

Polos de Educação Permanente em Saúde:

uma análise da vivência dos atores sociais no norte do Paraná

Sônia Cristina Stefano Nicoletto¹
 Fernanda de Freitas Mendonça²
 Vera Lúcia Ribeiro de Carvalho Bueno³
 Eliane Cristina Lopes Brevilheri⁴
 Daniel Carlos da Silva e Almeida⁵
 Lázara Regina de Rezende⁶
 Gisele dos Santos Carvalho⁷
 Alberto Durán González⁸

Introdução

Em 2004, por meio da Portaria GM nº 198/2004, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) como uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor (Brasil, 2004). A política de EPS objetiva a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando, como referência, as necessidades de saúde das populações e a organização da gestão setorial (Brasil, 2007a).

Para a condução desta política, foram implantados os Polos de Educação Permanente em Saúde (Peps), instâncias de gestão com uma composição embasada no “quadrilátero” configurado por: **gestores** estaduais e municipais de saúde; **formadores** contemplando instituições com cursos para os trabalhadores da saúde; **serviços de saúde** representados pelos trabalhadores da área, e pelo **controle social** ou movimentos sociais de participação no sistema de saúde (Brasil, 2004).

Para Ceccim (2005a), a EPS pode ser definida como a ação pedagógica que enfoca o cotidiano do trabalho em saúde e o leva à autoanálise e à reflexão de processo. A EPS avança no sentido multiprofissional e na construção coletiva por meio das experiências vivenciadas de novos conhecimentos, que podem gerar novas práticas. Assim, “a política de educação permanente em saúde congrega, articula e coloca em roda/em rede diferentes atores, destinando a todos um lugar de protagonismo na condução dos sistemas locais de saúde” (Ceccim, 2005b, p.977).

No Paraná, para uma maior descentralização da política de EPS, foram implantados vinte e dois Polos Regionais de Educação Permanente em Saúde (Preps), correspondentes às regiões abrangidas pelas Regionais de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde. Após essa implantação, cada região - norte, noroeste, oeste, centro sul, campos gerais e leste - articulou a formação de um Polo Ampliado de Educação Permanente (Paeps), expandindo as rodas de discussões e as ações de EPS (Paraná, 2006).

Conquistados os espaços de discussão, tornou-se prioritário qualificar os sujeitos envolvidos com a proposta da EPS. Nesse sentido, a partir do

¹ Enfermeira. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 18ª Regional de Saúde de Cornélio Procópio, Seção de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria. Rua Justino Marques Bonfim, 27, Conjunto Vitor Dantas. Cornélio Procópio, PR, Brasil. 86.300-000 sonianicoletto@sesa.pr.gov.br

² Enfermeira. Departamento de Enfermagem, Faculdade Integrada de Campo Mourão.

³ Cirurgiã-dentista.

⁴ Assistente social. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

⁵ Fisioterapeuta.

⁶ Cirurgiã-dentista. Secretaria Municipal de Saúde de Londrina.

⁷ Farmacêutica-bioquímica. Secretaria Municipal de Saúde de Londrina.

⁸ Farmacêutico-bioquímico. Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina (CCS/UUEL).

⁹ Marcio José de Almeida. Médico. Departamento de Saúde Coletiva, CCS/UUEL.

segundo semestre de 2004, o Ministério da Saúde (MS), em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp), iniciou um processo de formação de facilitadores de EPS em todo o país (Ceccim, 2005c).

Após três anos da implantação da política de EPS no Paraná - considerando todas as articulações e ações já desenvolvidas nas rodas de discussão até o primeiro semestre de 2006 - tornou-se relevante conhecer este processo, especialmente no momento em que se iniciava a revisão da Portaria GM nº 198/2004, processo este que culminou na publicação da Portaria GM/MS nº 1.996, em 20 de agosto de 2007 - atuais diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2007b).

Com o objetivo de analisar o processo de implantação e desenvolvimento da política de EPS no Paraná, foi proposta e encontra-se em desenvolvimento uma pesquisa¹⁰ que, em sua primeira dimensão, abrange as seis regiões do estado - norte, noroeste, oeste, centro sul, campos gerais e leste - e a segunda, o município de Londrina. A finalização da pesquisa - duas dimensões - está planejada para março de 2009. O presente artigo apresenta dados da região norte, considerando que o início da pesquisa deu-se nessa área, e cujos dados se encontram sistematizados e analisados.

¹⁰ A pesquisa está sendo financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Edital MCT- CNPq/ MS-SCTIE-DECIT Nº 23/2006, Coordenadora: Elisabete de Fátima Pólo de Almeida Nunes.

Trajatória metodológica

A pesquisa utiliza uma abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2006), a abordagem qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, e aprofunda-se no mundo dos significados das ações e das relações humanas.

Como método de coleta de dados, foram utilizados grupos focais e, para moderá-los, construiu-se, previamente, um roteiro, validado por uma especialista, com questões que estimulassem a reflexão coletiva e permitissem a sua utilização em rodas de conversa. Essa técnica de coleta foi selecionada por favorecer a construção coletiva do conhecimento (Aschidamini, Saupe, 2004).

As questões norteadoras foram desenvolvidas de forma a instigar uma discussão ampla, abordando temas como: o processo de implantação dos polos, a compreensão da política de EPS, as ações implementadas, e as perspectivas quanto ao futuro da política de EPS.

Como o presente artigo diz respeito à região Norte, a seleção dos participantes foi realizada pelos coordenadores dos cinco Preps (16, 17, 18, 19 e 22) que compõem o Paeps norte. Os pesquisadores solicitaram que os sujeitos tivessem participado dos polos desde a sua implantação, sendo quatro pessoas por Preps, buscando contemplar os distintos segmentos do "quadrilátero". Esse processo resultou na participação dos seguintes sujeitos: seis gestores estaduais, três gestores municipais, três docentes representando as instituições formadoras de trabalhadores para a saúde, cinco trabalhadores de saúde representando os serviços de saúde, e dois representantes do controle social.

A coleta de dados foi realizada em Cornélio Procópio, sede da 18ª Regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde, em dezembro de 2006, por meio de dois grupos focais. Cada grupo contemplou a representação dos cinco Preps e dos distintos segmentos representados nos polos. Esta opção não buscou obter e analisar as falas por segmentos e, sim, permitir a expressão das partes para o entendimento do todo em uma roda de EPS.

O material proveniente dos dois grupos foi transcrito e analisado por meio da análise temática. Segundo Bardin (1979, p.105), "o tema é a unidade de

significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”.

Seguindo as orientações de Goldim (2000), os participantes foram identificados por códigos a fim de se assegurar o sigilo de sua identidade. Nesse sentido, cada grupo focal foi identificado com as letras A e B, cujos respectivos participantes foram numerados (A1, A2, ... B1 etc.), conforme a ordem em que se apresentaram nos grupos.

A análise foi desenvolvida em três momentos. No primeiro, o material foi organizado e se definiram: as unidades de registro, as unidades de contexto e as categorias. No segundo momento, aprofundou-se a análise do material reunido e, no terceiro, consolidou-se por completo a análise.

Deste processo emergiram seis categorias, originando um relatório preliminar. As categorias “aproximações com a EPS” e “formatação dos polos e articulações” descreveram o processo de implantação dos cinco Preps e do Paeps norte. Na categoria “vivenciando a EPS” encontram-se os distintos sentimentos nas primeiras aproximações com a política, a compreensão sobre EPS e a vivência nos polos. Na categoria “atividades desenvolvidas nos polos”, foram descritas as ações de EPS realizadas e o desenvolvimento do curso de formação de facilitadores em EPS na região. Nas categorias “percepções acerca do processo de EPS” e “futuro da política de EPS”, encontram-se expressas: dificuldades, necessidades, contribuições e percepções a respeito do futuro política de EPS.

O presente artigo enfoca a categoria “vivenciando a EPS”, opção considerada relevante para se iniciar a divulgação dos resultados da pesquisa. Os dados das demais categorias estão sendo analisados novamente, em conjunto com as outras cinco regiões do Paraná, com intenção de torná-los públicos posteriormente. A pesquisa respeitou os princípios éticos definidos na Resolução 196/96 (Brasil, 1996), sendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina.

Resultados e discussão

Na categoria “vivenciando a EPS”, o discurso coletivo dos sujeitos revelou: distintos sentimentos nas primeiras aproximações com a política, a compreensão sobre EPS, e a vivência nos polos. Esses fenômenos são apresentados nas subcategorias a seguir, para as quais destacamos falas representativas.

Sentimentos despertados nas primeiras aproximações com a EPS

Na proposta da política da EPS, quando se trabalha em rodas não há um comando vertical e obrigatório. Todos podem participar das discussões. Nas rodas, todos os atores podem levantar as necessidades e elaborar estratégias coletivamente que se destinem a intervir na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde (Brasil, 2005a). Como as práticas hegemônicas no processo de trabalho em saúde são individuais e fragmentadas, esta forma de construção coletiva de ações, para solucionar os problemas levantados no cotidiano, parece algo complexo.

Em suas primeiras aproximações com a EPS, tendo, ainda, pouco conhecimento sobre a proposta da política, os sujeitos relatam que tiveram sentimentos de desconfiança e, até, descrédito em relação ao processo, seguido de resistência diante do novo, conforme as falas:

“Não houve um entendimento da construção coletiva [...] não existiu o entendimento que esta construção devesse acontecer. É mais fácil receber pronto, do que fazer esta construção” (B3);

“Essa resistência que muitas pessoas têm aos Pólos e à Educação Permanente em Saúde, eu acho que é [...] medo da mudança [...]. Eu acho que é [...] medo do desconhecido [...]” (A7).

Rosa (2003) afirma que o novo representa, quase sempre, uma ameaça à ordem, ao estabelecido, ao já absorvido e acomodado, portanto, muitas vezes, é recebido com reservas. Acrescenta, ainda, que a resistência não está relacionada com a mudança em si, mas com o trabalho que toda mudança

desencadeia, o qual consiste em rever-se. Também, Morin (2002) salienta que o novo pode despertar rejeição em sujeitos, uma vez que, presos às teorias, ficam incapazes de aceitar as novidades.

No campo da EPS, o novo se apresenta. Não há passos e receitas prontas para seguir e, assim, sempre se estará lidando com o desconhecido (Matumoto, Fortuna, Santos, 2006). Mas, apesar dos riscos que possam significar este encontro com o desconhecido, é fundamental estar receptivo ao novo (Freire, 2006).

Essa recepção ao novo foi sendo possível à medida que foram vivenciando a EPS. Por meio da participação nas rodas de discussão, os sujeitos da pesquisa relataram que, paulatinamente, esses sentimentos e atitudes foram se modificando, e mudanças, ainda que tímidas, aconteceram nos diferentes espaços de trabalho. Pode-se enfatizar:

[...] sentimos que algumas Regionais de Saúde reclamam muito que os PREPS só vieram para atrapalhar e não seria isto. Ele veio para a gente estar trabalhando coletivamente, para a gente sair daquelas caixinhas que a gente trabalhava e foi onde nós conseguimos trabalhar realmente com demandas, hoje nós sentimos o trabalho/serviço com melhor qualidade [...]. (B2)

A percepção, a vivência e a admissão, pelos sujeitos, dos desconfortos existentes relacionados às suas práticas de saúde é que podem, efetivamente, promover mudanças no processo de trabalho (Ceccim, 2005a).

A compreensão da EPS e a vivência nos polos/rodas

A partir da instituição da política de EPS, foram realizados eventos, no âmbito do Paraná, com o objetivo de disseminar e esclarecer a proposta. Apesar do destaque dos sujeitos da pesquisa em relação à importância destes eventos que contribuíram para a compreensão de que a EPS era algo que não vinha pronto, mas deveria ser construído coletivamente, a partir das demandas locais persistiram dificuldades para se entender a EPS, não somente como instrumento de realização de projetos e cursos, mas como um processo relacionado à mudança de práticas:

“Eu achava que era uma instância que nós íamos ter esses parceiros, a formação, o gestor municipal, o gestor estadual para discutir projetos e aprovar projetos. Minha primeira idéia foi essa” (A2);

“A dificuldade maior é pensar que Educação Permanente não é só projeto, curso [...] tem que ter uma mudança de prática” (A5).

Estas dificuldades podem ser decorrentes das experiências dos sujeitos com as tradicionais ofertas de cursos, comuns nas diversas áreas programáticas ou de políticas de atenção e vigilância à saúde. Este tipo de formação acrescenta aos indivíduos conhecimentos para práticas renovadas, aprimora suas competências e atualiza-os para o desempenho de suas atribuições com responsabilidade, podendo ser, inclusive, utilizada para apreender a EPS. Este processo faz parte do contexto dos trabalhadores de saúde. Entretanto a EPS traz um novo enfoque.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (Brasil, 2004, p.5).

A não apreensão dos objetivos da EPS pelos diversos atores envolvidos na saúde fez com que os polos espaço operacional da política fossem, inicialmente, compreendidos como estruturas burocráticas criadas pelo governo para a transferência de recursos financeiros.

Este entendimento levou instituições a se envolverem nos polos motivadas pela intenção de atender a seus interesses imediatos, e pela expectativa de que este espaço permitiria viabilizar recursos financeiros para seus projetos:

“[...] eu não entendia o que estava acontecendo, mas eu entendia que existia um grande interesse financeiro por parte dos segmentos que vinham participar” (B7); “Todo mundo estava focado no financeiro” (A9);

“[...] o que despertou o interesse do município nesse processo de formação foi o incentivo financeiro [...] foi um dos pontos que fez o município participar [...]” (B5).

O aspecto financiamento, também, foi uma das motivações para a participação de representantes de segmentos. Contudo, no decorrer do processo, à medida que os segmentos tinham os interesses viabilizados, seus representantes afastavam-se dos polos, acarretando desmotivação para a participação de outros segmentos. Segue, aqui, um discurso relacionado ao afastamento do segmento das instituições de ensino:

[...] há um distanciamento dos polos porque as instituições formadoras viabilizaram diversos cursos a partir do polo e a alegação deles é que eles estão administrando esses cursos e não tem mais tempo para participar do polo [...]. É que já comeram seu pedaço de bolo e alguns outros setores acabaram, principalmente os municípios, [...] meio que se distanciando. (B1)

Isso não ocorreu somente nos polos aqui estudados. Campos et al. (2006) referiram que a falta de processos sistematizados de acompanhamento das atividades fez com que os polos fossem vistos como fonte de captação de recursos para o financiamento de projetos. Os mesmos autores expressam a necessidade de existir uma descentralização dos recursos financeiros, isto é, de repasse “fundo-a-fundo” - do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais ou Municipais de Saúde. Esta sistemática facilitaria o financiamento de projetos, contudo, não garantiria o acompanhamento das atividades implementadas o que deveria estar previsto nos projetos por meio de indicadores de avaliação de processo e de resultado e, sua análise, constar no relatório final das atividades.

Além do aspecto financeiro, houve outros interesses que motivaram a participação nos polos.

Eu acho que são diversos interesses que convergiram para a composição do polo. Por exemplo: o município queria formar seus profissionais sem ter essa visão de formação de serviço, as instituições formadoras queriam viabilizar a venda dos seus cursos e viabilizar projetos [...], o controle social queria sua formação [...], junto com os discentes que queriam mais uma participação ativa, mas também queriam a formação [...]. (B1)

Merhy (1997) argumentou que, quando se chega a um lugar como um Centro de Saúde, que possui trinta trabalhadores, por exemplo, necessariamente encontra-se uma dinâmica profundamente complexa, se considerarmos o conjunto de autogovernos em operação e o jogo de interesses organizados como forças sociais. No espaço dos polos, isso, também, não era diferente. Existiam interesses diversos e, muitas vezes, contrários entre si, refletindo a diversidade de intenções e características que envolvem um trabalho coletivo.

Essa diversidade de interesses e a pouca capacidade de negociações entre os sujeitos fez com que, nas rodas, surgissem atitudes autoritárias em um espaço democrático, como evidenciado:

Como se a gente tivesse num processo de ditadura e democracia [...]. Eu faço um discurso todo democrático, mas, na hora de efetivar tem que ser assim! A gente se sente um pouco que usado neste processo, onde você é convidado para discutir, onde você é convidado para propor e depois é convidado para legitimar. Olha, vocês tomaram conhecimento de tudo, mas tem que ser assim [...]. (B9)

O conjunto de atores com interesses individuais e coletivos divergentes, no âmbito dos polos, é afetado e afeta a proposta de mudança de práticas feita pela política de EPS. Conforme Giovannella (1989), os sujeitos sociais, quando incorporados ao Estado, transformam-se em atores sociais, e, se ligados à saúde, constituem-se em atores de saúde. Em suas ações, esses atores põem em movimento suas capacidades, seu poder, tornando-se forças sociais. No desenvolvimento de ações de saúde, cria-se uma relação entre os atores, um campo de forças, que representa a tensão gerada entre os distintos atores ante uma ação proposta por algum deles. A combinação desses campos de força conforma o espaço onde ocorrem as decisões, os conflitos e as próprias ações de saúde.

Os conflitos de interesses presentes nas rodas de discussão, segundo os sujeitos do estudo, em geral, não foram encarados como parte do processo de implantação da política e, por isso, foram combatidos. Muitas vezes, o conflito é repudiado por causar inquietações e contrariedade nos sujeitos; porém, é por meio desses que se evidenciam diferenças numa sociedade que se empenha em produzir homogeneização.

Campos (2007) observa que os processos conflituosos fazem parte do cotidiano das pessoas, e aprender a enfrentá-los é uma forma de ampliar a capacidade de análise sobre si mesmo, os outros e o contexto, aumentando, por consequência, a possibilidade de agir sobre estas situações. Assim, os conflitos, à medida que são encarados, “trazem consigo a possibilidade de inclusão e produção da mudança, movendo as pessoas do lugar da conservação para o lugar da transformação” (Brasil, 2005b, p.100).

Compartilhar e refletir sobre as ações coletivamente possibilita a troca de experiências positivas e a amenização das frustrações. Assim, à medida que participantes foram compreendendo a proposta de EPS, no decorrer dos vários encontros organizados nos espaços dos polos, passaram a participar, a escutar, a conversar, a respeitar as ideias dos outros.

Eu lembro que no começo o pessoal não vinha. Aí a partir do momento que eles foram ouvindo [...], fui sentindo que realmente eles começaram a participar, a discutir mais, a trazer realmente os reais problemas [...]. (A9)

Lembro uma certa hora na reunião, já estava todo mundo perdendo a paciência, ninguém tinha o hábito de conversar. Ah! Vamos dividir o orçamento [...]. E no fundo, eu acho, que cada um de nós estava querendo aquilo. Vamos cada um cuidar da sua vida [...]. E agora no final desses quatro anos [...] nós conversamos (A1).

Ao lidarem com os problemas do cotidiano, passaram a interessar-se mais pelo processo das rodas. Vasconcellos (1995) afirma que, para aprender, é preciso que o objeto de conhecimento tenha algum significado para o sujeito e que, portanto, esse faça parte de sua realidade. Cavalcanti (1999) acrescenta que os adultos estão mais propensos a aprenderem algo que contribua para suas atividades profissionais ou para resolver problemas reais, ou seja, as motivações mais fortes para o aprendizado de adultos são as internas, aquelas que estão relacionadas com: a satisfação por trabalhos realizados, melhora na qualidade de vida, e elevação da autoestima. Dentro desse raciocínio, a política de EPS pode ser considerada como um dos instrumentos impulsionadores da construção de espaços de aprendizagem, para os quais os participantes trazem: suas vivências, os entraves dos processos de trabalho e as reais necessidades de saúde da população, construindo coletivamente os conhecimentos.

Com a existência de diálogo, surgiram afirmações positivas relacionando o comprometimento com o trabalho e com a EPS, assim expresso:

“Quem é comprometido com o trabalho, com certeza [...] se identifica com a educação permanente em saúde” (A8);

“[...] quando se fala em polo eu não penso em curso, penso em momentos de reflexão” (B9).

Para Freire (2001), comprometer-se é ser capaz de refletir, agir e refletir. O compromisso favorece

que o sujeito exponha sua maneira de ser e pensar politicamente, evidenciando seu engajamento com a realidade. Ao experienciá-lo, o homem deixa a neutralidade, que apenas reflete o medo do compromisso (Freire, 2006), posição bastante próxima ao que Merhy (2005) chamou de “pedagogia da implicação”.

Os sujeitos da pesquisa relataram que os polos proporcionaram experiências de processos de trabalho em equipe:

[...] foi o trabalhado em equipe, o que eu achei interessante, o que mais me motivou. Nós do controle social, gestor estadual, gestor municipal, todos juntos tentando, ninguém sabia nada, [...] todo mundo com dificuldade em entender, foi crescendo, tinha desde serviços gerais até o médico que também ouviu a mesma coisa [...] (B5).

Embora, nesses movimentos, possam surgir algumas dificuldades, uma vez que, em uma equipe, são despertadas diversas relações de afeto, poder, trabalho, sociais e culturais, as quais produzem diferentes formas de pensar e agir (Brasil, 2005b), é preciso insistir, porque na medida em que ocorre um trabalho horizontal, em equipe, pode-se romper com conceitos hegemônicos (Almeida, Mishima, 2001).

O trabalho em equipe permite que sujeitos, com habilidades e conhecimentos complementares, se comprometam para atingir um objetivo comum, definido a partir de negociações e pactuações entre as pessoas envolvidas (Ribeiro, Pires, Blank, 2004; Almeida, Mishima, 2001; Piancastelli, Faria, Silveira, 2005). Isto permite a elaboração de projetos pedagógicos, terapêuticos e sociais que se destinem a atender as reais necessidades de saúde de uma pessoa/família/grupo/população no âmbito do SUS (Brasil, 2005b).

O estudo de Farah (2006), realizado com profissionais da equipe saúde da família e profissionais das esferas federal, estadual, municipal e regional, também reconheceu na EPS uma oportunidade para fortalecer o SUS.

O resultado deste estudo e as experiências vivenciadas e relatadas pelos sujeitos da pesquisa corroboram com a afirmação de Ceccim (2005b), ao reconhecer a capacidade da política de EPS para articular e mobilizar diferentes atores, destinando a todos o papel de protagonistas/sujeitos na condução dos sistemas de saúde no âmbito do SUS. Este mesmo autor, em parceria com Merhy e Feuerwerker, valoriza o aspecto político da EPS, ao afirmarem que sua implementação é indispensável para a consolidação do SUS (Merhy, Feuerwerker, Ceccim, 2006).

Considerações finais

Houve um esforço, na comunicação escrita deste artigo, para apresentar a dinâmica do processo de vivência dos atores sociais dos polos de EPS da região norte do Paraná. Contudo, dada a multiplicidade de informações geradas nesse processo, não seria possível registrar a totalidade dos acontecimentos.

Nos Polos/Rodas, os sujeitos experimentaram desconfortos, evidenciaram conflitos e vivenciaram experiências que proporcionaram condições para a superação da compreensão desses espaços como mera fonte de captação de recursos para financiamento de projetos; e para a percepção da EPS como um processo que está relacionado à mudança de prática, possível a partir da problematização do processo de trabalho.

Tais experiências também permitiram o reconhecimento e o respeito às diferenças, ao proporcionarem espaços de escuta, de conversa - de diálogo.

Houve, sobretudo, o reconhecimento da capacidade da EPS em articular e mobilizar atores - gestores, formadores, trabalhadores de saúde e sujeitos envolvidos em movimentos sociais e no controle social - que, trazendo, para os espaços dos polos, suas vivências, fizeram com que essa estratégia ganhasse significado como uma possibilidade ou construção coletiva do conhecimento.

É indispensável registrar que, no decorrer da realização da pesquisa nos polos do Paraná, e, posteriormente, na coleta dos dados na região Norte, importantes acontecimentos envolveram a política de EPS.

Com o Pacto pela Saúde em 2006, gestores, representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), debateram acerca da importância de os polos serem consolidados no âmbito do SUS. Esse movimento, somado às recomendações da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (3ª Conagetes), resultaram no conteúdo da Portaria GM nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que substituiu a designação Polos pelas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço em Saúde (Cies), tal como prevê a Lei Federal nº 8.080/90 (art. 14), vinculadas aos Colegiados de Gestão Regional em Saúde (CGRS). Isso foi um modo de dar forma à designação da regionalização e hierarquização no SUS, em rede única, sistêmica, orientada pela integralidade, descentralização e participação popular.

As modificações promovidas indicam perspectivas positivas para fazer avançar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - uma das grandes estratégias para o fortalecimento do SUS.

Colaboradores

Os autores Sônia Cristina Stefano Nicoletto, Fernanda Freitas Mendonça, Vera Lúcia Ribeiro de Carvalho Bueno, Eliane Cristina Lopes Brevilheri, Daniel Carlos da Silva e Almeida, Lázara Regina de Rezende participaram desde a elaboração do projeto até a redação final do artigo. Os autores Gisele dos Santos Carvalho e Alberto Durán González participaram a partir da fase de coleta de dados até a redação final do artigo. O autor Marcio José de Almeida acompanhou desde a elaboração do projeto até a redação final do artigo, como coordenador do Grupo de Pesquisa em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (GPDRHS/CNPq), do qual todos os autores deste artigo são membros.

Referências

- ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 9, s.n, p.150-3, 2001.
- ASCHIDAMINI, I.M.; SAUPE, R. Grupo focal, estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. **Cogitare Enferm.**, v.9, n.1, p.9-14, 2004.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático de gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: SGTES, 2007a.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1996/GM/MS**, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: MS, 2007b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda**. Brasília: SGTES, 2005a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem Trabalho e Relações na Produção do Cuidado. Brasília: SGTES, 2005b.

- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 198/GM/MS**, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: MS, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96** de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS, 1996.
- CAMPOS, F.E. et al. Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. **Cad. RH Saude**, v.3, n.1, p.41-51, 2006.
- CAMPOS, G.W.S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2007.
- CAVALCANTI, R.A. Andragogia: a aprendizagem nos adultos. **Rev. Clin. Cir. Paraíba**, v.4, n.6, p.33-41, 1999.
- CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface Comunic., Saude, Educ.**, v.9, n.16, p.61-177, 2005a.
- _____. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Cienc. Saude Colet.**, v.10, n.4, p.975-86, 2005b.
- CECCIM, R.B. Prefácio. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores em educação permanente em saúde: orientação para o curso**. Rio de Janeiro: MS / Fiocruz, 2005c. p.11-2.
- FARAH, B.F. **Educação permanente no processo de organização em serviços de saúde: as repercussões do curso introdutório para equipes de saúde da família - experiência do município de Juiz de Fora/MG**. 2006. Tese (Doutorado) Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2006.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2006.
- _____. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.
- GIOVANELLA, L. **Ideologia e poder no planejamento estratégico em saúde: discussão da abordagem de Mário Testa**. 1989. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 1989.
- GOLDIM, J.R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 2000.
- MATUMOTO, S.; FORTUNA, C.M.; SANTOS, H. **O papel do facilitador nas rodas de educação permanente: a produção de subjetividade e o processo grupal**, 2006. [Mimeogr].
- MERHY, E.E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface Comunic., Saude, Educ.**, v.9, n.16, p.172-4, 2005.
- _____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.71-150.
- MERHY, E.E.; FEUERWEKER, L.C.M.; CECCIM, R.B. Educación permanente en salud una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Colect**, v.2, n.2, p.147-60, 2006.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.
- MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez, 2002.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Escola de Saúde Pública do Paraná. **Rede de pólos regionais de educação permanente em saúde**. Disponível em: <<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=7>>. Acesso em: 20 jan. 2006.

PIANCASTELLI, C.H.; FARIA, H.P.; SILVEIRA, M.R. **O trabalho em equipe**. Aula do programa de Especialização em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina. 2005. [Mimeogr].

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saude Publica**, v.20, n.2, p.438-46, 2004.

ROSA, S.S. **Construtivismo e mudança**. São Paulo: Cortez, 2003.

VASCONCELLOS, C. Metodologia dialética em sala de aula. **Revista AEC**, v.21, n.83, p.28-55, 1995.

A política de Educação Permanente em Saúde (EPS) destina-se ao desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. Pretendendo analisar o processo de implantação e desenvolvimento da política no Paraná, uma pesquisa qualitativa, envolvendo as seis regiões do estado, está sendo concluída. Este artigo refere-se aos primeiros resultados da região norte, focalizando a categoria “vivenciando a EPS”. Em dezembro de 2006 realizaram-se dois grupos focais, envolvendo representantes da gestão, formação, atenção e participação. Os dados foram submetidos a análise temática de conteúdo. Nas primeiras aproximações com EPS surgiram sentimentos de desconfiança e resistência e o polo foi compreendido como meio de viabilizar cursos e fonte de financiamento. Observaram-se diversidade de interesses e pouca capacidade de negociação. No transcorrer do processo, os integrantes do estudo começaram a conversar, refletir e participar. Experimentaram positivamente o trabalho em equipe. Esta vivência permitiu reconhecer a potencialidade da EPS em articular e mobilizar diferentes atores.

Palavras-chave: Educação permanente em saúde. Política de saúde. Trabalho em saúde. Educação continuada.

Centers for Permanent Healthcare Education: an analysis on the experience of social players in the north of the State of Paraná

The policy of continuing healthcare education (CHE) aims to develop healthcare workers. With the objective of analyzing the process of implementing and developing the policy in Paraná, a qualitative study involving the six regions of this state is being concluded. This paper relates to the results from the northern region, focusing on the “experiencing CHE” category. In December 2006, two focus groups were conducted involving representatives from management, training, attendance and participation. The data underwent thematic content analysis. The first CHE encounters aroused feelings of mistrust and resistance, and the center was understood as a means of enabling courses and funding sources. There was a diversity of interests and little negotiating capacity. During the process, the study participants began to talk, reflect and participate. Their teamwork was a positive experience. This experience allowed them to recognize the power of CHE for linking and mobilizing different players.

Keywords: Continuing healthcare education. Healthcare policy. Healthcare work. Continuing education.

Polos de Educación Permanente en Salud: un análisis de la vivencia de los actores sociales en le norte del estado brasileño de Paraná

La política de Educación Permanente en Salud (EPS) busca el desarrollo de los trabajadores de la salud. Tratando de analizar el proceso de implantación y desarrollo de la política en Paraná, una pesquisa cualitativa comprendiendo las seis regiones del estado se está concluyendo. Este artículo se refiere a los primeros resultados de la región norte enfocando la categoría “viviendo la EPS”. En diciembre de 2006 se realizaron dos grupos focales, abarcando representantes de la gestión, formación, atención y participación. Los datos se sometieron a análisis temático de contenido. En las primeras aproximaciones con EPS surgieron sentimientos de desconfianza y resistencia. El polo se comprendió como medio de viabilizar cursos y fuente de financiación. Se observó diversidad de intereses y poca capacidad de negociación. En el transcurso del proceso los integrantes que participaron del estudio empezaron a conversar, reflexionar y participar. Experimentaron positivamente el trabajo en equipo. Esta vivencia permitió reconocer la potencialidad de la EPS en articular y mobilizar diferentes actores.

Palabras clave: Educación permanente en salud. Política de salud. Trabajo en salud. Educación continua.

Recebido em 06/11/07. Aprovado em 03/08/08.

