistados como instituição formadora que apoia a EPS no município, como pode ser visto:

“Eu creio no apoio sim, o da UFSCar mesmo, a UNICEP eu acho que nem tanto mas a UFSCar sim” (S5).

A universidade sempre esteve oferecendo apoio para gente pelo menos o que eu sinto em vários os sentidos, no sentido deles nos acolherem nas nossas dificuldades, no sentido deles apontarem os nossos problemas mas se colocarem sempre junto para discutir e pensar num cuidado melhor. Quando digo universidade me refiro a UFSCar porque com as outras instituições nosso vínculo não é tão próximo, no sentido de pensar assim quando tem estagiários nos colocamos nossos cenários de práticas para todas as instituições do município né e assim eles colaboram naquele sentido da gente também rever aquela questão da prática né, mas a gente nunca senta com eles para fazer algumas discussões como a gente senta com a universidade. Acho que com a universidade a gente tem uma aproximação maior nesse sentido do ensino né e do apoio também de docentes que vem para trabalhar com agente algumas dificuldades nossas. Então a gente tem uma aproximação maior com a universidade federal mesmo. (S3)

Esse fato mostra que, apesar das políticas de formação de recursos humanos preconizarem a interação entre os diferentes atores, essa interação nem sempre é possível. Algumas universidades com cursos na área da Saúde contam com os serviços do SUS como campo de estágio, porém, não apoiam o SUS com o seu conhecimento na produção de mudanças do processo de trabalho e formação dos trabalhadores para a melhoria dos serviços.

Mancia, Cabral e Koerich (2004, p.610) apontam o papel das instituições formadoras como estratégico para assegurar a EPS no SUS nos seguintes aspectos:

Como locus de produção de conhecimento, podem mobilizar recursos para a construção de novas alternativas para os problemas críticos do SUS. (...) Como formadores de profissionais, podem contribuir para a instituição de espaços pedagógicos em toda a rede de serviços. (...) Podem utilizar a educação permanente como estratégia de transformação das práticas ensino-aprendizagem e de produção de conhecimento. (...) Podem construir cooperação com os serviços de saúde no terreno das práticas, mobilizando docentes e estudantes para o trabalho em serviço.

Apesar da UFSCar ter sido lembrada como instituição formadora, alguns sujeitos não veem este apoio como positivo para a articulação da EPS no município.

“Eles apoiam, mas não vejo resultado, eles apoiam teoricamente mas na prática eu vejo nada muito pelo contrário eles vêm tiram informações e levam para eles trabalharem, mas dá retorno para cá eu vejo nada[...]” (S4).

“Eu não vejo muito apoio nem da Federal nem da UNICEP” (S6d).

“Bom, a relação da rede de São Carlos com a Universidade Federal é o que eu mais posso dizer pelo que senti da rede é uma relação de não ditos ninguém fala claramente sobre o tema, me parece uma relação tensa” (S2).

Eu vejo bastante ações das universidade nas unidades de saúde mas sempre é um programa focalizado tipo pet/saúde ou a residência onde ao alunos vão lá e realizam as atividades para cumprir carga horária muitas vezes sem apoio da universidade federal no sentido de ter um docente lá como tutor mesmo como representante da universidade, senão fica difícil eles despejarem os alunos na rede e não darem suporte muitas vezes vejo que isso acontece e em vez de ajudar acaba prejudicando o andamento dos serviços, agora nunca presenciei por parte dessas instituições atividades voltadas para educação permanente. (S6c)

O fato desses sujeitos não verem nas ações da universidade um apoio positivo à articulação da EPS no município pode ser entendido sob vários aspectos; o primeiro deles se inter-relaciona com a categoria dois, os sujeitos entrevistados possuem diferentes concepções acerca do que é a EPS a partir dessas diferentes opiniões entre eles, as ações realizadas pela UFSCar podem ser vistas como positivas ou não, dependendo de como cada sujeito compreende o que é a EPS, assim ele interpreta o desenvolvimento das ações das universidades como favoráveis ou não à EPS.

Diante desse fator, a polêmica de alguns sujeitos relatarem que o apoio da Universidade não é positivo para a articulação da EPS no município e outros sujeitos afirmarem que é positivo (como será visto em trechos abaixo), seria devido a diferentes compreensões dos sujeitos acerca da definição da EPS, fato este que seria facilmente solucionado com a afinação do conceito de EPS entre gestores e trabalhadores da Saúde, como apontado na segunda categoria.

Outro aspecto seria o de que as interações entre universidades e serviço são realmente frágeis e estas não oferecem mudanças efetivas nos serviços de saúde tal como preconizado pela PNEPS.

Ceccim e Feuerwerker (2004) apontam em seu artigo que, após avaliações realizadas com atores do quadrilátero do SUS, pode-se perceber que as iniciativas de articulação entre os atores foram muito tímidas na capacidade de promover mudanças nas práticas dominantes do sistema de saúde.

“Limitaram-se a introduzir mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e cuidado em saúde, mantiveram a lógica programática das ações [...]” (CECCIM e FEUERWERKER, 2004b, p. 45).

Como foi visto acima, a visão dos sujeitos de que o apoio das universidades não é positivo para a articulação da EPS é vista também na literatura como a falta de

articulação entre os entes do quadrilátero do SUS, essa falta de articulação é vista como negativa à EPS já que não oferece resultados de mudanças nos serviços de saúde.

Para Ceccim (2005a, p.12), há um desacordo entre os dois atores membros do quadrilátero:

Os gestores do SUS que querem transformar as práticas reclamam que os profissionais vêm para o SUS com formação inadequada, que os estudantes não são expostos às melhores aprendizagens e que as universidades não têm compromisso com o SUS. Os docentes e as escolas que querem mudar a formação reclamam que as unidades de saúde não praticam a integralidade, não trabalham com equipes multiprofissionais, são difíceis campos de prática e que os gestores são hostis em produção e de pactos de reciprocidade.

Ceccim (2005a) percebe que as duas reclamações são consistentes e por isso reforçam-se as necessidades em se trabalhar as transformações da formação profissional e dos processos de trabalho em conjunto. Pois, para o autor, o SUS sozinho não tem capacidade de promover o desenvolvimento dos trabalhadores da Saúde, e as instituições de ensino, sem o contato com a realidade da construção do SUS, não vão se transformar.

A partir dessa afirmativa, o autor entende a importância da articulação do quadrilátero, e principalmente a importância da intersetorialidade para a construção do SUS e para o avanço das pesquisas na área da Saúde.

A despeito de alguns sujeitos entrevistados terem apontado o apoio da universidade como improdutivo para a articulação da EPS no município, fato que é consubstanciado também na literatura, como foi visto acima, houve também opiniões que se mostraram favoráveis ao apoio da universidade federal no município, apontando a interação como intrínseca e necessária para a solidificação da EPS na cidade de São Carlos.

Eu acho que elas são fundamentais diria que assim eh , eu que tô na rede há 23 anos posso dizer que foi um marco o antes e o depois rede e o ensino, eu acho que é fundamental, a academia ela nós dá muito suporte no sentido de como trabalhar o tema de como fortalecer a equipe eles nos dão o apoio, vários docentes se colocam realmente à disposição, acho que os alunos quando vem para a prática, nos cenários de prática isso faz nós profissionais repensar aquilo que a gente faz, como é que a gente faz. (S3)

Eu vejo que os estagiários, residentes e alunos do PET da UFSCar realizam umas atividades de EPS sim mas isso acontece no dia-a-dia dos atendimentos por exemplo quando um aluno atende junto com o agente comunitário ele acaba realizando atividade de educação permanente, ou o residente que fica dois anos ali com a equipe contribuindo realiza essas atividades não há como separar, acho que da rede de São Carlos possui a federal contribui em vários processos. (S6b)

Como foi colocado pelos sujeitos, a relação entre os atores do quadrilátero do SUS é essencial: sem ela, a EPS fica órfã de um membro e não acontece, ou acontece por meio de ações isoladas que são muitas vezes classificadas erroneamente como EPS, mas que

não surtem efeitos na qualidade dos serviços, não se tornam significativas para os trabalhadores.

Ceccim (2005b) assinala que a interação entre os membros da gestão, da atenção, da formação e do controle social em saúde deveria permitir dignificar as características locais, desenvolver as potencialidades existentes em cada realidade, estabelecer a aprendizagem significativa e a efetiva e criativa capacidade crítica dos sujeitos, assim como produzir sentidos, autoanálise e autogestão.

Partindo desse pressuposto colocado pelo autor, entendemos que a EPS busca valorizar as potencialidades locais de cada realidade, desse modo, compreendemos que o município de São Carlos possui um grande potencial para ser desenvolvido no que tange à EPS, visto que a cidade conta com profissionais altamente qualificados, como pode ser percebido pela caracterização do perfil dos entrevistados, além disso possui universidades com cursos de formação na área da Saúde nas quais podem ser realizadas parcerias como o exemplo de um grande passo que já foi dado: a parceria da UFSCar com a prefeitura municipal de São Carlos chamada rede-escola.

O processo de estabelecimento de parceria entre a UFSCar e a Secretária Municipal de Saúde de São Carlos conta com a participação e articulação ativa da instituição de ensino superior e da gestão municipal de Saúde.

A Rede-Escola de Cuidados à Saúde foi criada para prestar assistência qualificada e, ao mesmo tempo, promover ensino de qualidade, centrado em critérios que possibilitem o cuidar integral da saúde dos indivíduos e da comunidade, considerando os princípios do SUS. A Rede-Escola de Cuidados à Saúde é um arranjo organizativo das Unidades e ações de saúde pública, contratadas e conveniadas com a Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas logísticos, de apoio e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado da população loco-regional e constituem espaços de aprendizagem para estudantes de graduação e pós-graduação das instituições de ensino do município. (ZEM-MASCARENHAS et al., 2012, p.3)

A criação da rede-escola pode ser entendida como um catalisador do processo de EPS no município. Isso porque proporciona a articulação do ensino com a prática nos serviços de saúde em busca da atenção integral. Essa união mutualística beneficia a rede de serviços municipais, porque esta pode contar com o apoio técnico e com a produção tecnocientífica das universidades, como afirmado por alguns entrevistados, e a universidade se favorece do terreno da prática, onde tem a oportunidade de se deparar com a realidade específica de um território oportunizando uma análise empírica in loco, além de exercer seu compromisso social no sentido de buscar aperfeiçoamentos das condições de saúde e qualidade de vida da população usuária do SUS.

A UFSCar compreende o papel das instituições de ensino, responsáveis pela formação profissional dos trabalhadores da área de saúde pública, na implementação do SUS, como responsabilidade social e compromisso público no aperfeiçoamento das condições de saúde e da qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde. (ZEM-MASCARENHAS et al., 2012, p.1)

Como aponta a autora, a UFSCar realiza seu compromisso social ao se articular com a rede de serviços do município, mas mais do que isso, ao se associar com a rede de serviços de saúde, a UFSCar está em busca de uma formação completa para os futuros profissionais de saúde. Isso porque, segundo Ceccim (2004), a formação engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS.

Formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações. (CECCIM, 2004, p.43)

A partir das falas do Ceccim, é notável que a interdependência dos atores do quadrilátero do SUS e a importância da pactuação entre eles pode ser uma experiência inovadora com a finalidade de aproximar a formação dos trabalhadores das reais necessidades de saúde. Para o autor, compete tanto ao SUS como 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. (CECCIM, 2004, p.49)

Mesmo que tenha existido a polêmica entre os sujeitos da pesquisa acerca do apoio da Universidade no processo de EPS, é perceptível que o município já está no caminho para o desenvolvimento da articulação da política de EPS, pois os primeiros passos já foram dados com a articulação de pelo menos três entes do quadrilátero, a partir desse primeiro passo outros devem ser dados em busca da efetivação da política, principalmente em relação à articulação com outros atores do quadrilátero do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo, pode-se afirmar que a EPS encontra-se fragilizada, em fase de estruturação no município São Carlos, uma vez que foi verificado por meio dos relatos e análises que fatores como a troca de gestão municipal ainda abalam a estrutura de uma política nacional como a PNEPS, isto porque as políticas ainda são vistas como partidárias ou de governo e não como políticas públicas de Estado, como afirma Silva:

Deve-se reconhecer, que o cenário político brasileiro demonstra ser comum a confusão entre estas duas categorias. A cada eleição, principalmente quando ocorre alternância de partidos, grande parte das políticas públicas fomentadas pela gestão que deixa o poder é abandonada pela gestão que o assume. (Silva, 2011, p.3)

Esse fato não deveria ocorrer já que a PNEPS é uma política nacional independente de governos municipais ou da alternância deles, entretanto, a confusão entre política de governo e política de Estado é apresentada na literatura como comum. Políticas conquistadas historicamente são balizadas de acordo com interesses individuais e/ou partidários, enfraquecendo e fragmentando a sua implementação, como no caso de São Carlos, onde foi evidenciado nas entrevistas que o planejamento da EPS foi interrompido porque houve mudança no cargo executivo.

Para que fatos como esse não ocorram, é imprescindível que os trabalhadores, gestores, membros da comunidade acadêmica e usuários, por meio do controle social, organizem um plano de EPS no município. Além disso, é necessário que esses atores, chamados de quadrilátero do SUS, estejam articulados politicamente para que a troca de governos, seja ela de qualquer ente federativo, não interrompa o caminhar do processo de EPS.

Outro aspecto limitante à concretização da política de EPS apontado neste estudo é o fato das ações ocorrerem de modo centralizado nos gestores, com ações pontuais e descontínuas. Além disso, gestores e trabalhadores apresentam diferentes concepções acerca do processo da EPS enquanto prática transformadora, EPS enquanto treinamento e o desconhecimento acerca de qualquer concepção de EPS, sendo que todos caracterizam as atividades educativas que participaram ou promoveram no município como treinamento e aprimoramento das habilidades técnicas.

Neto (2005) aponta como um dos principais impasses da efetivação da Política de Educação Permanente em Saúde a incompreensão da mesma pelos atores do quadrilátero do SUS, principalmente os gestores.

Esse fato apontado pelo autor fica evidente no estudo onde tanto os gestores quanto os trabalhadores frequentemente confundiam a Educação Permanente em Saúde com a Educação Continuada em vários momentos da entrevista: os trabalhadores citavam atividades de Educação Continuada quando questionados sobre o processo de EPS. Vale ressaltar que a maioria das atividades apontadas pelos trabalhadores evidencia o predomínio de atividades educativas orientadas pela concepção da Educação Continuada, na qual se predominam atividades técnicas, com pouca reflexão e problematização acerca do processo.

A partir dessas evidências empíricas, fica o desafio para o município, de romper com a fragmentação do processo de educação em saúde em busca da implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, visto que já existem esforços por parte do município em investir nas atividades educativas na área da Saúde, dado o alto número de capacitações realizadas. Recomenda-se que tais esforços sejam canalizados para a articulação e planejamento da EPS no município.

Sugere-se também afinar os conceitos acerca da concepção da EPS com os trabalhadores e principalmente gestores da Saúde para que o processo de EPS e o SUS sejam possíveis, visto que a EPS é considerada pelo Ministério da Saúde a mola propulsora do sistema.

Os resultados também atestam a dificuldade da articulação do quadrilátero do SUS. No presente estudo as análises são voltadas principalmente para a relação entre as universidades e os serviços de saúde.

Neste estudo, ficou evidente a polêmica acerca do apoio das instituições formadoras para a efetivação da EPS. A partir das opiniões dos entrevistados, que são representantes dos serviços de saúde, é possível concluir que já existe uma articulação entre a universidade e os serviços, esse fato foi recordado pelos sujeitos de forma unânime.

De fato o município de São Carlos conta com a rede-escola, que compreende um arranjo organizativo das unidades e ações de saúde pública com a universidade, contudo, houve divergência de opiniões se este apoio é ou não positivo para a EPS.

Desse modo, entende-se que a parceria entre a universidade e os serviços já existe e esse fator é um ganho para o desenvolvimento do processo de EPS no município. Todavia, é necessário lapidá-la, pois é primordial que os atores da EPS se articulem em busca de um só objetivo, que é a efetivação da EPS na cidade.

Em síntese, o estudo retrata que a Educação Permanente em Saúde no município estudado não está de acordo com as diretrizes preconizadas pela Política Nacional

de EPS regulamentada pelo Ministério da Saúde, pelos diversos fatores apontados nas análises. No entanto, foi possível perceber, também por meio dos relatos, que o município possui potencial para a sua implementação.

Como exemplo de potencialidade, pontua-se a parceria da rede-escola como essencial à consolidação do quadrilátero do SUS, ainda que esse vínculo deva ser fortalecido. Além disso, outro fator positivo é a crença dos sujeitos de que a EPS surte efeito positivo no processo de trabalho e na qualidade dos serviços. Pode-se citar ainda a presença dos gestores nos coletivos de planejamento da EPS, como foi evidenciada pelo estudo a representatividade do município no PAREPS da DRS III.

Situa-se também como positivo a ideia de retomar a criação de um núcleo de EPS que, segundo gestores, foi estagnada devido à troca de mandatário no executivo, e como visto na literatura, a formação de núcleos de EPS já se demonstrou como efetiva em vários municípios.

É considerável também como potencial no município de São Carlos a grande quantidade de capacitações que a cidade oferece aos seus trabalhadores da Saúde. Apesar desse modelo não convergir com os princípios da EPS, ele demonstra que o município designa energias e verbas para ações educativas na Saúde.

Vale ressaltar que o estudo analisou um momento peculiar do município de São Carlos, a troca de gestão, que teve como resultado a alternância de partido político, período que se caracterizou pelo desmonte de projetos e políticas do município, a exemplo da EPS. Esse fato enriqueceu o trabalho, pois, a partir dele, ficaram evidentes impasses que podem ocorrer quando o quadrilátero do SUS não está articulado. Como aconteceu no município e foi evidenciado na literatura, espera-se que este estudo possa contribuir para os coletivos na articulação da EPS, pois se os atores se articularem e se fortalecerem politicamente, a EPS se consolidará enquanto política pública de Estado.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E.; GENTILI, P. **Pósneoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 6. ed. Lisboa: Edições 70, 2001. 280p.
- BERBEL, N. A. N. A problematização baseada em problemas: são diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, n.2, p.139-154, fev. 1998.
- BERTUSSI, D. **Caminhos para a educação permanente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- BORDENAVE, J. E. D. Alguns Fatores Pedagógicos. In: SANTANA, J.P. (Org). **Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde (CADRHU)**. Natal: EDUFRN, 1999. p. 261 – 268.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 18. Ed. Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Assessoria de Comunicação Social. **Lei Orgânica de Saúde**. 2. ed. Brasília, DF, 1991.
- _____. _____. **A questão dos recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992)**. Cadernos RH Saúde, Brasília, DF, nov. 1993, v.1, n.1, p.218.
- _____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar Educação permanente no SUS**. Brasília, 2003.
- _____. _____. Gabinete do Ministro. Portaria no 198/GM - MS, de 13 de fevereiro de 2004. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a.
- _____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde: Pólos de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2004b.
- _____. _____. Conselho Nacional de Saúde. **3a Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: trabalhadores de saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação**. Base. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2005a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. _____. **Educação Permanente entra na roda:** polos de educação permanente em saúde- conceitos e caminhos a percorrer. 2. Ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005c.

_____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde:** unidade de aprendizagem Trabalho e Relações na Produção do Cuidado. Brasília, DF: SGTES, 2005d.

_____. _____. **Pacto pela Saúde.** Brasília: 2006a.

_____. _____. **O SUS de A a Z:** garantindo saúde nos municípios. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. _____. Gabinete do Ministro. Portaria no 1996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007. **Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A.E. et al.; (Org). **Serviço social e saúde:** formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

CAMPOS, A. OPAS. Programa de Adiestramento en salud para centro america y panama (PASCAP). **Educacion permanente em salud – Aportes conceptuales y metodológicos para su programación a nivel local.** Antecedentes e Conceitos Básicos, 1989.

CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 15, n. 5, p. 2337-2344, 2010.

CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR, J. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processo de trabalho. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, vol. 18, supl. 1, 2009.

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

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 61-177, 2005a.

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

CECCIM, R. B; FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde. In: PEREIRA, I. B. **Dicionário da educação profissional em saúde.** 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p.162-168.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Parecer Jurídico n.031/97. **Aspectos Jurídicos da proposta das Organizações Sociais Autônomas**. Brasília, 1997

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS (Org.). **Assistentes Sociais no Brasil**: elementos para o estudo do perfil profissional. Brasília, CFESS, 2005. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/pdf/perfilas_edicaovirtual2006.pdf>. Acesso em 14 Fev. 2014.

COSTA, P. P. **Dos projetos à política pública**: reconstruindo a história da educação permanente em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, Jun.2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000300015>>. Acesso em: out. 2013.

DAVINI, M.C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente os Recursos Humanos de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

DOMINGUEZ, B. C. 3a Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: a despreciação é urgente. **Radis – Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n.46, p.8-11, jun. 2006.

DRIESSNACK, M. et al. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 2: desenhos da pesquisa qualitativa. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, v.15, n.4, jul/ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a25.pdf>. Acesso em: out. 2013.

FARIA JUNIOR, A. G. In: OLIVEIRA, V.M. (Org.). **Fundamentos pedagógicos educação física**. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico, 1987, p.1

FRANCO, T.B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 23, Dec. 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

FREIRE, P. **Extensão ou Comunicação?** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.

GARNELO, L.; LANGDON, E. J. A antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In: Minayo MCS, Coimbra Júnior CEA. **Críticas e atuantes**: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

HADDAD, J. Q.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. **Educacion Permanente de personal de salud**. Washington, D.C.: OPS, 1994.

IAMAMOTO. M. V. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no serviço social contemporâneo. In: MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE - cidades @**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>. Acesso em: out. 2013.

LEMOS, C. L. S. **A concepção de educação da política nacional de educação permanente em saúde**. 2010. 171f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás, Goiás, 2010.

MACHADO, M. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. **Cadernos de RH Saúde**, Brasília/DF, v.3, n.1, p.13-27, 2006.

MANCIA, J. R.; CABRAL, L. C.; KOERICH, M. S. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v. 57, n.5, Out. 2004. Disponível em <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: set. 2014.

MARIN, A. J. Educação continuada: introdução a uma análise de termos e concepções. **Cadernos CEDES**, Campinas, n. 36, 1995.

MERHY, E. E; FEURWERKER, L.C.M. Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção em cuidado. In: MANDARINO, A. C. S; GOMBERG, E. (Org.). **Informar e educar em saúde: Análises e Experiências**. Salvador, UFBA, v.1. 2011

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 406 p.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 9, n. 3, p. 239-262, jul/set 1993.

MONTANHA, D.; PEDUZZI, M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. **Rev. esc. enferm**. São Paulo, v. 44, n. 3, Set. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: set. 2014.

MOTTA, J. I. J.; BUSS, P.; NUNES, T. C. M. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v. 8, n. 3, p. 4-8, set./dez. 2001. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/olhomagico/v8n3/enfoque.htm>>. Acesso em: mar. 2013.

NEGRINE, A. Instrumentos de coleta de informações na pesquisa qualitativa. In: MOLINA NETO, V.; TRIVIÑOS, A. N. S. (Org.). **Pesquisa qualitativa: alternativas metodológicas**. Porto Alegre: Editora Universidade/Sulina, 1999.

- NOGUEIRA, R. P. Problemas de Gestão e regulação do trabalho no SUS. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano XXVI, n. 87, set. 2006.
- NETO, F.R.G.X. Política de educação permanente em saúde: impasses, desafios e possibilidades. In: Reunião Anual da SBPC, 57. 2005, Florianópolis. **Anais...** São Paulo: SBPC/UFSC, 2005. Disponível em: <http://www.sbpcnet.org.br/livro/57ra/programas/CONF_SIMP/textos/franciscoximenesneto.htm>. Acesso em: mai. 2009.
- OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM REFORMAS SETORIAIS DA SAÚDE. Disponível em <<http://www.observatoriorh.org/eng/index.html>>. Acesso em: out. 2011.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Relatório mundial de saúde, 2006: trabalhando juntos pela saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, OMS, 2007. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>. Acesso em: mar. 2012.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Educación permanente de personal de salud em la región de las américas: Fascículo I, propuesta de reorientación, fundamentos, serie de desarrollo de recursos humanos**, Washington, D.C, vol 1, n. 78, 58 p., 1988.
- PASCHOAL, A.S. **O discurso do enfermeiro sobre educação permanente no grupo focal**. 2004. 104 f. (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2004
- PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 30, Set. 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: fev. 2014.
- RAMOS, M.N. Referência teórico-metodológicas da educação permanente em saúde no Brasil. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE (Org.). **Textos de Apoio em Políticas de Saúde**. RJ, Fiocruz, 2006.
- RIBEIRO, E. C. O; MOTTA, J. I. J. Educação Permanente como estratégia na reorganização dos serviços. **Divulgação em Saúde pra Debate**, n.12, p.39-44, jul. 1996.
- ROVERE, M. R. Gestion estrategica de la educacion permanente en salud. In: HADDAD, J. et al.; **Educación permanente de personal de salud**. Washington, D.C.: OPAS, OMS. 1994.
- SÃO PAULO. Polo de Educação Permanente do Estado de São Paulo. **Plano estratégico de desenvolvimento da política de educação permanente no estado de São Paulo**. São Paulo, SP. 2008.
- SARRETA, F.O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

SAUPE, R.; CUTOLO, L. R. A.; SANDRI, J. V. A. Construção de descritores para o processo de educação permanente na saúde em atenção básica. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v.5, n.3, p. 433-453, nov.2007- fev. 2008.

SAVIANI, D. **As concepções pedagógicas na história da educação brasileira**. Campinas, SP: 2005. Disponível em:
<http://www.histedbr.fae.unicamp.br/navegando/artigos_frames/artigo_036.html>. Acesso em: out. 2013.

SILVA, D. C. Contextualização: políticas públicas no Brasil. **Jus Navigandi**, Teresina, vol. 16, nº 2880, mai. 2011. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/19158>>. Acesso em: 27 jul. 2014.

TEIXEIRA, F.. Reflexões Teóricas sobre Democracia e Reforma Sanitária. In: _____. (Org.). **Reforma Sanitária em Busca de uma Teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 175p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS. **Manual da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade 2008-2010**. São Carlos: EdUFSCar, 2008.

ZEM-MASCARENHAS, S. H. et al. Relato da experiência de São Carlos no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v.36, n.1, supl.1, Mar. 2012. Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em set. 2014.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000200019>.

APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA

Profissão atual: _____
Formação/ grau de instrução: _____
Gênero: Masculino () Feminino ()
Atividade que desenvolve: _____
Tempo de desempenho da função: _____

1. Você conhece a documentação sobre a EPS? Como poderia traduzi-la? ou o que é preconizado pelos documentos?
2. Como você avalia a Educação Permanente em saúde no município de São Carlos? Dentro do que está previsto na documentação sobre a EPS, o que é possível realizar no município? Quais os motivos?
3. Existe um plano de ação municipal que contemple formação e desenvolvimento dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde?
4. As instituições formadoras da saúde (unidades de ensino) apoiam as atividades de educação permanente em saúde?
5. Existe orçamento destinado ao processo de educação permanente em saúde?
6. Você acredita que as atividades educativas (de capacitação ou EPS) oferecidas para os trabalhadores tem surtido efeito na qualidade do serviço prestado a população usuária?
7. Você percebeu alguma mudança na EPS no município com a mudança de gestão que ocorreu neste ano?

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Desafios de implementação do processo de educação permanente em saúde no município de São Carlos/SP”. Pretende-se entrevistar nove sujeitos, todos envolvidos diretamente com a gestão da educação permanente em saúde. Três do total dos sujeitos entrevistados serão gestores de unidades de saúde família escolhidos aleatoriamente pela pesquisadora. O objetivo principal deste estudo é: analisar os motivos dos impasses do processo da educação permanente em saúde desenvolvido pelos gestores responsáveis pela política na esfera municipal em São Carlos/SP, com vistas a contribuir para solução desses impasses, e para fortalecimento e articulação dessa política em busca da melhoria na qualidade da prestação de serviços. Você foi selecionado por ser um profissional que se enquadra ao perfil do estudo e atuar direta e indiretamente com a Educação Permanente em Saúde. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário semi-estruturado, que será gravada, visando garantir a fidelidade das respostas, com questões relativas ao tema em estudo, em ambiente que ofereça conforto e privacidade para isto. Esclarecemos para você que os riscos decorrentes desta pesquisa podem ser o fato de você sentir-se obrigado a participar da pesquisa, mediante isto esclarecemos que você não é obrigado a responder questões que julgar desnecessárias ou julgar que possam ferir sua integridade moral, a decisão em não participar não acarretará em prejuízo da continuidade de seu atendimento e de sua relação com o serviço. Outro risco refere-se ao fato de você considerar a possibilidade de suas informações serem divulgadas de maneira ilícita, quanto a isto esclarecemos que sua participação será mantida sob sigilo e será garantida a privacidade em relação às informações fornecidas. Será mantido sigilo das respostas sem identificação nominal dos participantes. Outro risco decorre do fato de você sentir-se desconfortável em algum momento durante a entrevista, assim esclarecemos que você poderá solicitar a interrupção da mesma. Você também poderá ficar a vontade para tirar dúvidas e pedir os esclarecimentos que necessitar em relação à pesquisa. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sendo que sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Não haverá custos para o serviço, usuários, funcionários e participantes da pesquisa. Esclarecemos que após a análise dos dados, o estudo será submetido à publicação em periódico científico. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. A pesquisa é de responsabilidade da Assistente Social e mestrandia no Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, **Cristiane Peres**, que acompanhará todo o desenvolvimento da pesquisa, se comunicará com os selecionados, dará esclarecimentos, solicitará consentimento para participação, colherá os dados e fará análise, sob supervisão e orientação da Professora Doutora do departamento de Terapia Ocupacional e Docente do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica - Mestrado Profissional da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar.

Cristiane Peres*

RG: 32.126.126-4

* Endereço: Rua Benedita Vieira Eugênio, 323

Cep:14026-300 Ribeirão Preto/SP

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-reitoria da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 23 – Cx. Postal 676 CEP 13565-905–São Carlos–SP- Brasil. Telefone: (16) 3351-8119. Endereço Eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br.

São Carlos, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do participante da pesquisa