

# Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil

Challenges in implementing, developing and sustaining the policy of permanent education in health in Paraná, Brazil

## **Sônia Cristina Stefano Nicoletto**

Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina. Enfermeira da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 18 Regional de Saúde de Cornélio Procópio, Seção de Ações Estratégicas e Redes de Atenção.

Endereço: Rua Goiás, 660, Centro, CEP 86300-000, Cornélio Procópio, PR, Brasil.

E-mail: sonianicoletto@sesa.pr.gov.br

## **Vera Lúcia Ribeiro de Carvalho Bueno**

Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina. Professora do ensino médio, técnico e tecnológica do Instituto Federal de Brasília, Campus São Sebastião.

Endereço: Rua Buriti, Lote 3, CEP 71.940-000, Águas Claras, DF, Brasil.

E-mail: vera.bueno@ifb.edu.br

## **Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes**

Doutora em Saúde Coletiva. Professora sênior do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina.

Endereço: Rua Paraguai, 195, Vila Brasil, CEP 86010-270, Londrina, PR, Brasil.

E-mail: alnunes@sercomtel.com.br

## **Luiz Cordoni Júnior**

Doutor em Saúde Pública. Professor sênior do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina.

Endereço: Rua Ernani Lacerda de Athayde, 115, ap. 1402, Gleba Palhano, CEP 86055-630, Londrina, PR, Brasil.

E-mail: cordoni@sercomtel.com.br

## **Alberto Durán González**

Doutor em Saúde Coletiva. Professor adjunto do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina.

Endereço: Av. Robert Koch, 60, Vila Operária CEP 86038-350, Londrina, PR, Brasil.

E-mail: betoduran80@gmail.com

## **Fernanda de Freitas Mendonça**

Doutora em Saúde Coletiva. Professora adjunta do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina.

Endereço: Rua Wesley César Vanzo, 189 bloco 2 apto 1104, Gleba Palhano, CEP 86050-500, Londrina, PR, Brasil.

E-mail: fernandao683@gmail.com

## **Eliane Cristina Lopes Brevilheri**

Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina. Assistente social da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 18 Regional de Saúde de Cornélio Procópio, Unidade de Coleta Transfusional.

Endereço: Rua João Carlos de Faria, 83, Jardim Primavera, CEP: 86300-000, Cornélio Procópio, PR, Brasil.

E-mail: amaurliane@bol.com.br

## **Gisele dos Santos Carvalho**

Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina. Farmacêutica da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná - Hospital Zona Sul de Londrina.

Endereço: Rua Espírito Santo, 1818, Apto 104, CEP 86020-420, Londrina, PR, Brasil.

E-mail: gisele\_fbq@yahoo.com.br

## Resumo

Busca-se compreender o processo de implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) no Paraná. Os dados são de nove grupos focais realizados em municípios das macrorregiões do Paraná. Participaram 77 sujeitos oriundos dos Polos Regionais de Educação Permanente em Saúde (Preps). A implantação descentralizada de 22 Preps permitiu maior capilaridade e valorização dos espaços loco-regionais. As instituições de ensino tiveram papel relevante. Houve ampla articulação em torno da formação e do desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, com destaque para o curso de formação de facilitadores em EPS. O processo vivenciado esteve permeado por dificuldades/facilidades. Comprometimento dos gestores com a política, a prática da avaliação e a mudança do modelo gerencial verticalizado foram apontados como condições para a sustentabilidade da EPS. Os modos operativos da política foram praticados/experimentados de forma única no Paraná. Como idealizada a EPS precisa ser uma política e não um programa de governo.

**Palavras-chave:** Política de saúde; Educação em saúde; Educação permanente em saúde; Educação dos profissionais de saúde.

## Abstract

This paper approaches the implementation, development and sustainability of the Policy of Permanent Education in Health (PEH) in the estate of Paraná, Brazil. Data was collected during nine focal groups that took place in municipalities located on the macro-regions of Paraná. Seventy-seven individuals took part in the groups; they were recruited at the Regional Nucleus of Permanent Education in Health (RNPEH). The decentralized implementation of twenty-two RNPEH increased the capillarity and valued loco-regional spaces. Educational institutions played a relevant role in that process. There was broad articulation regarding training and development of health professionals, especially regarding the training of PEH facilitating agents. Difficulties and facilities were experienced during this process. Managers' commitment to the policy, assessment implementation and changes in the vertical management model were reported as conditions to sustain the PEH. Operative strategies of this policy were applied/experimented in a unique way at Paraná State. As its original design sets it, the PEH must be a policy and not a government program.

**Keywords:** Health Policy; Health Education; Continuing Health Education; Health Workers' Education.

## Introdução

Os trabalhadores da saúde, atores em ação nos processos de trabalho no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), necessitam constantemente refletir sobre suas práticas, avaliá-las nas perspectivas individuais e coletivas, avançando no conhecimento e na direção de uma maior qualificação das ações e serviços de saúde desenvolvidos para atender aos usuários/cidadãos. Cada cenário institucional no setor saúde tem um arranjo próprio e único, pois a resultante depende em grande parte dos atores que ali operam o seu trabalho no dia a dia.

A educação permanente em saúde (EPS) é um movimento que permite produzir processos de educação no próprio espaço de trabalho, promovendo reflexões sobre como tem se materializado as ações de saúde com vistas à problematizá-las e reconstruí-las por meio de práticas educativas significativas (Ceccim e Feuerwerker, 2004; Brasil, 2004). Isso é importante porque, ao se refletir sobre a realidade, apreende-se a realidade. Para refletir é necessário estabelecer relações entre os fenômenos e seu contexto; a modificação que ocorre no todo repercute sobre as partes, assim como a transformação nas partes reflete sobre o todo (Morin, 2006). Apreender a realidade pode levar o sujeito a apropriar-se dela e superar a compreensão fatalista das situações e, assim, descobrir o papel da consciência e da subjetividade na história (Freire, 2001).

Compreendendo a EPS como um dispositivo relevante para promover mudanças no âmbito do SUS, sujeitos que conduziam o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) do Ministério da Saúde, em 2004, formularam a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, incentivando os Estados e municípios a implantarem os Polos de Educação Permanente em Saúde (Peps) como espaços/rodas coletivas de reflexão sobre o processo de trabalho.

De acordo com a diretriz ministerial, os Peps deveriam ser compostos por representantes do “quadrilátero”, isto é: (1) gestores estaduais, municipais de saúde e de educação; (2) serviços de saúde representados pelos trabalhadores de saúde, hospitais e demais serviços; (3) formadores, contemplando instituições com cursos na área da saúde,

escolas técnicas, escolas de saúde pública, núcleos de saúde coletiva e demais centros formadores das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde; (4) controle social, incluindo os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e movimentos estudantis (Brasil, 2004).

No Paraná, visando uma maior descentralização, foram implantados 22 Polos Regionais de Educação Permanente em Saúde, coincidindo com as regiões administrativas da Secretaria de Estado da Saúde. Nesses espaços as realidades locais deveriam ser consideradas. Para a articulação das práticas educativas nas macrorregiões do Estado (Norte, Noroeste, Oeste, Campos Gerais, Leste e Centro-Sul) atores dos Peps eram mobilizados em seis Paeps.

Diante do exposto, este trabalho foi proposto considerando as singularidades do arranjo da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná e buscando compreender a experiência vivenciada pelos atores envolvidos no processo da implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da política pública.

## Trajectoria metodológica

Este estudo tem abordagem qualitativa com caráter compreensivo e interpretativo. Os dados primários foram coletados por meio de grupos focais, no período de dezembro de 2006 a novembro de 2007. Essa técnica foi selecionada por entender que a EPS é um processo de construção coletiva e que, por meio do grupo focal, é possível delinear as etapas que favorecem a elaboração dialética do pensamento grupal, levando à construção coletiva do conhecimento (Aschidamini e Saupe, 2004).

Para seleção dos participantes os pesquisadores entraram em contato com os coordenadores dos 22 Peps e, após esclarecer os objetivos do estudo, solicitaram a indicação de quatro representantes de cada polo para serem convidados a participar da pesquisa. Como critérios de inclusão, eles deveriam estar atuando no polo desde sua implantação e, se possível, ser um representante de cada um dos segmentos que compõem o quadrilátero: gestão, serviços de saúde, formação e controle social.

Após o convite aos participantes passou-se a

definir os locais para a coleta de dados, ficando um município de cada macrorregião dos seis Paeps: Cornélio Procópio (Norte), Maringá (Noroeste), Foz do Iguaçu (Oeste), Ponta Grossa (Campos Gerais), Curitiba (Leste) e Guarapuava (Centro-Sul).

As questões norteadoras para os grupos focais foram: Como foi o processo de implantação dos polos de EPS? Que articulações ocorreram? Quais segmentos participavam? Qual era a compreensão em relação à política de EPS? Como as ações foram desenvolvidas? Quais são as perspectivas futuras?

Os discursos nos grupos focais foram gravados, transcritos na íntegra e de forma literal, depois, editados para proteção dos participantes. Foi utilizado o método de análise de discurso preconizado por Minayo (2010). Os vários momentos definidos para análise dos dados foram seguidos visando compreender o fenômeno estudado. Desse processo emergiram seis categorias: “formatação dos polos e articulações”; “aproximações com a EPS”; “atividades desenvolvidas nos polos”; “vivenciando a EPS”; “percepções acerca do processo de EPS”; e o “futuro da política de EPS”.

Nos resultados, os discursos dos sujeitos estão apresentados pelas macrorregiões da seguinte for-

ma: Norte (M1), Noroeste (M2), Oeste (M3), Campos Gerais (M4), Leste (M5) e Centro-Sul (M6).

Todos os aspectos éticos foram obedecidos e o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, por meio do parecer 287/06 e CAAE N° 4255.0.000.268-09.

## Os sujeitos da pesquisa

Na coleta de dados, nos seis municípios, dependendo do número de pessoas que compareceram e da estrutura do local, decidiu-se por realizar um ou dois grupos focais. Os dois grupos focais realizados na região Norte contaram com dez e nove participantes. Na região Noroeste em cada um dos grupos participaram dez pessoas. Na região Oeste participaram treze, em um único grupo focal. Na região de Campos Gerais, em um dos grupos participaram seis pessoas e sete, no outro. Na região Leste participaram cinco e na região Centro-Sul, sete.

De 88 sujeitos convidados para participar da pesquisa compareceram 77 (87,5%); desses, 70 (91%) eram do sexo feminino e a idade variou de 23 a 60 anos (Tabela 1).

**Tabela 1 - Caracterização dos participantes da pesquisa quanto ao Paeps e segmento, Paraná, 2006/2007**

Macrorregiões Paeps	Preps N	Sujeitos Convidados N	Total	Sujeitos Participantes				
				Gestores		Formadores	Controle Social	Serviços de Saúde
				Estadual	Municipal			
Norte (M1)	5	20	19	6	3	3	2	5
Noroeste (M2)	5	20	20	6	4	5	4	1
Oeste (M3)	4	16	13	4	4	2	2	1
Campos Gerais (M4)	4	16	13	4	3	3	2	1
Leste (M5)	2	8	5	3	1	-	1	-
Centro Sul (M6)	2	8	7	3	-	4	-	-
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>88</b>	<b>77</b>	<b>26</b>	<b>15</b>	<b>17</b>	<b>11</b>	<b>8</b>

Os representantes da gestão - estadual e municipal - e formação foram os que mais aderiram à pesquisa (Tabela). O fato pode ser explicado por eles estarem presentes desde o início do processo de implantação dos polos, condição definida para a seleção dos sujeitos da pesquisa.

Na macrorregião Leste não compareceram representantes da formação e serviço de saúde e na Centro-Sul o gestor municipal e o serviço de saúde ficaram sem representação (Tabela). Isso não foi considerado limitante, pois naqueles locais os presentes deram voz à totalidade do processo experimentado sobre a política de EPS.

Os participantes pertenciam a várias categorias profissionais: 18 enfermeiros, 9 administradores, 9 assistentes sociais, 5 pedagogos, 4 docentes, 3 auxiliares de enfermagem, 3 odontólogos, 3 psicólogos, 2 advogados, 2 auxiliares administrativos, 2 farmacêuticos, 2 fisioterapeutas e 2 técnicos de enfermagem. Outras categorias foram representadas por apenas um participante: educador físico, inspetor de saneamento, matemático, médico, médico veterinário, sanitarista, sociólogo, técnico agrícola, técnico em educação profissional, técnico de saúde e segurança do trabalho, dona de casa e aposentado. Um dos participantes não declarou sua categoria profissional.

Ao apresentar os sujeitos da pesquisa pode-se perceber a diversidade dos atores que ocuparam os espaços dos Preps, um efeito relevante da política de EPS.

## Implantação da Política de Educação Permanente em Saúde

Por meio das categorias “formatação dos polos e articulações” e “aproximação com a EPS” buscou-se compreender a implantação da política de EPS no Paraná, isto é, a forma de estruturação dos polos e a participação dos sujeitos nesses espaços.

A primeira articulação para a implantação dos polos partiu da direção da Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP), que, ao apropriar-se da diretriz ministerial da política, reuniu representantes das 22 Regionais de Saúde (RS) em Curitiba, expôs a proposta e orientou o modo como ela seria construída.

A política pública em saúde, muitas vezes, tem

um caráter de implantação vertical. No caso da EPS o Ministério da Saúde apresentou uma proposta de implantação e financiamento, mas abriu possibilidades para ajustes nos Estados. O estado do Paraná negociou com os dirigentes da política no âmbito federal e pode adotar uma configuração na qual os Preps coincidiram com as regiões administrativas da Secretaria de Estado de Saúde.

A descentralização dos polos nas 22 RS foi fundamental à capilaridade do processo e valorização do espaço locorregional. Segundo os participantes, as problemáticas e necessidades de saúde locais foram respeitadas.

*Eu acho que é válida essa questão de 22 polos. Porque você descentraliza. [...] você conhece quem são os gestores, quem são os conselhos de saúde, você tem como articular. (M5)*

A importância da descentralização também foi referida por Fonseca e colaboradores (2008), que avaliaram a implantação da EPS no Ceará e concluíram que a operacionalização da política por meio de quatro polos foi prejudicial, sugerindo que a ampliação dos Peps deveria coincidir com as regiões de saúde. Entretanto, alguns integrantes do Polo de Capacitação em Saúde da Família (PCSF), arranjo existente antes da política de EPS, consideraram a mudança de modelo muito súbita e pouco negociada nos espaços políticos regionais.

*Eu fazia parte do polo de educação em saúde da família (PCSF) e acho que a política em si, de transformação, foi muito abrupta, porque a forma como isso aconteceu no Paraná me surpreendeu. Fomos chamados pela coordenação estadual da escola, que sempre foi quem gerenciou o processo no Paraná, e, repentinamente, fomos comunicados que estava extinto o polo [PCSF]. (M4)*

As práticas de educação produzidas por meio dos PCSF eram relevantes, mas limitavam-se aos trabalhadores da estratégia saúde da família. Assim, era preciso ampliar as ações para todos os trabalhadores do SUS. Essa desconstrução para uma nova construção causou certo incômodo. Para Rosa (2003) em “um ‘mundo’ tido como organizado, imutável, o ‘novo’ pode representar uma ameaça ao instituído, à ordem, assim, pode ser visto com restrição” (p. 21). Porém, Freire (2006) refere que é fundamental

aceitar o novo e correr riscos, mudar. A mudança ao instituído é uma das essências da proposta da política de EPS e isso pode ser percebido logo no início do movimento no Paraná.

De qualquer modo, a partir das diretrizes da ESPP, acertadas na reunião de Curitiba, os técnicos das 22 RS, representantes do gestor estadual, assumiram a implantação e estruturação desses Polos Regionais de Educação Permanente em Saúde. Primeiramente, as discussões do modo como eles se organizariam aconteceram com os gestores municipais e, posteriormente, foram organizadas oficinas, com o apoio da ESPP, já com a participação das representações dos segmentos do quadrilátero.

Esses movimentos iniciais foram importantes, uma vez que, por meio deles, os sujeitos começaram a entender a necessidade de construção coletiva, voltada às demandas locais. Com o passar do tempo os representantes oficiais dos polos entenderam que as reuniões deveriam ser abertas para todos os interessados.

*Nós não estamos mais tão fixados nesse papel de representação. Nós convidamos para a reunião quem quiser. É uma característica do Paraná, porque para nós a discussão é mais importante do que o papel. O que a gente tenta garantir é a representação do segmento.* (M6)

A ampliação da participação de diversos atores revelou-se democrática. Porém, por outro lado, como era de se esperar, potencializou as discussões no interior dos polos, demandando maior empenho de todos nas negociações para chegar aos acordos, aumentando a complexidade dos modos operantes em torno da EPS.

No interior desse movimento foram identificadas percepções a respeito das representações dos segmentos nos Preps, sendo algumas apontadas pelos sujeitos desta pesquisa.

A representação do gestor estadual foi considerada importante devido à significativa participação de seus representantes e do apoio financeiro para a realização das reuniões. Contudo outros relatos indicam a dificuldade de articulação desse segmento com os demais.

Quanto aos gestores municipais, há menção das suas contribuições, mas, ao mesmo tempo, considerados imediatistas por esperarem retorno financeiro

rápido e resultados em curto prazo das discussões e dos processos que eram articulados com os trabalhadores de saúde. Em geral, não compreenderam a dinâmica da política de EPS.

No que diz respeito ao segmento de serviços de saúde, a motivação para a participação estava alicerçada na potencialidade da proposta de EPS em permitir a discussão do processo de trabalho e, conseqüentemente, provocar mudanças no modelo de atenção à saúde.

Os representantes da formação tiveram um papel relevante na vivência do processo, pois acumulavam experiências com EPS.

*[...] a instituição formadora desde o primeiro momento [...] nos apoiou e nós também as apoiamos, porque é uma via de mão dupla. [...] a gente está aprendendo muito com eles e eles aprendendo com a gente. Estamos conseguindo uma grande associação, que eu acho que é fundamental para mudar o modelo de organização para associar a teoria à prática.* (M1)

Confirmando o apresentado, o estudo de Campos e colaboradores (2006), em polos do Brasil, constatou que as instituições de ensino contribuíram significativamente nas atividades no sentido de elaborar e executar projetos e cursos de capacitação. Salienta-se que desde a década de 1990 já se discutia a relevância da participação das universidades no desenvolvimento da EPS (Almeida, 1997).

No presente estudo alguns representantes do controle social desconheciam o seu papel no polo e os conceitos da política; talvez por isso tenha havido relatos sobre a participação incipiente desse segmento. Em decorrência disso, cursos de formação de conselheiros foram realizados e aspectos positivos surgiram.

*[...] a gente começou já perceber essa mudança de atitude nas conferências municipais de saúde, porque a gente investiu muito em formação de conselheiros.* (M3)

Os conselheiros de saúde são atores importantes para a efetivação do SUS. Kleba e colaboradores (2007) afirmam que o polo constitui espaço privilegiado de encontro e integração regional, podendo fortalecer os atores locais, visando que estes coletivamente se mobilizem em prol da melhoria das

condições de vida da população.

Por fim, salienta-se que o processo de implantação dos polos no Paraná foi dinâmico. Os trabalhadores vivenciavam conquistas de espaços de discussão e pactuações e, com essas conquistas, ajudavam no desenvolvimento da EPS.

## Desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde

O desenvolvimento da política de EPS foi explorado por meio das categorias “atividades desenvolvidas nos polos” e “vivenciando a EPS”.

A partir da consolidação dos polos diversas atividades foram realizadas. Algumas voltadas para a divulgação e implementação da política e, outras, tanto para a qualificação dos próprios integrantes das rodas como dos trabalhadores do SUS. Essas foram sendo concretizadas por meio de: fóruns, oficinas, seminários, cursos introdutórios e especializações. Esse movimento pode ser assim resumido:

*[...] não tem período histórico que mostra tanta articulação em torno da formação. (M1)*

Dentre as atividades desenvolvidas o destaque foi para o curso de formação de facilitadores de EPS – estratégia adotada pelo MS para fortalecer a sua implementação. Na presente pesquisa, nos locais em que foi possível concretizá-lo, houve o reconhecimento da contribuição do curso na potencialização da EPS.

*Eu percebi que no nosso Preps, a partir do momento em que houve o curso de formação de facilitadores, acho que foi um gás. (M4)*

No município de Araraquara, no estado de São Paulo, também após a vivência do processo de formação de facilitadores em EPS, sujeitos relataram que os desconfortos e incômodos que sentiram quando analisaram o próprio processo de trabalho foram transformados, não sendo mais os mesmos (Fortuna e col., 2011).

No entanto, as ações desempenhadas por meio dos polos não se limitaram à aprovação de projetos e realização de cursos, mas também a própria dinâmica das reuniões foi essencial com trocas entre os pares.

*Embora as questões relacionadas à apreciação de projetos tenham tomado a maior parte do tempo das atividades dos polos, outras ações foram desenvolvidas e que os caracterizam como espaços de informação, de articulações, de avaliação, de assessoria [...] (M1)*

Ao vivenciarem o processo da EPS nas rodas os sujeitos experimentaram um movimento dialético, no qual surgiram dificuldades/facilidades.

Mesmo considerada a importância da formatação descentralizada dos polos no Paraná, os técnicos das Regionais de Saúde tiveram de lidar com um novo arranjo no trabalho cotidiano.

*E, de repente, nós tivemos que começar a decidir por nós mesmos. Dentro da regional, o que era necessário ou não. Então a gente demorou meses até entrar na nossa cabeça, assim: é a nossa necessidade? Não é a nossa necessidade? Porque não vinha mais nada imposto. (M1)*

Diante dessa dificuldade a parceria com instituições de ensino foi fundamental, pois os atores do segmento da formação já acumulavam experiências com a lógica da EPS, principalmente os das universidades públicas. Além disso, compreendiam melhor a proposta da política e possuíam habilidades para desenvolver os projetos.

*Ninguém tinha ‘know how’ o suficiente para montar os projetos em tão pouco tempo [...]. Quem tinha esse ‘know how’ eram as universidades, que foram nossas grandes parceiras. (M2)*

Diante das necessidades levantadas nos espaços dos polos, os projetos eram escritos, avaliados, aprovados e, após liberação do financiamento, que às vezes era demorada, as práticas educativas aconteciam.

*[...] ações, nós fizemos muitas, mas muitas dessas ações não garantiram a instituição de fóruns locais de EPS, nem a discussão do processo de trabalho de cada município ou cada instituição que compõem o pólo. Isso nós não conseguimos viabilizar ainda. (M1)*

Apesar da intensa realização de ações de EPS, o tempo vivido do processo ainda não havia permitido que os espaços de discussão fossem descentralizados para o âmbito dos municípios e para as

instituições/organizações representadas nos Preps. No entanto, a participação de representantes de municípios nos Preps facilitou a disseminação das informações, permitindo que iniciativas municipais acontecessem.

*[...] a gente percebeu que nesse curto período de oito meses alguns municípios já tiveram a iniciativa de fazer os seus próprios projetos e seus próprios temas e suas próprias necessidades. (M3)*

Assim, se o movimento da política prosseguisse, com o tempo seria possível registrar outras experiências positivas e implantar Núcleos de Educação Permanente em Saúde (Neps) nas cidades paranaenses. No município de Embu, São Paulo, com a criação de um Neps passou a existir à possibilidade de discutir os problemas/nós críticos do trabalho, com a construção coletiva de soluções. Isso foi valorizado pelos próprios participantes das rodas (Carotta e col., 2009). Os Neps podem ser um potente instrumento de gestão do processo de trabalho em saúde.

As diferenças de compreensão entre os sujeitos sobre o conceito de EPS foi outra dificuldade/facilidade que permeou o processo desenvolvido nos polos. Alguns, dadas as suas experiências anteriores, nas diversas áreas programáticas, entenderam a EPS somente como cursos e os polos como instâncias de aprovação de projetos e liberação de financiamento. Outros, sabendo da potência da estratégia para articular os diversos atores e promover transformações nas práticas sanitárias, influenciaram positivamente as decisões. Portanto, a materialidade de um conceito não é universal, depende do contexto em que é vivenciado ao longo da vida das pessoas.

Como visto, mesmo permeado por dificuldades/facilidades, o processo vivenciado nos Preps resultou no desenvolvimento de muitas ações. Para que esse movimento avançasse ainda mais era preciso refletir sobre o futuro da política.

## Sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde

As categorias “percepções acerca do processo de EPS” e “futuro da política de EPS” permitiram compreender alguns pontos essenciais para a sustentabilidade da política de educação permanente em saúde.

Mesmo com referências a respeito da insuficiente compreensão dos gestores municipais - aquele que ocupa o lugar de governo - sobre a dinâmica da EPS, o comprometimento deles com a política constitui uma das condições fundamentais para a continuidade do movimento no Paraná.

*[...] eu não vejo muita perspectiva se os gestores, que é para quem as normas são escritas, num primeiro momento, não assumirem isso como uma diretriz de trabalho e se os próprios gestores não assumirem isso como uma ferramenta no sentido de reverem a sua própria prática o seu próprio processo de trabalho. (M5)*

Essa percepção pode estar relacionada ao lugar institucional de governo que o gestor ocupa, cuja posição indica a responsabilidade pela condução do sistema de saúde (Merhy, 2004a). Mas, apesar desse papel decisivo na liderança da política de saúde, ele não governa sozinho. Também os outros atores do campo da saúde detêm certa governabilidade sobre os processos produzidos (Merhy, 2004a; Feuerwerker, 2005). Assim sendo, a governabilidade se expressa em meio à luta pelo poder, as várias intenções e ideologias dos sujeitos (Feuerwerker, 2005).

Desse modo, a efetivação da política depende tanto do compromisso assumido pelo gestor e de sua compreensão da EPS quanto dos modos como enfrenta os conflitos e negocia os acordos com os trabalhadores de saúde.

De acordo com Testa (1995), o poder cotidiano, que no caso da EPS seria desenvolvido pelos trabalhadores de saúde que atuam diretamente com a população, pode se tornar um poder de maior envergadura, definido como “societal”, e influenciar a forma como os serviços de saúde estão organizados.

Outro aspecto apontado como condição para a sustentabilidade da política é a prática da avaliação para analisar se as ações realizadas por meio dos polos repercutem no aumento da qualidade das ações e serviços de saúde prestados no SUS.

*Isso é uma coisa importante, a avaliação é muito importante. Mostrar o que está sendo feito, o impacto, para que realmente possa consolidar [...] (M1)*

A identificação dessa necessidade demonstra coerência com um dos fundamentos da política, que propõe identificar os efeitos das ações desenvolvi-



das por meio de mecanismos de monitoramento e avaliação dos processos de EPS, visando “ordenar e/ou reordenar cada articulação interinstitucional na política de formação para a área da saúde” (Ceccim e Feuerwerker, 2004, p. 52).

Hartz e Vieira da Silva (2005) referem que não se pode limitar a avaliação à dimensão instrumental da ação. Esta deve ser tida como campo, enquanto rede de relações entre agentes e instituições. A avaliação toma como objeto as práticas do cotidiano do trabalho, nos seus diversos âmbitos, envolvendo as intervenções sociais planejadas.

Intervir no modelo gerencial foi destacado como estratégico para a garantia do prosseguimento da política de EPS.

*[...] o grande problema [...] é que o discurso do Estado é retroativo para a metodologia da EPS, [...] o modelo gerencial é vertical, não permite atuação. A segmentação, a departamentalização não permite. Isso vale para o ministério também. (M1)*

No Brasil, entre outros, Cecílio (2006), Campos (1998) e Merhy (2006) destacam a necessidade de práticas gerenciais libertárias e inovadoras que possibilitem ao trabalhador, contextualizado na micropolítica do trabalho vivo em saúde, a oportunidade para ver/ouvir/sentir o processo de trabalho. Essa concepção se contrapõe aos princípios da administração científica de Taylor e da racionalidade gerencial hegemônica proposta por meio do comando organizacional de Fayol, um processo de trabalho burocratizado e/ou verticalizado (Cecílio, 2007). Para mudar essa lógica das estruturas organizacionais da saúde é preciso acontecer amplas alterações e a EPS é uma das ferramentas que pode ser utilizada para que isso aconteça, pois tem a potência de produzir um processo de trabalho articulado, horizontal, participativo e dentro das reais necessidades dos trabalhadores e usuários do SUS.

Também, diante das alterações que estavam sendo propostas por meio da portaria nº 1.996/GM/MS, uma delas a de trocar a designação de Peps para a de Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço em Saúde (Cies), vinculadas aos Colegiados de Gestão Regional em Saúde (CGR) (Brasil, 2007), os sujeitos desta pesquisa, considerando o já vivido e praticado, analisaram que a política continuaria.

*Eu acho que a EPS como uma política do governo se mantém, porque ela é uma boa política, mas haverá mudanças no seu modelo estrutural [...] (M1)*

Embora a avaliação tenha sido positiva em relação ao futuro da política de EPS, não se pode deixar de considerar certa característica de descontinuidade das políticas brasileiras. Parece haver um “constante recomeçar em um ‘tempo zero’, em que a história é negada, os saberes são desqualificados, o sujeito é assujeitado, o sujeito não flui, porque antropomorfiza-se o conhecimento e objetifica-se o sujeito” (Collares e col., 1999, p. 214).

Desse modo, ao-finalizar a discussão desta pesquisa surgiram às indagações: Como os integrantes das Cies estão conduzindo a política de EPS? Que concepções educativas estão sendo produzidas?

De maneira breve, tentando iniciar a reflexão sobre a problemática levantada, buscaram-se algumas informações. Em estudo realizado no Brasil, Viana (2010) apresenta os três Estados da região Sul do país como os que estavam com as Cies regionais alinhadas às CGR e com as Regiões de Saúde. O alinhamento é importante, mas é preciso ao mesmo tempo compreender as práticas educativas produzidas.

Pesquisa realizada no Rio Grande do Sul demonstra que as concepções educativas apresentadas nos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde das Cies aparecem com forte predomínio de práticas reiterativas com bases tecnicistas. Elas são importantes, porém a sua unicidade preserva o instituído, distanciando as práticas sanitárias da inovação, da transformação (Silva e col., 2011). Em Santa Catarina, sobre a organização, estrutura e contexto das Cies, Ferraz (2011) aponta, entre outras, as necessidades de “organizar uma proposta de revisão do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde” e “melhorar a estrutura e divulgação da CIES” (p. 343).

No Paraná, sobre a organização da política de EPS em 2007, mesmo com a publicação da portaria nº 1.996/GM/MS, por meio da deliberação nº 95/2007 da Comissão Intergestores Bipartite do Paraná (CIBPR), foi definida a manutenção da designação de Preps para as Cies, e em relação às CGR manteve-se a nomenclatura existente de Comissão Intergestores Bipartite Regional (CIB Regional) (Paraná, 2010). A Escola de Saúde Pública (ESPP) e

o Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha, integrados com as Cies/Preps, buscam desenvolver a EPS atendendo às demandas vindas das regiões do Estado, sempre com a aprovação dos CGR/CIB Regional (Paraná, 2010).

A ESPP é considerada a articuladora e coordenadora do processo da política de EPS no Paraná. Para seu fortalecimento foi proposto, no Plano Estadual de Saúde do Paraná 2012-2015, que a ESPP fosse credenciada “às instâncias e órgãos educacionais para tornar-se mais efetiva e autônoma no cumprimento de sua missão” (Paraná, 2013a, p. 97). Essa proposta foi efetivada em 9 de abril de 2013 (Paraná, 2013b).

Em relação às práticas educativas, Viana (2010) evidencia que as Cies paranaenses “precisam assumir o papel de agregadores de processos educacionais mais baseados na educação permanente e isto tem se demonstrado a principal dificuldade para se efetivar a atual política” (p. 77).

Enfim, seja qual for o cenário e os arranjos efetivados para que a política de EPS não seja interrompida, é necessário superar a tendência de implantação de programas de governo e avançar na construção de políticas de Estado. Concordando com Sposati (2006), programas “são aqueles com marcas e durabilidades de uma gestão, não têm continuidade pelas marcas que carregam de seus progenitores. Políticas de Estado promovem direitos de cidadania e, por isso, são necessariamente continuadas” (p. 137).

## Considerações finais

A implantação descentralizada de polos no Paraná foi relevante. Na perspectiva dos sujeitos permitiu que vários deles transpusessem a posição de espectadores para protagonistas do próprio processo de educação. A alma dos serviços de saúde é a produção do cuidado e cuidado é feito por gente e gente precisa pensar no que faz (Merhy, 2004b). No âmbito institucional permitiu que a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná resgatasse o seu papel de articulador e fomentador da educação permanente daqueles que produzem as ações de saúde no cotidiano do trabalho, em parceria com universidades públicas e privadas e com os Conselhos de Saúde.

Mesmo diante de dificuldades, o diálogo e os acordos nas rodas entre representantes do “quadrilátero” aconteceram e os modos operativos da política

foram praticados/experimentados de forma única no Estado. Isso foi possível porque os idealizadores da política a arquitetaram de maneira a permitir construções singulares, em cada realidade mutável.

Como, em geral, a implantação de novas propostas no campo da saúde pública produz embates políticos e ideológicos, isso também esteve presente na política de EPS.

No Paraná, o poder decisório sobre a formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde para o SUS primeiramente esteve focalizado nas universidades (PCSF). Depois, mais democrático, foi distribuído entre a gestão, os serviços, a formação e o controle social (Preps), mesmo que com distintos graus de conhecimento e de poder. Atualmente, está mais centralizado na gestão (Cies).

A compreensão, mesmo que em parte, da experiência dos atores envolvidos no processo de implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da política de EPS no Paraná permite refletir sobre a complexidade e a subjetividade que permeiam a materialização de uma política pública em saúde em um cenário.

## Referências

- ALMEIDA, M. J. de. Educação permanente em saúde: um compromisso inadiável. *Olho Mágico*, Londrina, v. 5, n. 14, p.41-47, 1997.
- ASCHIDAMINI, I. M.; SAUPE, R. Grupo focal, estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 9, n. 1, p. 9-14, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 198/GM/MS. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e do desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 fev. 2004. Seção 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.996/GM/MS. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 ago. 2007. Seção 01.

- CAMPOS, F. E. et al. Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. *Cadernos RH Saúde*, Brasília, DF, v. 3, n. 1, p. 41-51, 2006.
- CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, 1998.
- CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR, J. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, p. 48-51, 2009. Suplemento 1.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.
- CECÍLIO, L. C. O. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- CECÍLIO, L. C. O. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 345-351, 2007.
- COLLARES, C.; MOYSES, M. A. A.; GERALDI, J. W. Educação continuada: a política da descontinuidade. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 20, n. 68, p. 202-219, 1999.
- FERRAZ, F. *Contexto e processo de desenvolvimento das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço*: perspectiva dos sujeitos sociais pautada na concepção dialógica de Freire. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.
- FEUERWERKER, L. C. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, 2005.
- FONSECA, M. I. F. et al. Polos de educação permanente em saúde: implantação e operacionalização no Ceará. In: SANTOS, J. B. F. (Org.). *Recursos humanos em saúde*: diagnósticos e reflexões. Fortaleza: Eduece: Cetrede, 2008. p. 173-199.
- FORTUNA, C. M. et al. Movimentos da educação permanente em saúde, desencadeados a partir da formação de facilitadores. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 411-420, 2011.
- FREIRE, P. *Pedagogia dos sonhos possíveis*. São Paulo: Unesp, 2001.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia*: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2006.
- HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *Avaliação em saúde*: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EdUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- KLEBA, M. E.; COMERLATTO, D.; COLLISELLI, L. Promoção do empoderamento com conselhos gestores de um polo de educação permanente em saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 335-342, 2007.
- MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. et al. (Org.). *O trabalho em saúde*: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2004a. p. 15-35.
- MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Ver-SUS Brasil*: caderno de textos. Brasília, DF, 2004b. p. 108-137.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde*: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 71-112.

- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MORIN, E. *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. 12. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Políticas de Atenção Primária em Saúde. *Plano de educação permanente em saúde do Estado do Paraná*. Curitiba, 2010.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. *Plano estadual de saúde do Paraná 2012-2015*. Curitiba, 2013a.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. *Escola de Saúde Pública passa a oferecer cursos de especialização*. Curitiba, 2013b. Disponível em: <<http://www.sesa.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=2928&tit=Escola-de-Saude-Publica-passa-a-oferecer-cursos-de-especializacao>>. Acesso em: 9 abr. 2013.
- ROSA, S. S. *Construtivismo e mudança*. São Paulo: Cortez, 2003.
- SILVA, A. A. et al. Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 340-348, 2011.
- SPOSATI, A. Gestão pública intersetorial: sim ou não?: comentários de experiência. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 85, p. 133-141, mar. 2006.
- TESTA, M. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995.
- VIANA, A. L. D'A. (Coord.). *Recursos humanos e regionalização da saúde: programa de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Educação Permanente: relatório*. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2010. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/monitoramento\\_020810.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/monitoramento_020810.pdf)>. Acesso em: 8 abr. 2013.

Recebido em: 22/04/2012

Reapresentado em: 14/04/2013

Aprovado em: 04/06/2013