



Perspectiva dos gestores de uma região do estado de São Paulo sobre educação permanente em saúde

Managers' perspective on continuous health education in a region of São Paulo State

Perspectiva de los gestores de una región del estado de São Paulo acerca de la educación permanente em salud

Silvana Martins Mishima¹, Allan Correa Aiub¹, Anna Francine Gonçalo Rigato¹, Cinira Magali Fortuna¹, Silvia Matumoto¹, Marcia Niituma Ogata², Monica Vilchez da Silva³, Ana Carolina Nogueira¹

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² Universidade Federal de São Carlos, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Enfermagem, São Carlos, SP, Brasil.

³ Universidade Federal de São Carlos, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, São Carlos, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: Analysing the concepts of Continuous Health Education - CHE (*EPS - in Portuguese*), operated by municipal managers and translated into official documents. **Method:** Qualitative research with the use of official documents and semi-structured interviews with the Municipal Health Secretaries or Coordinators of Primary Health Care in the Northeast Region of São Paulo State, and thematic analysis of empirical material. **Results:** Results indicate difficulties in the municipalities problematizing their management practices, services and health care; EPS tools presented are insufficient and unsatisfactory for amending the array of problems raised and are still far from the routine of Primary Care services. **Conclusion:** Despite efforts to implement EPS actions for the strengthening of primary care, the process appears to be incipient.

DESCRIPTORS

Education, Continuing; Inservice Training; Unified Health System; Primary Health Care; Work.

Autor Correspondente:

Allan Correa Aiub
Av. dos Bandeirantes, 3900 - Campus
Universitário - Bairro Monte Alegre
CEP 14040-902 - Ribeirão Preto, SP, Brasil
allan.aiub@usp.br

Recebido: 21/05/2014
Aprovado: 10/04/2015

INTRODUÇÃO

O fomento à pesquisa e a criação de tecnologias de distintas naturezas se dão ante as necessidades e inquietações provocadas por novas situações ou aquelas passíveis de melhora, que carecem de efetividade ou apresentam restrições frente a tecnologias pouco potentes diante dos novos dilemas, paradigmas, articulações ou demandas presentes na sociedade.

A educação permanente em saúde (EPS), política voltada ao desenvolvimento dos trabalhadores e ferramenta de gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), é alavancada pelos princípios e diretrizes que conduzem o mesmo desde o movimento da reforma sanitária e que apresenta importante inflexão com a Constituição Federal de 1988 e legislações posteriores. A proposta da Política Nacional de EPS é efetuar relações entrelaçadas entre ensino, ações de saúde e serviços, e entre docência e atenção à saúde, entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde⁽¹⁻²⁾, visando maior poder de resolução, satisfação e adequação das ações e dos serviços propostos às necessidades de saúde da população.

Tal proposta se insere em um cenário “de modelos essencialmente conservadores, centrados em aparelhos e sistemas orgânicos e tecnologias altamente especializadas, dependentes de procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico”⁽³⁾, os modelos tradicionais de organizar o trabalho são pouco flexíveis e carentes de atenção aos aspectos subjetivos, territoriais e contextuais, e seu engessamento dificulta sua otimização⁽⁴⁾. Credita-se à EPS, com sua lógica descentralizadora, ascendente, transdisciplinar e dado seu caráter flexível, ativo, o favorecimento da capacidade de aprendizagem e enfrentamento criativo, cooperando com o desenvolvimento de competências, bem como a modificação do meio no sentido da democratização institucional⁽²⁾. Como consequência, espera-se a desejada melhora na qualidade do cuidado à saúde, “o constituir de práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas”⁽³⁾, por meio da releitura do propósito científico, reconciliando-o com a “arte da alteridade”⁽³⁾, fazendo da ciência um dos apoios às práticas humanizadas, reconfigurando a formação e o propósito dos trabalhadores da saúde.

Ao modificar-se a maneira de lidar com o trabalho, a EPS propõe o envolvimento da equipe, para que esta atue, colabore e se responsabilize pelos entraves ali presentes. Nesta problematização, todos são aprendizes e sujeitos criando possibilidades para nova conformação das relações de poder no grupo. A perspectiva colocada é de que os distintos atores possam ser ativos nas cenas de formação e trabalho, e que os eventos possam produzir diferença, afetando, modificando, produzindo abalos no *ser sujeito*, colocando este coletivo em permanente produção, operacionalizando, portanto, a aprendizagem significativa⁽⁵⁾.

Dito de outra forma, pode-se afirmar que a EPS sustenta-se em ações alicerçadas na concepção de aprendizagem significativa, e que a análise dos problemas/situações que necessitam ser enfrentados no cotidiano seja desenvolvida na interlocução de distintos sujeitos, em rodas de

conversas⁽³⁻⁵⁾. Deve-se, entretanto, considerar que este processo não se dá de forma isolada dos contextos macroestruturais, pois a EPS sempre será operada “na micropolítica do processo de trabalho, e, nesse sentido, envolve o nível molar (macro) e molecular (micro) não como opositores, mas como expressão no cotidiano de políticas, economias, desejos e formas de andar a vida”⁽⁵⁾.

Cabe salientar que, apesar da produção científica referente às práticas de EPS ter aumentado consideravelmente no período que sucede a portaria n° 198/GM, em 13 de fevereiro de 2004 até os dias atuais, e ainda, mesmo após a publicação da portaria GM/MS 1996/07 que revisa esta política, ainda há carência de trabalhos científicos que abordem aspectos relacionados à EPS^(1,6) no que diz respeito às análises de intervenção em espaços específicos, assim como aqueles que exploram a perspectiva assumida pelos agentes envolvidos no processo de tomada de decisão. Nesse sentido, os resultados aqui apresentados podem colaborar com as reflexões sobre a qualificação da atenção, as dificuldades e as potencialidades dos processos a partir de análises e de experiências que emergem das práticas de EPS nos espaços locais, contribuindo para o fortalecimento do SUS. Sem dúvida, é relevante lançar o olhar para as iniciativas desencadeadas em diferentes níveis decisórios acerca das ações de EPS, tais como aquelas estimuladas por um dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) do Estado de São Paulo - Brasil, que foram foco do presente estudo. Assim, questionam-se quais conceitos de EPS sustentaram as ações desenvolvidas pelos municípios que participaram do referido projeto.

Desta forma, tem-se por objetivo identificar e analisar os conceitos de EPS, operados pelos gestores municipais de saúde ou coordenadores da Atenção Básica (AB) da região de abrangência de um Departamento Regional de Saúde do nordeste do estado de São Paulo - Brasil.

MÉTODO

Trata-se de estudo de caráter descritivo e abordagem qualitativa, sustentado pelos conceitos de Educação Permanente em Saúde (EPS). O campo da pesquisa foi a área de abrangência de um Departamento Regional de Saúde (DRS) localizado ao nordeste do estado de São Paulo - Brasil, compreendendo 24 municípios, que estão divididos em quatro Regiões de Saúde, conformando quatro instâncias de gestão, denominadas Comissões Intergestoras Regionais (CIR), definidas de acordo com os critérios estabelecidos no Pacto Pela Saúde e regulamentações posteriores⁽⁷⁻⁸⁾. Estes Colegiados recebem nomes específicos, de forma a caracterizar a região⁽⁹⁾ e aqui serão representados por cores: Azul, Verde, Marrom e Lilás. Todos os 24 municípios estiveram envolvidos no *Projeto Educação Permanente em Saúde: Fortalecimento da Atenção Básica – reorganizando as práticas de atenção e de gestão* (PFAB) desenvolvido a partir de 2008, pelo nível estadual, por meio do Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS – CDQ-SUS do DRS. O projeto envolveu 144 trabalhadores de diferentes formações pertencentes à rede de atenção destes 24 municípios, por ação do DRS, e recebeu apoio das universidades públicas que atuavam na Comissão de Integração

Ensino-Serviço (CIES)⁽¹⁰⁾, visando ao fortalecimento das ações desenvolvidas na rede de atenção básica de saúde.

Desse modo, em tese, todos os municípios com seus gestores e articuladores da atenção básica, em algum momento, pactuaram e participaram ao menos de uma ação de EPS desenvolvida nessa região que foi foco do PFAB. O empenho dos gestores municipais de saúde, responsáveis pelo manejo das políticas de saúde na esfera municipal, é essencial na implantação da EPS, por isso a proposta foi analisar os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) referentes ao período de 2008 a 2009 e também os Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) de 2008 e 2010 das quatro Regiões de Saúde, constituindo ambos a amostra dos dados secundários. Este recorte temporal dos documentos correspondeu ao início do PFAB e à disponibilidade dos documentos pelos municípios. Os documentos foram solicitados formalmente à Direção Técnica do DRS, sendo obtidos para análise os PAREPS de todas as quatro Regiões de Saúde para os anos selecionados, e 18 RAG correspondentes aos documentos de 18 municípios dos 24 que compõem Regiões de Saúde. Além das regiões de saúde, os municípios identificados nos documentos analisados (PAREPS e RAG) também estão apresentados nos resultados deste estudo, por meio de cores, preservando aspectos éticos.

Os dados primários foram produzidos por meio de entrevista semiestruturada junto aos Secretários Municipais de Saúde ou Coordenadores da Atenção Básica, quando da ausência ou convidados pelos primeiros. Do conjunto de 24 gestores, dois não se dispuseram a participar da investigação, e uma entrevista foi perdida por problemas do equipamento, totalizando, assim, 21 entrevistas. Para este conjunto de entrevistados considerou-se a amostragem por conveniência, entendida como aquela que considera “as pessoas mais convenientemente disponíveis como participantes do estudo”⁽¹¹⁾, ou seja, aqueles sujeitos diretamente ligados ao processo de tomada de decisão no nível local. Foi utilizado um roteiro que, além da identificação do gestor (cargo ocupado, formação, tempo na função), se voltou para aspectos relativos à compreensão das atividades de EPS no desenvolvimento do trabalho da Atenção Básica, ações propostas e desenvolvidas. As entrevistas foram realizadas de maio a outubro de 2011, sendo gravadas digitalmente após consentimento dos sujeitos e, posteriormente, transcritas para análise. Os 21 gestores são identificados com nomes de flores, cores, temperos, de modo a garantir o sigilo.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme determina a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, atualizada pela resolução 466/12, segundo Protocolo nº 1085/2009.

Cabe destacar que a conformação dos PAREPS e dos RAG seguem uma estrutura similar para todos os municípios, com a explicitação bastante objetiva das ações desenvolvidas e propostas. Assim, para a análise, os documentos de cada município foram lidos e os dados referentes à EPS, tabelados em colunas para cada um dos anos a que se referiam e agrupados conforme se apresentavam, indicando a presença (ou ausência) de práticas de EPS ou sustentadas

por seus princípios, e ainda como se fizeram presentes metas, execução, resultados ou avaliações das ações. Com relação às entrevistas, essas foram analisadas segundo a análise de conteúdo, em sua modalidade temática⁽¹²⁾. Nesta modalidade de análise o conceito central é o tema, e este por sua vez é “a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”⁽¹³⁾. A leitura e aproximação sucessiva às entrevistas permitiu a identificação de temas que foram confrontados e articulados aos aspectos presentes em relação a ações desenvolvidas e propostas de EPS da análise dos documentos, mediados pelo referencial teórico adotado na investigação.

RESULTADOS

Nos PAREPS, visando à caracterização de cada região de saúde, são abordados os aspectos populacionais, a constituição da rede de serviços de saúde, com foco na rede de AB, o perfil epidemiológico e as características gerais de atendimento à saúde.

O DRS em questão conta com quase um milhão de habitantes, apresenta um perfil populacional semelhante ao do estado de São Paulo⁽¹⁴⁻¹⁵⁾, evidenciando a transição epidemiológica, caracterizada pela elevação da incidência e prevalência de doenças crônico-degenerativas, ao invés das infectocontagiosas⁽¹⁶⁾. Nesse DRS, a rede assistencial do SUS contava, em 2008, com 143 Unidades Básicas, 45 serviços voltados ao atendimento de especialidades e 21 unidades hospitalares. Havia, em média, uma UBS a cada 6.593 habitantes. A região atende à legislação específica que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica⁽¹⁷⁾, estabelecendo o parâmetro de 30 mil habitantes por UBS, e naquelas com a Estratégia de Saúde da Família, a cada 12 mil habitantes (no máximo três equipes de Saúde da Família por UBS).

Considerando o conjunto dos PAREPS e dos RAG dos municípios, foi possível a aproximação à compreensão da adesão e dos meios de conduzir a implantação das práticas de EPS pelos gestores municipais, elementos-chave neste processo. Cabe destacar que nem todos os municípios disponibilizaram ou encaminharam ao DRS os documentos, objeto de análise, conforme já apontado anteriormente. Dos 18 municípios que disponibilizaram os documentos para os RAG dos anos de 2008 e 2009, cerca de um quarto deles manteve sem quaisquer alterações as mesmas metas, objetivos, estratégias e as menções a respeito das práticas de EPS.

Na Região de Saúde Verde, a análise dos documentos mostra a dificuldade encontrada pelos municípios em problematizar suas práticas de gestão e de atenção à saúde uma vez que as ferramentas da Política de EPS são apresentadas de forma incipiente e insuficientes para a alteração do quadro de problemas levantados e ainda distantes do cotidiano dos serviços da AB. Em relação à Região de Saúde Marrom, apesar de haver nos documentos citações de ações de EPS, estas são superficiais e parecem se voltar à concepção de educação continuada, visto que muitas das expressões sobre ações de EPS referem-se apenas a reuniões, treinamentos e capacitações. Os RAG parecem não terem sido utilizados como instrumentos de avaliação, uma vez que em alguns

municípios, relatórios iguais foram apresentados em anos diferentes, sendo simplesmente copiados, ou apenas limitavam-se à listagem de procedimentos realizados, no período, sem indicar ações voltadas ao planejamento, execução ou avaliação dos resultados. Na região Lilás, nos RAG, há carência de informações no que tange a ações de EPS, a indicação pontual de ações da forma como presente nos RAG aponta que estas ainda se mostram incipientes ou inexistentes. Em relação à Região de Saúde Azul, pode-se verificar pelos RAG que esta é onde mais se encontra presente a indicação de ações de EPS, assim como uma visão desta como uma ferramenta necessária à reorganização dos processos de trabalho, de qualificação dos trabalhadores e do próprio trabalho na AB. Embora não seja unânime entre os municípios desta região, aparece de forma bastante clara a perspectiva da EPS como ferramenta de gestão no nível local.

Os registros dos documentos analisados alinham-se predominantemente aos discursos dos gestores, mas também expressam contradições. Os gestores das quatro Regiões de Saúde apresentam diversos perfis socioculturais e etários, variando dos 30 aos 50 anos, com formação desde o ensino técnico à pós-graduação, nas áreas de humanas, biológicas, exatas e na saúde, indicando extrema diversidade em seu conjunto, cabendo destacar que muitos, mais predominantemente na Região de Saúde Azul, apresentavam cerca de 1 ano de experiência na função de gestor. Por se tratar de cargo político, os gestores são nomeados conforme o prefeito eleito, sendo este um dos aspectos determinantes para o variado tempo de atuação no cargo.

Alguns gestores trazem a EPS como meio de integração às diretrizes norteadoras do SUS, apontando como positiva a participação no PFAB, mencionando alguns dos resultados almejados pelas ações de EPS, tais como a possibilidade dos profissionais intervirem diretamente no cenário de sua prática e a partilha de responsabilidades.

(...) após o projeto, houve sim, esse envolvimento dos trabalhadores que começaram a ver com um novo olhar mesmo, porque não se tinha trabalhador aqui mesmo envolvido com a saúde, muita gente não sabia o que era SUS (...) e foi aí que eles começaram a se envolver e sentir, o que era, o porquê que eles estavam, qual era a importância deles aí dentro da unidade (...). Gestor Noz-moscada

Outro gestor aponta a EPS como meio para

(...) reflexão de processos de trabalho, construção de planejamento junto, na linha de cogestão, desta forma né? E até pensar em processos de trabalho (...). Gestor Mostarda

Os gestores apontam que há processos de mudança na prática daqueles trabalhadores que participaram do PFAB, na direção de serem mais preocupados com sua prática, valorizarem a continuidade do que foi aprendido, assim como constatarem a necessidade de sua aplicação no seu cotidiano de trabalho. Embora não seja a visão predominante, encontra-se presente também em suas falas a conceituação da EPS como possibilidade de se organizar a equipe por meio de reuniões, na conformação de coletivos que possam

ter por base o trabalho multiprofissional, dada a complexidade do campo da saúde, e há a ainda a explicitação de que os resultados se darão em longo prazo.

(...) e aí a gente fica, não, vamos conversar um pouquinho sobre nosso pré-natal, vamos conversar um pouquinho sobre nossos hipertensos, nossas pré-consultas ... Então é difícil o começo né? E agora nós estamos tentando novamente fazer reuniões de equipes já com um olhar mais voltado pra educação permanente propriamente dita. Já estamos com uma enfermeira e mais, a Beltrana (pedagoga), pra tá tentando fazer alguma coisa, entendendo que vai ser o início de um processo que daqui alguns anos você vai ter um resultado melhor do que a gente conseguirá colher hoje, né? Gestora Lírío

Desta forma, alguns gestores reconhecem que o PFAB serviu para chamar atenção quanto à necessidade de se voltar o olhar para a equipe de saúde, no sentido de torná-la importante agente de mudanças no trabalho.

A continuidade da ação também é citada como inerente à concepção de EPS enquanto processo e movimento contínuo, capaz de qualificar o atendimento oferecido ao usuário do SUS, pois

(...) abre bem a mente do pessoal (...). Gestor Avenca

(...) através da participação desses meus trabalhadores, nesses cursos, oficinas [PFAB] acredito que a gente tem sempre que dar continuidade, né? Porque o próprio nome diz Educação Permanente, a coisa tem que ser realmente permanente pra que a gente possa oferecer um atendimento melhor ao nosso usuário (...). Gestor Flor de Lis

No conjunto das falas, há também a explicitação de que é pertinente a proximidade do próprio gestor com o projeto, defendendo que estar próximo é fundamental para o aprender, demonstrar interesse e, dessa forma, cooperar com o projeto e com os profissionais participantes.

Também as trocas de experiências e vivências, o compartilhar de conhecimentos nos cursos e reuniões que os trabalhadores têm participado são destacados por alguns gestores, por contribuírem com a relação entre gestão e unidades de saúde.

Em uma das falas é destacada a importância da troca efetivada entre os serviços de saúde e a Universidade, enfatizando que a parceria pode contribuir tanto para estes como para aquela. Ou seja, há uma avaliação de que a parceria Serviço-Academia favorece a qualificação dos serviços e da pesquisa, gerando também motivação para o trabalho.

(...) É, essa é uma discussão muito grande que eu tenho lá, com a Fulana, com as meninas do DRS, porque eu acho assim, que pelo município Branco ser nosso polo do DRS, tudo acontece lá. Então assim, os municípios, agora, eles estão cada vez mais separados pra receber capacitação,

pra receber trabalho conjunto de Universidade. Aqui a gente tem um trabalho muito legal com a Universidade X, né? Que é o pessoal do PET, direto eles tão aqui apoiando a gente, os projetos. A gente faz uma troca muito grande, a gente dá material pra pesquisa pra eles e eles trocam com conhecimento científico com a gente, então essa troca a gente vê que ganha muito, muito, muito. Eu acho que a DRS devia fazer essa troca, devia conhecer, né? Gestora Bromélia

Em muitos discursos, a EPS aparece centralmente como oferecimento de cursos e treinamentos específicos aos trabalhadores, havendo gestores indicando que a EPS auxiliou na qualificação dos profissionais de saúde do município, aumentando seu poder de resolubilidade, tendo em vista que profissionais melhor qualificados têm a possibilidade de obter melhores resultados junto à população:

[a capacitação] Interfere assim, em termos de satisfação né? Porque a partir do momento que você vê a gente mesmo e esses profissionais que trabalham com a gente sendo capacitados e treinados, a gente vê que o resultado é positivo, em relação aos usuários a resposta é positiva, isso acaba assim tendo mais resolutividade, né? Em casos gerais, no atendimento, no acolhimento. Gestor Páprica

Quando estimulados a depor sobre como incentivaram a implementação das ações de EPS no município, apontaram com ênfase que sempre encorajaram e estimularam a participação dos profissionais em cursos e treinamentos, deixando clara uma *mistura* conceitual entre EPS e Educação Continuada. Há certa confusão por parte dos gestores ao reduzirem os esforços referentes à EPS a mais *cursos* aplicados, apontando uma compreensão parcial dos propósitos da EPS. Esta *confusão* é mais presente no conjunto das entrevistas, e se alinha com o encontrado nos documentos analisados:

(...) estímulo os trabalhadores a participarem de cursos (...) todo o funcionário que vem falar comigo, eu tô incentivando, eu aceito, eu assino embaixo, né? (...) enfermagem, ou técnica, ou controle de vetores, fiscal sanitário, motoristas (...). Gestor Orégano

Pode-se dizer, portanto, que há um alinhamento entre os achados identificados nos RAG dos municípios e o discurso dos gestores, sendo pertinente a observação de que a falta de ações efetivas voltadas à EPS encontrada nos RAG reflete o entendimento que os gestores têm sobre a mesma.

As entrevistas trouxeram a diversidade de concepções de EPS, prevalecendo aquela que se assemelha à Educação Continuada, embora tenha sido encontrada a concepção que a considera ferramenta de gestão, contribuindo para as equipes desenvolver processos de reflexão para transformações na organização do processo de trabalho. A EPS também foi considerada uma importante estratégia, porém sem grande impacto para os trabalhadores, gestão ou município. Cabe ainda apontar que se fez presente por alguns

gestores uma visão negativa e mais radical quanto ao desenvolvimento de projetos de EPS, vistos como distantes da realidade e como desperdício de recurso público e tempo dos trabalhadores.

DISCUSSÃO

O PAREPS, em sua elaboração, deve contemplar um processo de planejamento das ações de educação na saúde, respondendo às necessidades dos serviços, contribuindo para a educação das equipes nestes espaços, sendo um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde. Nesse processo, o PAREPS deve ser elaborado, discutido e aprovado pelas CIR e ao final, este documento tem como objetivo conduzir o processo de implementação das intervenções de EPS⁽¹⁰⁾. Em sendo o PAREPS de caráter regional, considerando a situação dos municípios que compõem determinado território, a descentralização proposta pela política de EPS tem maior possibilidade de concretização, pois menores esferas de poder passam a ter voz no planejamento das ações locais. Os PAREPS, portanto, fundamentam o planejamento e execução das ações voltadas para o cumprimento dos objetivos do Pacto pela Vida⁽⁷⁾ e, além dos aspectos políticos e organizacionais, visa atender a população por meio da qualificação da assistência prestada com a expectativa de determinar alterações no perfil epidemiológico, ou seja, favorece o diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS.

A operacionalização do PAREPS, guardando coerência com os princípios da EPS, se faz no coletivo com os sujeitos das ações, em processos micropolíticos que expressam disputas de concepções, de interesses técnicos, políticos, éticos⁽¹⁸⁾, tanto na composição do plano da saúde, em suas superfícies da produção de cuidado, da gestão, da participação social, e outros mais, como na do plano da educação.

Nos PAREPS e RAG analisados, esta dinâmica não se faz ainda presente, uma vez que ao se apresentarem repetições de um ano para outros nos mesmos termos dos documentos, de não serem estabelecidas metas claras que constem de ações de EPS, e por vezes não apresentarem ações alinhadas aos dados epidemiológicos e sanitários, fica a percepção de que estes documentos atendem muito mais a uma exigência formal e burocrática, do que a conformação de uma diretriz a ser seguida dentro do planejamento integrado para o conjunto dos municípios que fazem parte da CIR específica. O que se constata é o movimento de reprodução do modo instituído, indo em direção oposta ao pretendido pela EPS em sua proposição enquanto política⁽¹⁾, materializado pelo modo de operar o PAREPS como instrumento legal de pactuação das ações de EPS dos municípios e das regiões de saúde.

É importante ainda assinalar que da forma como apresentado e considerando a presença nos PAREPS de ações centradas quase exclusivamente em treinamentos, capacitações e cursos focando conhecimentos e habilidades específicas, tem-se ainda uma concepção de propostas educativas de estilo reiterativo e tecnicista⁽¹⁹⁾. Esta visão, ainda que importante de modo a garantir práticas seguras e qualificadas ofertadas aos usuários, não avança no sentido de construirmos práticas de

atenção mais integradas e integrais, especialmente se a proposição de tais cursos não emergirem de processos coletivos de problematização do cotidiano do trabalho, com vistas a centrar a produção do cuidado nas necessidades dos usuários. Este é um ponto relevante a ser considerado, posto que os processos de educação *no, com e para* o trabalho necessitam “transcender a fragmentação, a descontinuidade, a dissonância entre teoria e prática, e a sobreposição do saber técnico-operacional em detrimento ao saber conjuntural”⁽¹⁹⁾.

O termo EPS, difundido pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), a partir da década de 1970^(2,20), reconstrói o conceito e a orientação da educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços, cuja finalidade é melhorar a saúde da população a partir de uma análise dos determinantes sociais e econômicos, ao transformá-los em sujeitos quando colocados no centro do processo de ensino/aprendizagem; com base na premissa pedagógica da aprendizagem significativa e de problematização do processo de trabalho, com o objetivo de transformação das práticas e da organização do trabalho, por meio da autoanálise e autogestão, propostas e soluções para os problemas identificados^(2,21-22). Esta se coloca como uma das perspectivas presentes para a construção técnico-política da EPS.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi instituída como estratégia do SUS para gestão e formação de trabalhadores, tomando a EPS como instrumento de gestão que considera o mundo do trabalho como meio do processo pedagógico e de aprendizagem. Neste sentido, há uma perspectiva de produção de aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva pelos envolvidos^(1,10).

O processo da implementação do PFAB nessa região demarca uma aposta da gestão do DRS em implementar processos de EPS dando continuidade ao primeiro movimento deflagrado pelo Ministério da Saúde, que apostava numa lógica loco-regional, ascendente e de problematização das práticas pelos atores do quadrilátero: universidade, controle social, trabalhadores e gestão⁽²²⁾.

Tal perspectiva está na contramão dos processos instituídos de EPS no país e também no estado de São Paulo, pois com a portaria GM/MS 1996/07⁽¹⁰⁾, os polos de EPS se desarticulam e dão lugar às Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), que passaram a não ser mais instância decisória com relação à política de EPS e sim uma instância assessoria. Pode-se afirmar que o Ministério da Saúde, embora não tenha revogado a Política de EPS, afastou-se de sua proposição original⁽¹⁾ e criou instrumentos legais de institucionalização da EPS⁽⁷⁻¹⁰⁾ capturando sua força instituinte. Tal processo talvez não tivesse o efeito de reprodução predominante aqui constatado se a EPS estivesse mais fortalecida como instrumento de mudança nos estados e municípios. Mas, no campo social, e da saúde, forças em disputa fazem emergir novos movimentos, como o caso da EPS em Movimento, estratégia em desenvolvimento no país⁽¹⁸⁾.

Os resultados aqui apresentados denotam que essa tentativa desencadeada na região guarda potencialidades no que diz respeito à pactuação e aprendizagem no trabalho

e pelo trabalho, mas ainda não demonstra força suficiente para modificar a perspectiva de EPS dos gestores municipais e seus assessores, os quais revelam frágil compreensão e aposta na EPS como ferramenta de gestão nos documentos oficiais e nas entrevistas.

Assim, há uma direcionalidade dos atos de ensinar/aprender para a libertação, de modo que podemos associar produção de autonomia e responsabilização se opondo à mecanização das ações produzidas no trabalho, à vitimização dos trabalhadores que não se colocam como sujeitos produtores do trabalho e portadores de projetos. Na EPS as estratégias de aprendizagem são aquelas ativas, as quais todos são aprendizes e sujeitos do processo. Ela prevê o desenvolvimento de *trabalho em equipe* e realiza-se pela própria equipe no seu cotidiano de trabalho, onde a premissa desencadeadora é a análise do processo de trabalho em saúde.

Desta forma, a compreensão da potencialidade da EPS para a transformação das práticas profissionais e de organização do processo de trabalho encaminha para a busca de outras estratégias e dispositivos, de modo a transcender a transmissão de conhecimentos e saberes técnicos^(3,19), criando espaço para viver o desenvolvimento de outros saberes: saber ser profissional de saúde, saber ser equipe de saúde, saber analisar contextos complexos e diversos como é demarcado o campo da saúde.

Esta compreensão ainda é rara no conjunto dos discursos dos sujeitos desta investigação. Os discursos da maioria dos gestores vão indicando ser incipiente o engajamento destes sujeitos na construção de espaços coletivos de reflexão no trabalho e para o trabalho, persistindo a concepção sobre EPS como sendo cursos pontuais, palestras e ações focais na qualificação das equipes e dos trabalhadores de saúde, com maior alinhamento às concepções de Educação Continuada.

A fala do conjunto dos gestores permitiu identificar que ainda há dificuldade desses na compreensão da EPS como instrumento de gestão e dispositivo de mudanças nas práticas de saúde, que pode possibilitar o estabelecimento de espaços coletivos e participativos para o planejamento das ações de saúde. Alguns dos gestores apontam a falta de uma visão profissional ampliada, que envolva a equipe, destacando a importância da interdisciplinaridade no trabalho em equipe, e neste sentido, como um elemento importante para a construção de processos de EPS, que se dará com o conjunto dos trabalhadores, o que engloba a questão da comunicação, fundamental nos processos de negociação permanente para a efetivação da EPS.

Por outro lado, mesmo que por vezes apareça uma visão contraditória e superficial das ações de EPS, também pode ser identificado, de forma pontual, nos RAG de uma das Regiões de Saúde e no conjunto das falas de seus gestores, um movimento incipiente na direção da construção de espaços coletivos e do compromisso com a qualificação do trabalho e dos trabalhadores, tendo como diretriz maior a construção de um fazer saúde que se pautar na integralidade da atenção. Este aspecto, embora apareça timidamente, assinala uma possibilidade latente, trazendo de forma inicial e pouco aprofundada uma perspectiva de coletivos em ação.

O desafio que se coloca aponta para a ideia de coletivos em ação, e para que esses coletivos se coloquem em ação, parece ser necessário que haja permanentemente um processo de autogestão e autoavaliação desses coletivos, de forma a refletirem sobre a ação no trabalho e buscarem formas de ação mais adequadas aos princípios e valores colocados em seu desenvolvimento, no caso do trabalho em saúde e do SUS^(2,5,19). Esta certamente é uma tarefa de grande dificuldade, se considerada a forma de organização do trabalho na saúde e do modelo de atenção que se tem em curso, centrado na atenção às demandas e com a hegemonia de determinadas categorias profissionais, reforçando a fragmentação existente no trabalho e o distanciamento de uma atenção integral e integrada.

A participação do conjunto dos trabalhadores e a compreensão da EPS como um instrumento de gestão implicam o comprometimento dos coletivos para a transformação das relações e das estruturas de poder, sendo que essas transformações devem abranger distintas dimensões, “os modos de pensar, de refletir, do olhar crítico sobre os mais diversos contextos, do estar consciente sobre os fatores que condicionam o desenvolvimento dos sujeitos, da consciência crítica da realidade e da sociedade em que vivem”⁽¹⁹⁾, criando possibilidades de construir relações em que se tenha compartilhamento do poder e não o exercício do poder de um sobre o outro⁽¹⁹⁾.

Outro ponto a ser destacado, e de certa forma já indicado anteriormente, diz respeito ao que denominamos de *confusão* conceitual por parte dos gestores e que determinam práticas que reiteram a perspectiva de capacitação e formação em serviço de forma isolada e fragmentada. Esta *confusão* refere-se aos conceitos de EPS e Educação Continuada. Os equívocos explicitados pelos gestores também figuram em experiências de capacitação de pessoal em saúde para operar os conceitos e a prática da EPS onde ainda as ações de EPS se apresentam como a realização de cursos previamente estruturados, a promoção de eventos, as ações voltadas a categorias profissionais específicas⁽⁵⁾.

Outros estudos, envolvendo distintos membros das equipes de saúde apontam para a reprodução de imprecisões conceituais de mesmo tom, tratando-se, pois, de uma confusão que se faz comum, também, noutros contextos, noutras realidades⁽²³⁻²⁵⁾.

Cabe assinalar, mais uma vez que a EPS é sustentada pela premissa da aprendizagem significativa, ou dito de outra forma, que os processos de capacitação e formação devem ser pensados e organizados tomando-se a problematização do processo de trabalho com foco na transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho. Neste processo, a referência deve ser “as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e o controle social em saúde”⁽²⁶⁾. Nesta direção, a atualização técnico-científica, certamente fundamental no campo da saúde, é um aspecto a ser considerado, mas não o único e o central, visto que, dada a complexidade da produção de cuidados e da gestão na saúde, os processos de formação e capacitação devem envolver dimensões voltadas à produção de subjetividade, às habilidades técnicas e ao conhecimento do SUS^(23,25-26).

É fundamental neste processo, que se possa repensar os

espaços que devem e podem ser ocupados pelas distintas visões acerca dos movimentos de capacitação e formação de pessoal em saúde, e a EPS e a Educação Continuada podem se constituir em estratégias complementares e “que a distinção clara entre ambas permite o reconhecimento do espaço que devem ocupar na gestão do trabalho”⁽¹⁹⁾.

Mesmo que timidamente, os gestores, principalmente da Região de Saúde Azul, apontam certa proximidade a este conjunto de aspectos, trazendo que a EPS implica ampla rede de comunicação ou *rede de conversações*⁽⁵⁾, em que a troca de experiências e possibilidades pode ser construída e constituída nos coletivos, nas conversas com e entre os sujeitos envolvidos, com o foco no aprender, na identificação das necessidades dos usuários e nas pactuações possíveis para a produção da atenção à saúde.

O desenvolvimento de ferramentas que apresentem a EPS de forma acessível é a possível solução para parte do problema levantado neste estudo, pois, como se vê, os equívocos são perpassados de maneira descendente, dos gestores para a equipe, havendo dificuldade em diversos níveis, e em diversos momentos, comprometendo com isso a implantação da EPS em suas distintas camadas. Vive-se um momento de sobreposição de paradigmas e questionamento de práticas; a aproximação a novas abordagens sobre o trabalho tende a ser delicada e exige, por parte de quem as propõe, adaptações que muitas vezes podem ser tão singulares quanto o contexto de quem as exercerá^(19,24).

CONCLUSÃO

Este estudo apresenta como uma limitação o fato de contemplar uma região específica de um estado específico do território nacional, que certamente encontra-se demarcada por aspectos culturais, sociais e políticos. Mas, por outro lado, seus achados podem contribuir para abrir brechas para que os processos de EPS sejam instalados, assim como corrigir lacunas existentes nos processos em curso.

O conjunto de elementos identificados na análise do material empírico, oriundo das falas dos secretários municipais de saúde ou coordenadores da Atenção Básica, assim como dos PAREPS e RAG, documentos aqui analisados, aponta que a EPS é pouco considerada enquanto estratégia a ser utilizada no SUS para transformação dos processos de formação e do desenvolvimento de trabalhadores da saúde.

Os dados analisados dos PAREPS, RAG e das entrevistas com os gestores configuraram as convergências e divergências encontradas nos municípios, no que se refere à estrutura organizacional dos serviços de saúde, especificamente da Atenção Básica, bem como a organização da atenção e do acesso aos serviços, que se refletem nos indicadores de saúde, no controle social e na EPS.

A análise dos documentos produzidos nas Regiões de Saúde e nos municípios mostra que são muito iniciais as ações de EPS previstas nos PAREPS e explicitadas nos RAG, ficando o questionamento se estas são desenvolvidas na direção efetivamente proposta pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). É pertinente a observação de que a falta de ações efetivas voltadas à EPS encontrada nos RAG reflete o limitado entendimento que os gestores

têm sobre a mesma, e ao mesmo tempo demarca um dado projeto de política pública operado por estes gestores. Nos documentos oficiais, foi possível identificar o cumprimento da tarefa, sem uma real análise ou avaliação do planejamento realizado para o município, visto que não há diálogo entre os dados apresentados, entre o que é colocado como prioritário e as ações planejadas e executadas.

No conjunto das falas dos gestores pode ser identificado o movimento ainda bastante incipiente de ações que se alinham à concepção de EPS no nível local. Pode-se depreender do conjunto dos dados empíricos que o fortalecimento da AB mostra-se diretamente relacionado à relevância que a gestão dá ao tema, considerando-se os investimentos tanto na Atenção Básica quanto em EPS, pois se tratam de resultados que emergem de processos de produção social no âmbito da saúde e da educação, marcados, portanto, por grande complexidade e dimensões que extrapolam a dimensão técnica do trabalho.

Apesar dos esforços para a implementação de ações que possam colaborar no processo de fortalecimento da Atenção Básica por meio do PFAB disparado pela esfera estadual, grande parte dos gestores que se referiram à EPS o fizeram

de maneira secundária ou superficial, sem estabelecimento de metas ou prioridades neste quesito. Assim, a análise dos dados permitiu identificar a concepção que alguns gestores trazem de EPS, como algo importante para o trabalho na rede de atenção, porém com um impacto pouco expressivo e algumas vezes até mesmo apontado como inexistente, uma vez que não é compreendida em sua totalidade. Também se percebe a dificuldade dos gestores na compreensão da EPS como um instrumento de gestão. Contudo, um aspecto de importância, mesmo que presente de forma tímida, diz respeito ao engajamento dos gestores na construção de espaços coletivos de reflexão no trabalho e para o trabalho, mesmo sendo presente ainda a concepção da EPS como cursos pontuais, palestras e ações focais na qualificação das equipes e dos trabalhadores de saúde.

Fica posta a questão: como a EPS poderia ser traduzida em ações, metas ou objetivos a serem alcançados, se ainda persiste a dificuldade de compreensão acerca de seus fundamentos e seus fins? Sendo a prática do trabalho, da gestão e da demanda tão impregnada pelo pragmatismo técnico, qual seria a melhor maneira de implementar a proposta emancipatória da EPS?

RESUMO

Objetivo: Analisar os conceitos de Educação Permanente em Saúde – EPS, operados pelos gestores municipais e traduzidos nos documentos oficiais. **Método:** Pesquisa qualitativa, com a utilização de documentos oficiais e entrevistas semiestruturadas com os Secretários Municipais de Saúde ou Coordenadores da Atenção Básica de uma Região de Saúde do Nordeste do Estado de São Paulo e análise temática do material empírico. **Resultados:** Os resultados apontam dificuldades nos municípios em problematizar suas práticas de gestão, dos serviços e da atenção à saúde; as ferramentas da EPS são apresentadas de forma insuficiente e insatisfatória para a alteração do quadro de problemas levantado e ainda distantes do cotidiano dos serviços da Atenção Básica. **Conclusão:** Apesar dos esforços para implementação de ações de EPS para o fortalecimento da Atenção Básica, o processo mostra-se incipiente.

DESCRITORES

Educação Continuada; Capacitação em Serviço; Sistema Único de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Trabalho.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los conceptos de Educación Permanente en Salud - EPS, llevados a cabo por los gestores municipales y traducidos en los documentos oficiales. **Método:** Investigación cualitativa, con la utilización de documentos oficiales y entrevistas semiestructuradas a los Secretarios Municipales de Salud o Coordinadores de la Atención Básica de una Región de Salud del Nordeste del Estado de São Paulo y análisis temático del material empírico. **Resultados:** Los resultados señalan dificultades en los municipios en problematizar sus prácticas de gestión, de los servicios y la atención sanitaria; las herramientas de la EPS se presentan de forma insuficiente e insatisfactoria para la alteración del cuadro de problemas averiguado y todavía lejano del cotidiano de los servicios de la Atención Básica. **Conclusión:** Pese a los esfuerzos por la implementación de acciones de EPS con vistas al fortalecimiento de la Atención Básica, el proceso se muestra incipiente.

DESCRIPTORES

Educación Continua; Capacitación en Servicio; Sistema Único de Salud; Atención Primaria de Salud; Trabajo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 198/GM, 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 [Internet]. Brasília; 2004 [citado 2014 jan. 10]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>
2. 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; 2006. (Textos Básicos de Saúde, Série Pactos pela Saúde, v.9).
3. Ceccin RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad Saúde Pública. 2004;20(5):1400-10.
4. Deluiz N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. Formação (Brasília). 2001;(2):5-15.

5. Fortuna CM, Franceschini TRC, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. Movements of permanent health education triggered by the training of facilitators. *Rev Latino Am Enfermagem* [Internet]. 2011 [cited 2015 Apr 15];19(2):441-20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/25.pdf>
6. Ferraz F, Backes VMS, Mercado-Martinez FJM, Prado ML. Políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. *Saúde Transformação Social*. 2012;3(2):113-28.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde, 2006. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto [Internet]. Brasília; 2006 [citado 2014 fev. 02]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf
8. Brasil. Decreto no 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [Internet] Brasília; 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm
9. São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Pacto pela Saúde. Plano Diretor de Regionalização – PDR do Estado de São Paulo. São Paulo: SES; 2008.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1996, 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. [Internet] Brasília; 2007 [citado 2014 fev. 02]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1996.htm>
11. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde. 5ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
14. São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde, Departamento Regional de Saúde de Araraquara. Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde – PAREPS. DRS III – Araraquara: DRS; 2008.
15. São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde, Departamento Regional de Saúde de Araraquara. Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde – PAREPS. DRS III – Araraquara: DRS; 2010.
16. Nasri F. O envelhecimento populacional no Brasil. Einstein [Internet]. 2008 [citado 2014 jan. 10];6 Supl. 1: S4-6. Disponível em: http://pratein.com.br/home/images/stories/Envelhecimento/envelhecimento_popu.pdf
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília; 2007 [citado 2014 mar. 09]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf
18. Feuerwerker LCM, Merhy EE. Educação permanente em saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado [Internet]. [citado 2015 mar. 08]. Disponível em <http://eps.otics.org/material/entrada-outras-ofertas/artigos/eps-educacao-saude-gestao-e-producao-do-cuidado/view>
19. Silva LAA, Franco GP, Leite MT, Pinno C, Lima VML, Saraiva N. Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2011;20(2):340-8.
20. Lopes SRS, Piovesan ÉTA, Melo LO, Pereira MF. Potencialidades da Educação Permanente para a transformação das práticas de saúde. *Comun Ciênc Saúde*. 2007; 18(2):147-55.
21. Haddad J, Roschke MAC, Davini MC. Educación permanente de personal de salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1994. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, 1000).
22. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface Comum Saúde Educ*. 2005;9(16):161-68.
23. Peduzzi M, Guerra DAD, Braga CP, Lucena FS, Silva JAM. 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 Comum Saúde Educ*. 2009;13(30):121-34.
24. Montanha D, Peduzzi M. Permanent education in nursing: survey to identify the necessities and the expected results based on the workers conception. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2014 Jan 10];44(3):597-604. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/en_07.pdf
25. Pinto EEP, Araújo MD, Matumoto S, Capozzolo AA, Cardoso MRL, Mishima SM. Desdobramentos da educação permanente em saúde no município de Vitória, Espírito Santo. *Trab Educ Saúde*. 2010;8(1):77-96.
26. Oliveira FMCSN, Ferreira EC, Rufino NA, Santos MSS. Educação permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem. *Aquichan*. 2011;11(1):48-65.