



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

ÍNDIA NARA SMAHA

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE:
CAMINHO EM CONSTRUÇÃO NA 20ª REGIONAL DE
SAÚDE-PARANÁ**

Londrina
2011

ÍNDIA NARA SMAHA

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE:
CAMINHO EM CONSTRUÇÃO NA 20ª REGIONAL DE
SAÚDE-PARANÁ**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina-UEL, como requisito ao Título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Cássia Maria Carloto

Londrina
2011

Catálogo na publicação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

S635e Smaha, India Nara.

Educação permanente em saúde: caminho em construção na 20ª Regional de Saúde - Paraná / India Nara Smaha. – Londrina, 2011. 145 f.

Orientador: Cassia Maria Carloto.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, 2011. Inclui bibliografia.

1. Formação em Saúde – Teses. 2. Educação permanente – Teses. 3. Política de saúde – Teses. 4. Conferências Nacionais de Saúde – Teses. I. Carloto, Cassia Maria. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social. III. Título.

CDU 36:614.2

ÍNDIA NARA SMAHA

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE:
CAMINHO EM CONSTRUÇÃO NA 20ª REGIONAL DE SAÚDE-
PARANÁ

Dissertação apresentada ao curso de Pós-graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina-UEL, como requisito ao Título de Mestre.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Cássia Maria Carloto
UEL – Londrina – PR

Profa.Dra. Liria Maria Bettiol Lanza
UEL – Londrina – PR

Prof. Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira
UFSC – SC

Londrina, 27 de maio de 2011.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família, pois sem ela não teria mais esta conquista. Obrigada meus amores!!!

AGRADECIMENTOS

À professora Cássia minha orientadora, pela paciência diante das dificuldades;

Às professoras Líria e Vera por contribuírem como arguidoras deste trabalho;

Às professoras Maria Ângela, Eliane, Mabel e Sandra Nogueira cada uma tem sua parcela neste resultado;

Aos sujeitos desta pesquisa, assim como os funcionários da 20ª Regional de Saúde, pela colaboração;

A todos aqueles que de alguma forma colaboraram para que este trabalho pudesse ser finalizado.

O analfabeto político

O pior analfabeto é o analfabeto político. Ele não ouve, não fala, nem participa dos acontecimentos políticos. Ele não sabe que o custo de vida, o preço do feijão, do peixe, da farinha, do aluguel, do sapato e do remédio dependem das decisões políticas. O analfabeto político é tão burro que se orgulha e estufa o peito dizendo que odeia a política. Não sabe o imbecil que da sua ignorância política nasce a prostituta, o menor abandonado, e o pior de todos os bandidos que é o político vigarista, pilantra, o corrupto e lacaios dos exploradores do povo.

Bertold Brecht

SMAHA, India Nara. **Educação Permanente em Saúde**: caminho em construção na 20ª Regional de Saúde. 2010. 145 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

RESUMO

Educação Permanente é uma ação nova na área da saúde. Mas, a trajetória de lutas dos trabalhadores por qualidade e continuidade, na formação profissional, é antiga. A partir da Portaria 198/04, foi criada a Política Nacional Educação Permanente em Saúde (PNEPS). A Portaria diz que os trabalhadores devem verificar suas demandas e propor ações realizando interlocução entre ensino/serviço, utilizando-se da experiência coletiva para encontrar soluções para os problemas postos. Levando em consideração estas ponderações que constam na PNEPS, o objetivo desse trabalho foi analisar o processo de operacionalização do PREPS de Toledo, na execução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Para desenvolvermos este trabalho, utilizamos a abordagem qualitativa, com pesquisa documental e de campo. Elegemos, dentre os 18 municípios que compõe a 20ª Regional de Saúde, o município de Toledo, para fazer as entrevistas por se tratar do município sede do PREPS e assim poderemos ter relatos de diferentes mandatos. Destas entrevistas, algumas informações puderam ser sistematizadas e revelaram-se históricas no processo de implantação da PNEPS na região. Cabe aqui destacar que mesmo não tendo permanência nas ações, os sujeitos explicitam que a EPS está atendendo às necessidades dos trabalhadores, embora seja evidenciada a falta de publicização das ações do PNEPS na região. Constatou-se, por isso, que a Política está posta, mas as ações ainda são muito tímidas.

Palavras-chave: Formação em Saúde. Educação Permanente. Ensino/Serviço. Política de Saúde. Conferências Nacionais de Saúde.

SMAHA, India Nara. **Permanent Education in Health**: path under construction in the 20th Regional Health. 2010. 145 f. Dissertation (Master's Degree in Social Work and Social Policy) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

ABSTRACT

Permanent Education is a new action in healthcare field. However, the trajectory of workers' struggles for quality and continuity in professional formation is from early times. From the 198/04 Ordinance of 2004, the National Policy of Permanent Education in Health (NPPHE) was created. The Ordinance alleges workers must check their demands and propose actions by performing the interlocution between teaching/service, using their collective experience in order to find solutions to the presented problems. This paper aimed to analyze the RPPHE process of operationalization from Toledo in implementing the National Policy on Permanent Education in Health by taking into account the considerations in the NPPHE. In order to develop such paper, a qualitative approach, with documental and field research was performed. The city of Toledo was appointed among 18 others that comprise the 20th Regional Health to conduct the interviews as it is the municipality seat of PREPS and therefore, it is possible to have reports from different mandates. From these interviews, some information could be systematized and proved to be historical in the process of implementing the NPPHE in the region. It is worth mentioning that even having no permanence in actions the subjects explain that PHE is meeting the needs of workers, although it is evident the lack of advertisement of the NPPHE actions in the region. It was noted, therefore, that the policy is established, but actions are still very diffident.

Keywords: Healthcare Training. Permanent Education. Teaching. Service. Healthcare Policy. National Healthcare Conferences.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	–	Composição dos Colegiados	59
Quadro 2	–	Atribuições/Funções dos Colegiados Regionais	60
Quadro 3	–	Conteúdo dos Projetos do PREPS – Portaria 198	62
Quadro 4	–	Conteúdo dos Projetos do PREPS – Portaria 1996	63
Quadro 5	–	Total de Projetos Apreciados 2004-2008	71
Quadro 6	–	Projetos Apreciados 2004-2008	101
Quadro 7	–	Empenhos 2004	113
Quadro 8	–	Empenhos 2005	114
Quadro 9	–	Empenhos 2006.....	115
Quadro 10	–	Empenhos 2007	116
Quadro 11	–	Empenhos 2008	117

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BIRD	Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de saúde
CF/88	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
CIES	Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNRH	Conferência Nacional de Recursos Humanos
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DEGES	Departamento de Gestão e Educação na Saúde
IDA	Integração Docente Assistencial
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESPP	Escola de Saúde Pública do Paraná
EUA	Estados Unidos da América
FMI	Fundo Monetário Internacional
HOESP	Associação Beneficente de Saúde do Oeste
LOS	Lei Orgânica da Saúde
OCDE	Organização para Cooperação no Desenvolvimento Econômico
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PAEPS	Pólo Ampliado de Educação Permanente em Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PREPS	Pólo Regional de Educação Permanente em Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	EDUCAÇÃO PERMANENTE: PROPOSTA PARA A ANDRAGOGIA DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO	21
3	EDUCAÇÃO PERMANENTE: DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	29
3.1	AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE NO CAMINHO DA FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL	30
3.1.1	As Mudanças a Partir do Marco da 8ª Conferência Nacional de Saúde	42
3.1.2	A Educação Permanente em Saúde: de Proposta Pedagógica a Política Pública.	50
3.2	A DESCENTRALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	55
4	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO PARANÁ	68
4.1	O PREPS DA 20ª REGIONAL DE SAÚDE: PESQUISA DOCUMENTAL E ENTREVISTAS	69
4.1.1	Implantação da PNEPS no PREPS da 20ª Regional de Saúde	73
4.1.2	Concepção da Educação Permanente em Saúde	92
4.1.3	Operacionalização da PNEPS na 20ª Regional de Saúde	99
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
	REFERÊNCIAS DOS DOCUMENTOS CITADOS	127
	REFERÊNCIAS	130
	APÊNDICES	134
	APÊNDICE A– Solicitação de Autorização para Realização da Pesquisa	135
	APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista	137
	APÊNDICE C– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	139
	APÊNDICE D – Projetos Empenhados no Período 2004-2008.....	140

ANEXOS	143
ANEXO A – Autorização Para Realização da Pesquisa Documental.....	144
ANEXO B – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	145

1 INTRODUÇÃO

O Brasil passou por várias fases políticas de lutas, conquistas, estagnação, retrocesso. No entanto, sempre houve segmentos que, mesmo diante de repressão, continuaram o trabalho para garantir melhorias. Este é o caso da Política de Saúde que tem uma trajetória de luta por garantia de direitos e, atualmente, tem um dos sistemas de saúde que é copiado por outros países. Porém, os trabalhadores da saúde têm lutado, sem cessar, para efetivar o que foi conquistado e promulgado na Constituição Federal de 1988.

Para a efetivação do conteúdo expresso na Constituição, a Política de Saúde, através de seus gestores, vem criando Políticas complementares para dar conta das necessidades que emergem nos diferentes setores da saúde no país. Entre estas, tem-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, assunto a ser apresentado nesta dissertação. Esta Política tem uma característica que a diferencia das demais Políticas de Saúde que visam melhorar a saúde da população. É resultado das lutas dos trabalhadores da área, por melhores condições na formação e qualificação dos Recursos Humanos da Saúde. Assim, foi homologada, em 2004, a Portaria 198, para dar subsídios na formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS.

Estudar a Educação Permanente pode nos levar a vários caminhos pedagógicos, como a educação de adultos, educação fora da escola, educação para a vida toda, que envolve a sociedade fora e dentro da escola e a educação no trabalho. Para apresentar esta pesquisa, parte-se da trajetória da Educação Permanente como proposta pedagógica na Educação e mostrar-se-á como este conceito foi sendo construído com o passar do tempo e chegou a outras áreas como a Saúde, onde o tema foi direcionado para a formação dos trabalhadores da saúde pública, condição que pode criar estratégias de avanço para os trabalhadores e responder a algumas demandas emergentes do SUS.

Vários autores da área da Educação como Bárcia (1982), Furter (1974, 1976), Gadotti (1991, 1982), fazem uma retomada do que foi e o que propõe a Educação Permanente na área da Pedagogia. Para apresentar este percurso, os autores trabalham com termos como educação continuada, educação extra-escolar, auto-educação, autoformação, autogestão, auto-regulação, autodidaxia, educação não formal, etc. Isto para elucidar como foi a construção da proposta de Educação

Permanente, a qual começou na França e se espalhou pelo mundo, na busca de expandir uma nova ideia para a formação educacional da sociedade, principalmente a educação de adultos.

A Educação Permanente entre outros objetivos, procura fazer a interação entre trabalho e educação, problematização e resolução das demandas cotidianas. Uma dinâmica que busca levar uma visão crítica e construtiva aos sujeitos deste processo. É com estas bases que a Educação Permanente é levada para a Saúde.

Após a UNESCO, na década de 1940, incorporar a proposta de Educação Permanente e disseminá-la na área da Educação/Pedagogia, a Organização Pan-Americana de Saúde, depois de alguns levantamentos, trouxe a ideia para a Saúde e começou um trabalho de implantação.

A Organização Pan-Americana de Saúde, após pesquisas sobre a formação dos profissionais da saúde na América, começou a estudar a possibilidade de implantação da Educação Permanente na saúde, com o objetivo de melhorar o serviço e o atendimento.

No Brasil, na área da Saúde sempre houve a necessidade de formação continuada, segundo os registros das Conferências Nacionais de Saúde e de autores que trabalham o tema desde a primeira Conferência em 1941, isto foi tratado, porém só ficou registrado nos Anais e Relatórios no ano de 1967, na 4ª Conferência Nacional.

A razão de se estudar a Educação Permanente na área da Saúde tem um respaldo de estudos e questionamentos. A Política de Saúde sempre foi um tema que nos instigou, tendo em vista que foi um dos primeiros espaços ocupados pelo Serviço Social como profissão e, atualmente, o Assistente Social compõe a maioria das equipes multiprofissionais na saúde. Para além desta constatação a partir de pesquisa realizada no ano de 2006¹ sobre o controle na transfusão de sangue no município de Toledo, nosso interesse pela temática “saúde pública” se objetivou em trabalho científico. Posteriormente, outras investigações foram realizadas, mas não somente focadas na Política do Sangue. Após o término da pesquisa citada, houve o convite para participarmos de uma nova pesquisa na área

¹ Trabalho de Conclusão de Curso -TCC, apresentado no Curso de Serviço Social da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste – Toledo. O controle da transfusão de sangue em Toledo: uma viagem incompleta.

da saúde pública. A atividade proposta foi a ampliação de outra pesquisa que a Unioeste havia participado no ano de 2005². Naquele ano, a investigação tinha como sujeitos da pesquisa os gestores da Política de Saúde Pública na Região da Linha da Fronteira Mercosul.

Em 2007, a pesquisa ampliou seu objetivo³ e foi conhecer a perspectiva do usuário a respeito dos atendimentos da saúde pública na Linha de Fronteira. A região da pesquisa foi dividida entre equipes para facilitar o acesso e a coleta dos dados. Assim, ficou sob nossa responsabilidade a região abrangente de Toledo a Guaíra. Este trabalho nos proporcionou condições para novas análises e abriu campo para novos debates.

Um dos apontamentos centrais, resultantes da referida pesquisa, foi perceber algumas dificuldades no entendimento dos usuários no que se refere aos seus direitos, assim como a falta de preparo do profissional sobre o SUS e políticas públicas. Entende-se que, dentre os problemas, destacaram-se a falta de repasse de informação e a fragilidade na formação tanto dos profissionais quanto da população usuária. Sendo assim, parte-se do pressuposto de que o profissional não tem sido atualizado com novas informações que são de suma importância para o andamento de suas atividades e, principalmente, para melhor acesso da população usuária.

No ano de 2007, no segundo semestre, como professora temporária do Curso de Serviço Social da Unioeste, passamos a trabalhar com pessoas que vivenciam diariamente os meandros da Política de Saúde, e isto fez reativar o arcabouço adquirido nas pesquisas anteriores. Este contato primeiro veio através do corpo docente e, posteriormente, nas supervisões de estágio, nas quais pudemos atuar junto a dois hospitais: Hospital Universitário de Cascavel⁴ e HOESP de Toledo⁵. Como já havia um contato anterior com estas instituições, devido à pesquisa realizada em 2006, o acesso a alguns dados foi facilitado, mostrando-nos,

² Fronteira Mercosul: um estudo sobre o direito à saúde na perspectiva dos gestores Esta pesquisa foi financiada pelo CNPq em parcerias com outras universidades. Coordenadora geral: Profa. Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira da Universidade Federal de Santa Catarina -UFSC e coordenador local: Prof. Dr. Alfredo Batista da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste. A pesquisa foi desenvolvida no período de 2006-2007.

³ Com o Tema: **O direito à saúde na perspectiva da população residente na Linha da Fronteira Mercosul**. Foi desenvolvida no período de 2006-2008. Financiada pelo CNPq com a participação das mesmas instituições da pesquisa anterior.

⁴ Instituição ligada administrativamente a Unioeste.

⁵ A HOESP que é mais conhecida como Casa de Saúde Bom Jesus, nome anterior quando era uma entidade filantrópica. Atualmente a instituição é uma OSCIP. Instituição privada que presta serviços ao Sistema Único de Saúde – SUS.

mais uma vez que, na Região, os trabalhadores estão carentes de conhecimento ou compreensão de como deve ser aplicada a Política de Saúde.

Como membro do Colegiado do Curso de Serviço Social da Unioeste, outra oportunidade veio nos proporcionar condição para novos conhecimentos: a indicação para representar o Curso no Pólo Regional de Educação Permanente em Saúde (PREPS) da 20ª Regional de Saúde, como membro representante de uma instituição de ensino superior. Esta situação proporcionou esclarecimentos de algumas questões que haviam aparecido nas pesquisas e não encontrávamos resposta. Teríamos a chance de, dentro da Regional de Saúde, conhecer os meandros do processo de aprovação dos projetos e entender quais são as demandas que estão aparecendo atualmente como propostas de atividades dirigidas a esses profissionais. Para tanto, fomos conhecer a Educação Permanente em Saúde e constatamos que a proposta se difere dos conceitos de capacitação ou educação continuada e possui uma Política própria de nível federal.

A partir deste conhecimento prévio e da oportunidade de apreender como se dá a Política na região, definimos como objetivo geral de nossa pesquisa: analisar a eficácia das ações provenientes dos projetos aprovados no período 2003-2008, no entanto na trajetória da pesquisa foi alterado a orientação deste trabalho e tendo em vista que a PNEPS foi homologada em 2004, redefinimos nosso objetivo e o período para o levantamento dos dados. Então o objetivo ficou: analisar o processo de operacionalização do PREPS de Toledo na execução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. O Período de levantamento ficou definido como 2004 a 2008. Para alcançar este objetivo geral, elencamos os objetivos específicos para dar suporte ao nosso estudo. São eles:

- Resgatar a história da implantação e desenvolvimento do PREPS – Toledo;
- Identificar se a Política de Educação Permanente desenvolvida pelos PREPS – Toledo vem seguindo as diretrizes propostas pela PNEPS;
- Conhecer como os municípios definem suas necessidades relacionadas à Educação Permanente e como se dá o processo de gestão dos projetos apresentados ao PREPS;

- Identificar como os profissionais de saúde são envolvidos na gestão dos projetos de Educação Permanente propostos pelos municípios pertencentes ao PREPS – Toledo;

Estes objetivos nos ajudaram a compreender os meandros desta Política e do espaço que ela se institucionaliza, pois a Educação Permanente na Política de Saúde é uma ação nova. A PNEPS foi sancionada em 2004 e, no município de Toledo-PR, foi implantada no mesmo ano, a partir do Pólo Regional de Educação Permanente em Saúde – PREPS, alocado na 20ª Regional de Saúde, conforme normas do Ministério da Saúde.

A 20ª Regional abrange 18 (dezoito) municípios da Região Oeste: Assis Chateaubriand, Diamante do Oeste, Entre Rios do Oeste, Guáira, Maripá, Marechal Cândido Rondon, Mercedes, Nova Santa Rosa, Ouro Verde do Oeste, Pato Bragado, Palotina, Quatro Pontes, Santa Helena, São José das Palmeiras, São Pedro do Iguaçu, Terra Roxa, Toledo e Tupãssi, que são representados no PREPS por 6 membros, que formam representações de micro-regiões. O PREPS tem ainda a participação de Instituições de Ensino da área de Saúde⁶, Conselho de Saúde e Núcleo Regional de Educação, conforme Regimento Interno do PREPS de 4 de novembro de 2004.

Os documentos e legislações que serão apresentados é fruto do levantamento bibliográfico e documental que realizamos, os quais organizamos por fases: 1ª fase, fizemos leitura de todo material que havia publicado sobre Educação Permanente em Saúde. 2ª fase,. Com o intuito de respaldar a pesquisa, após o levantamento bibliográfico realizamos uma pesquisa documental em legislações, localizamos, identificamos e lemos todos os documentos que estavam arquivados no PREPS da 20ª Regional de Saúde, bem como, anais, relatórios disponíveis de forma impressa ou digital. Também para conhecermos toda parte administrativa, burocracia da Educação Permanente, dentro da 20ª Regional de Saúde, lemos as Atas das reuniões (Apêndice A e Anexo B). A partir desta leitura, verificamos que teríamos que ir direto à fonte, que eram os projetos apreciados e os empenhos dos projetos executados, para saber as ações desenvolvidas na região. Na 3ª fase elegemos que faríamos a coleta dos dados que compunham os projetos para

⁶ Destas instituições uma é a Unioeste a qual representávamos.

podermos compreender como se deu sua evolução neste período (2004-2008) e quem participou deles. Elegemos coletar os seguintes dados:

- Nome do evento;
- Proponente do projeto;
- Local;
- Público alvo;
- Número de participantes;
- Data de apresentação do projeto;
- Período;
- Carga horária e;
- Valor solicitado.

Após estes dados serem coletados em todos os projetos arquivados no PREPS da 20ª Regional de Saúde, sentimos a necessidade de conhecer quais eram os objetivos que eles apresentavam. Esta questão foi importante para sabermos até que ponto as propostas estavam atendendo às diretrizes da PNEPS. Assim, voltamos aos documentos e coletamos mais esta informação. Como estamos falando em material de arquivo, não podemos afirmar que todos os projetos tenham sido catalogados em nosso estudo, pois alguns encontramos impressos e organizamos cronologicamente e outros estavam em arquivos eletrônicos. Fazendo um comparativo com as Atas, percebemos que alguns documentos não estavam no PREPS. Neste sentido, decidimos trabalhar exclusivamente com projetos e empenhos localizados no formato impresso ou digitalizado, pois somente com os dados que constavam nas Atas não poderíamos obter as informações para responder nosso problema de pesquisa. Na 4ª fase, depois de sistematizarmos as informações dos projetos apresentados ao PREPS, que foi possível localizar, buscamos os empenhos para saber se todos os projetos que havíamos coletado informações foram executados. Na 5ª e última fase, tendo as informações que compunham os projetos fomos realizar as entrevistas com sujeitos que fizeram parte do processo histórico do PREPS em Toledo, já que um de nossos objetivos é compor a história deste espaço.

O universo de nossa pesquisa corresponde a 20ª Regional de Saúde que tem sob sua responsabilidade os 18 municípios já citados. Como o número de membros do PREPS é alto no período eleito por nós, decidimos retirar uma amostra

intencional, elegendo assim quatro pessoas que foram membros do PREPS em diferentes mandados nos anos de 2004 a 2008 e que estas pessoas residissem em Toledo para facilitar o acesso aos entrevistados. A intenção de selecionar membros que fizeram parte de diferentes mandatos é para que possamos construir a história procurando deixar o menos vácuo possível, já que não há nenhum registro oficial sobre este espaço representativo. Os membros do PREPS nos possibilitaram reconstruir a história da Educação Permanente na Regional, assim como nos apresentaram algumas informações burocráticas quanto ao desenvolvimento do processo de trabalho neste espaço, tendo em vista que possuem acúmulo de experiências, pois têm “longa” carreira na Política de Saúde. A princípio queríamos que fossem pessoas com diferentes áreas de formação e isto foi fácil porque no PREPS temos uma representação diversificada. Desta forma, selecionamos um professor, um assistente social, um bacharel em direito e um enfermeiro. Cada um deles tendo exercidos várias funções na área da saúde e, atualmente, desempenhando, atuando, em diferentes cargos. Neste sentido a amostra é referente aos membros, pois os documentos localizados (projetos e empenhos) foram pesquisados na sua totalidade.

Para a entrevista, montamos um roteiro com questões semi-estruturadas para dar maior liberdade ao pesquisado e ao pesquisador no decorrer do diálogo (Apêndice B). A entrevista foi gravada em áudio e, posteriormente, transcrita e passada aos entrevistados para aprovação do texto. Antes do início das entrevistas, foi lido o Termo de Livre Consentimento (Apêndice C), explicando ao entrevistado a instituição vinculada, o objetivo da pesquisa e seus direitos sobre ela. Bem como lhes explicamos que a pesquisa já havia sido aprovada no Comitê de Ética na Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina-UEL, no dia 19/10/2010. (Anexo B)

A metodologia adotada neste trabalho foi pensada para atender às necessidades da pesquisa, tendo em vista que o PREPS precisa atuar dentro das Diretrizes da PNEPS e tem por objetivo a qualidade na aplicabilidade dos serviços visando melhores resultados. Isto, diante das colocações da ESPP, deve ocorrer através de pesquisas locais que demonstrem a realidade da demanda na área da saúde pública, para posterior apreciação dos projetos, pelo PREPS, pesquisas estas que ainda não estão sendo executadas. De acordo com nosso levantamento, esta pesquisa é uma das primeiras do gênero na região. As exigências que a EPS deve

cumprir não são para satisfazer vontades, mas para efetivar o que está expresso na CF/88 e na LOS, que é a qualidade no serviço para garantir a qualidade no atendimento do SUS.

Com base neste contexto, concordamos com Junges (2006), quando diz que as exigências éticas da equidade e da integralidade pressupõem novo paradigma no sistema de saúde pública. Os profissionais tiveram que aprender a trabalhar em equipe multidisciplinar, na busca da valorização do trabalho nas várias áreas do conhecimento, fato que os levam a se reconhecerem como sujeitos da Política de Saúde. Este processo não foi simples, teve um longo percurso de discussões e lutas. Os trabalhadores da saúde tiveram que conhecer suas necessidades para idealizar propostas que pudessem auxiliá-los em suas atividades.

O trabalho de educação em saúde é um instrumento decisivo no que se refere à atenção básica, pois parte da ideia de que saúde pública é um direito garantido por lei e deve ser incorporado por toda equipe multiprofissional. Com esta visão, estes profissionais devem construir seus espaços com base na equidade e na garantia do exercício profissional de qualidade. Para tanto, cabe salientar que o trabalho não é voluntarista, mas, sim, profissional, com carga horária específica para a atividade na saúde. Para tanto, há a necessidade de os gestores manterem seus quadros de funcionários efetivos, pois a falta de concursos e a alta rotatividade de pessoal prejudicam muito a interlocução e o entrosamento na equipe.

É com base nas informações adquiridas que pretendemos concluir este projeto de mestrado com a intenção de expandir a pesquisa desta área na região, pois nas leituras realizadas verificamos que a concentração de produção bibliográfica está na região do Rio de Janeiro, na Fundação Osvaldo Cruz. E também a partir dos resultados aqui apresentados, expô-los aos membros do PREPS, da 20ª Regional de Saúde e da Escola de Saúde Pública do Paraná, para que tenham a resposta do problema encontrado por nós.

Para trabalharmos a temática proposta, iremos apresentá-la da seguinte forma: no primeiro capítulo trataremos da revisão bibliográfica da Educação Permanente, a partir de suas raízes na Pedagogia, apresentando suas diferentes nomenclaturas, com colocações a partir de autores que são referência no estudo do tema.

No segundo capítulo discorreremos sobre o processo de lutas dos trabalhadores da saúde por melhor formação e qualificação profissional, a partir das

Conferências Nacionais de Saúde como cenário de debates. Da mesma forma, apresentaremos as legislações que compõem a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e suas diretrizes.

O terceiro capítulo será espaço de exposição da pesquisa documental e de campo, perpassando pelo ingresso da Educação Permanente em Saúde no Paraná e, especificamente, na 20ª Regional de Saúde. Neste item, iremos também expor a sistematização dos dados e informações que coletamos nos projetos apreciados nos empenhos destinados aos projetos executados, conteúdo que nos deu direcionamento para delimitarmos os sujeitos para as entrevistas.

Por fim, são apresentadas as considerações finais onde tentados realizar algumas ponderações baseadas na investigação realizada.

2 EDUCAÇÃO PERMANENTE: PROPOSTA PARA A ANDRAGOGIA DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO

Para falar sobre Educação Permanente, vamos buscar na Pedagogia, área que primeiro tratou do tema, tendo a França como palco central das primeiras discussões. Assim traremos os argumentos de Pierre Furter, professor francês que se estabeleceu por um tempo no Brasil e debateu extensivamente o tema nos anos 1960 e 1970; Moacir Gadotti, brasileiro que foi à Genebra para estudar os documentos que compunham a Educação Permanente e, com estes dados mais as informações coletadas, construiu sua tese de doutorado tratando do assunto a partir da origem do tema, bem como outros autores que aplicaram seu tempo nesta discussão.

Gadotti (1982) diz que a Educação Permanente, nos últimos anos, veio como uma ideia anárquica e se apresenta como uma palavra de ordem que é capaz de reunir correntes, reduzir as concepções opostas e expandir o conceito de educação. Neste sentido, Gadotti afirma que a filosofia da educação desvela a condição humana e propõe vias de libertação ao homem. Para ele, a ideologia da educação é a antítese da filosofia da educação. Se a ideia da dominação é a educação de adultos, os ideólogos acreditam na tese que diz ser a idade adulta a melhor fase para o conhecimento. Tendo por base a condição humana, Gadotti evidencia que a Educação Permanente possibilita reler constantemente a realidade, na qual somos sempre aprendizes.

A partir da fenomenologia, o autor interpreta os documentos franceses e situa a Educação Permanente como um evento, o qual entende como: um fato que traz conseqüências, que “vem”. Assim, a Educação Permanente começa a ter sentido quando “vem” até nós, nos provoca e exige uma tomada de posição. Por isso, ele afirma que a Educação Permanente tem suas raízes na evolução real da educação.

Complementa Gadotti, tendo por base a obra de Tao Tö King (1967), que a Educação Permanente não é uma ideia recente. Na China, o filósofo Lao-Tsé, séculos antes de Cristo, dizia que “... todo estudo é interminável” (GADOTTI, 1982, p. 56). Da mesma forma Gadotti cita, o mito de Prometeu e a República ideal de Platão, quando diz que a educação “[...] é o primeiro dos mais belos privilégios”

(p.56). Então, a Educação Permanente é uma expressão recente de uma preocupação antiga.

A Educação Permanente se mostra com características da modernidade, com visão de progresso, desenvolvimento e crescimento, mas contempla “[...] pelo passado, o que jamais foi feito e o que sempre fez [...]” (GADOTTI, 1982, p.56). Ela representa o mito da educação, pela qual o homem se liberta da degradação, assim como está ligada à utopia social. O sistema universal e permanente da educação, para garantir a liberdade do homem como mito, reaparece toda vez que a sociedade não consegue responder aos problemas presentes.

Na França, a ideia de educação prolongada, continuada, progressiva, fazia parte de um programa educativo da Revolução de 1789. Esta ideia foi substanciada em 1791 na sua Constituição Francesa, onde cita: “será criada e organizada uma instrução pública comum a todos os cidadãos, gratuita no que se refere ao ensino indispensável a todos os homens” (GADOTTI, 1982, p. 58). Tricot (apud GADOTTI, 1982) escreve que em 1792, Condorcet apresentou um relatório à Assembléia Legislativa onde observou que a “[...] instrução não deveria abandonar os indivíduos no momento em que saem da escola, deveria abranger todas as idades já que não há idade em que não seja útil e possível aprender [...]” (GADOTTI, 1982, p.59). Embora muitos documentos que remetem à Educação Permanente tenham surgido na França, Gadotti argumenta que não pode ser considerado um “fenômeno francês”. Esta afirmativa toma por base os documentos que os países estrangeiros utilizam como fonte de estudos da Educação Permanente, que são oriundos de seu país (França).

No ano de 1919, o Ministério da Reconstrução, francês, publicou relatório onde consta que a educação deve corresponder às necessidades das pessoas durante toda a vida. Após a Segunda Guerra Mundial, o novo Ministério da Educação publicou algumas encadernações que tinham como tema a educação para a vida toda. Foi com base nestes documentos que Simpson (apud GADOTTI, 1982) insistiu em dizer que a Educação Permanente é uma obra nova e, sob certos aspectos, revolucionária.

Em 1938, Gaston Bachelard, na França disse que “[...] Uma cultura bloqueada no tempo escolar, [...] é a negação da própria cultura científica. Sem escola permanente não existe ciência [...]” (apud GADOTTI, 1982, p. 59). A partir da

colocação de Bachelard, Gadotti salienta a relação, segundo ele, íntima da Educação Permanente com o desenvolvimento das ciências e da técnica.

As pontuações sobre a Educação Permanente não pararam aí e, em 1946, reaparece o que Bachelard afirmou no Plano Langevin-Wallon da Reforma do Ensino, no qual ficou claro que a nova organização do ensino deveria permitir o contínuo aperfeiçoamento do cidadão e trabalhador, com vistas ao progresso e à modernização. A Liga Francesa de Ensino, em 1955, elaborou um projeto de reforma do ensino que teve como redator Pierre Arents. Neste documento, o termo Educação Permanente foi citado pela primeira vez e lhe foram atribuídos os seguintes objetivos:

- 1-assegurar, depois da escola, a manutenção da instrução e da educação recebida na escola;
- 2-prolongar e completar, além da formação e da atividade profissional, a educação física, intelectual e estética da juventude até o exercício da cidadania;
- 3-permitir o aperfeiçoamento, a complementação, a renovação ou a readaptação das capacidades em todas as épocas da vida;
- 4-facilitar a atualização dos conhecimentos e a compreensão dos problemas do país e do mundo, a todos os cidadãos, quaisquer que sejam seus títulos de responsabilidades;
- 5-permitir a todos usufruir do patrimônio da civilização e de seu constante enriquecimento (GADOTTI, 1982, p. 60).

Se os objetivos citados neste documento tivessem sido efetivados por todos os locais onde a proposta de Educação Permanente foi implantada, a educação estaria hoje em um patamar muito superior, pelo menos no que se refere a países onde a educação tem exclusiva ligação com a escola, embora haja movimentos que tentem modificar esta condição. Mesmo porque, afirma Lengrand (1970) que, a democracia só pode ter bases sólidas se o país tiver pessoas responsáveis em todos os níveis, que tenham condições de concretizar as teorias na sociedade em diversos setores, sejam sindicatos, cooperativas, cargo político, conselho. Para que consigam desempenhar com qualidade suas funções estes representantes devem ser instruídos continuamente.

No ano seguinte (1956) ao documento citado, a Educação Permanente foi oficializada na França, pelo Ministro da Educação Nacional René Billères, como “[...] prolongamento da escolaridade obrigatória e a reforma do ensino público [...]” (GADOTTI, 1982, p.60).

Gadotti (1982) expõe que a Educação Permanente passou a invadir a sociedade, através de condições intrínsecas, econômicas, sociais ou demográficas, necessidades individuais, ou mesmo por situações criadas pela máquina publicitária. Continua, dizendo que a partir deste conjunto, em 1960, Gaston Berger lançou as bases de uma filosofia de Educação Permanente, onde apresentou como necessidade dos novos tempos a exigência da técnica.

De acordo com dados levantados por Pierre Richard e Pierre Paquet (1973 apud GADOTTI, 1982), a produção sobre o tema Educação Permanente foi grande. Até 1970, 5.564 títulos foram publicados em francês. Assim, a Educação Permanente passou a ser a ideia mestra da Política Educacional da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e disseminada a partir do projeto “Cidade Educativa”⁷. Projeto este assumido por vários países, um deles o Brasil que, apesar de não ter nem mesmo sua cota de educação fundamental dentro dos padrões mínimos desejáveis, almejou implantar a educação para a vida toda.

O citado autor, estudando a história da Educação Permanente no Brasil, refere-se a Pantillon o qual relata que fatos ocorridos em 1968, no país, momento em que os estudantes foram às ruas, preocuparam as autoridades internacionais, motivo que levou o país a implantar novo modelo escolar onde o lema era “[...] façam universidade durante toda a vida, mas não façam a guerra [...]” (GADOTTI, 1982, p. 63). Pensamento condizente com a situação pela qual passava o Brasil, com o Ato Institucional nº 5⁸: um momento de repressão e cerceamento da liberdade de expressão em todos os âmbitos. A UNESCO, o Conselho da Europa e a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico-OCDE, diante do

⁷ “[...] constitui-se basicamente pela integração entre a educação e a cidade. A natureza dessa integração determinará o significado mais originário da Cidade Educativa. Como a educação permanente é sua inspiração, assim a integração é sua condição de inteligibilidade” (SILVA, 1979, p.67).

⁸ Na época de Ditadura Militar no Brasil, os governos seguiram pregando a rigidez e a ordem social. O marco dos Atos Institucionais foi o Ato nº 5, o AI 5 que ficou conhecido pelo poder de devastação e medo que causou na população. Tudo era controlado, proibido. Não se podia de forma alguma contrariar o governo e/ou difamá-lo. Nos anos 1970, para completar as atividades que vinham sendo executadas pelo AI5, no Governo Médici, nasce em São Paulo o CODI (Centro de Operações de Defesa Interna) tendo como órgão executor o DOI (Destacamento de Operações de Informações), órgãos de inteligência e repressão do Estado. Invadiam casas à procura de informações e, segundo Vieira (1985), não poupavam corpos e mentes.

panorama brasileiro, propuseram a substituição do sistema tradicional de educação pelo sistema de Educação Permanente⁹.

Segundo Gadotti (1982), Pierre Furter, o então membro do Comitê Diretor da Educação Permanente do Conselho da Europa, disse que o plano de trabalho deste organismo, referente à Educação Permanente, passou por uma fase conceitual de 1966 a 1971, período em que se pensou em como oferecer a cada indivíduo uma educação que respondesse às suas necessidades econômicas, sociais e pessoais. Os anos de 1972 a 1978 foram os da fase operacional, período de aplicação dos aspectos pensados. Furter, em seu Livro *De La Lutte Contre L'Analphabétisme Au Developpement Culturel*, traduzido por Teresa de Araújo Penna, Educação Permanente e Desenvolvimento Cultural (1974), trabalhou com três definições: a primeira cita que a Educação Permanente é um processo contínuo de desenvolvimento, pelo qual se progride de acordo com as necessidades e as condições. Não tem organização central nem coordenação e a atividade é individual e muitas vezes autodidaxia, sempre por iniciativa voluntária e, nesta definição, o promotor é o teórico da educação.

Na segunda definição, a Educação Permanente é tida como princípio de organização de um sistema global de formação, a qual exerce uma ação renovadora e torna o sistema escolar mais flexível e amplo. Agrupa-se em parassistema com a inspeção do Estado e as atividades são coletivas e organizadas, algumas vezes orientadas por educadores. Quem promove são administradores e planejadores da educação.

A terceira definição diz que a Educação Permanente é uma estratégia de formação para o desenvolvimento cultural, o qual é também seu objetivo a partir da política de recursos humanos. Sua organização não possui um sistema, pois se utiliza das instituições já envolvidas, em programas interdisciplinar e interministerial, e a atividade é em grupo, orientada por profissional interessado, cuja supervisão e avaliação são feitas por educadores especializados. Os promotores são planejadores de recursos humanos no âmbito do planejamento regional.

A partir destas colocações, o que se percebe é que a terceira definição é a que mais se aproxima do proposto atualmente na Política de Saúde.

⁹ Na obra *Educação Permanente & Capitalismo Tardio* (1985), Paiva e Rattner fazem a crítica de alguns textos que trataram do tema a partir de autores estrangeiros e nacionais. Neste livro, aparece parte da intenção brasileira em implantar a Educação Permanente para apoiar o Desenvolvimentismo, proposta na época.

No entanto, a multiplicidade de conceitos e categorias que permeiam a Educação Permanente, algumas vezes gera conflito de informações, por isso é interessante o que Bárcia traz.

Bárcia (1982) a partir dos estudos sobre o tema, diz que a ambiguidade dos termos que caracterizam a Educação Permanente está posta como: auto-educação, autoformação, autogestão, autorregulação, autodidaxia, educação não formal, educação continuada, educação compensatória, educação pós-compulsória ou andragogia. Ela defende que não é auto-educação, pois a educação requer um ambiente solicitador ou surge de uma necessidade social para adaptação ao meio ou, ainda, para modificá-lo. Condição que justifica a necessidade de educação de maneira permanente. Neste sentido, a Educação Permanente deve ser efetivada pela autodeterminação, gerada pela finalidade de aperfeiçoamento constante e progressivo, tendo como base o meio social.

Esta formação deve ser orientada para possibilitar uma análise crítica, coerente e, de acordo com a autora, é a partir da realidade que o educando vai desenvolver suas potencialidades para beneficiar-se e beneficiar a sociedade. Nesta direção da formação, pode-se dizer que a Educação Permanente é “[...] um processo de afirmação do indivíduo através da tomada de consciência para um autodeterminismo na condução de alternativas, a fim de dominar as diferentes situações em que será levado a viver” (BÁRCIA, 1982, p.63-64).

Para Furter, a Educação Permanente permite ao homem fazer parte da situação concreta e global que está posta, ou seja, ser sujeito da história. Com elementos de seus estudos, ele aponta como função da Educação Permanente quatro condições:

- a) Instrumentalizar cada cidadão para aumentar-lhe a capacidade analítica, tanto em relação a ele mesmo como ao grupo a que pertence ou à situação [...];
- b) Tornar as populações capazes, graças a um esforço intelectual crítico de interpretar, compreender e, sobretudo, confrontar a realidade com os planos e projetos de desenvolvimento [...];
- c) Estimular atitudes criadoras e imaginativas que, em determinada situação, procurem todas as possibilidades existentes para suscitar fatores geradores de novos valores [...];
- d) Ensinar a organizar a vida no tempo e especialmente no tempo livre e disponível, para que este não seja mais um tempo de ociosidade [...] (FURTER, 1974, p, 155-156).

As colocações deste autor, quanto às funções ou tarefas que a Educação Permanente deve exercer, mostram que, conforme já dito por Gadotti, é uma ação ideologizada, com vistas ao desenvolvimento, principalmente no que se refere à área econômica dos países, sejam eles desenvolvidos ou em desenvolvimento. O que Furter apontou como função, em 1974, Gadotti buscou aprimorar como objetivos em 1982. Não se pode esquecer que a condição que a Educação Permanente foi incorporando com o passar dos anos, fez e faz parte do contexto histórico de cada país e região em que ela é apresentada como mecanismo de progresso.

É com base neste contexto que Moacir Gadotti (1991) apresenta três etapas na Educação Permanente francesa: a primeira, a educação de adultos direcionada à formação continuada profissional; a segunda, uma fase utópica integrando a ação educativa com a pretensão de transformação radical do sistema educativo; e, por último, apareceu segundo ele, com o rótulo de “Educação Permanente”, se distanciando do conceito original. Após o levantamento nos documentos sobre Educação Permanente em Genebra, Gadotti concluiu que a Educação Permanente é um discurso ideológico, diferente do que vinha sendo disseminado pela UNESCO. O autor acrescenta que a Educação Permanente assume papel de despolitizadora da massa populacional. Então, a partir das colocações de Gadotti, conclui-se que a Educação Permanente proposta para os trabalhadores, serve para lhes tornar mais rentáveis e adaptáveis às mudanças econômicas e industriais. Condição adaptável de acordo com a necessidade social, econômica e política e, ora serve à classe dominante ora serve à classe dominada, como todas as demais políticas, principalmente no Brasil.

A expressão ‘Educação Permanente’ tem servido para identificar, frequentemente, a preocupação por uma educação fora da escola ou do sistema educacional. Ela tem sido usada para designar muitas coisas diferentes, e até opostas, como: educação de adultos, educação extra-escolar, formação profissional, formação ‘supletiva’, reciclagem, educação informal, etc.[...] (GADOTTI, 1991, p.92, cf. nota rodapé 1).

Gadotti e Bárcia trabalham com a mesma linha de pensamento, no sentido de especificar as diferentes denominações pelas quais a Educação Permanente é apresentada à sociedade. No entanto, Bárcia (1982) acrescenta que a

Educação Permanente tem como premissa atender às necessidades sociais, que emergem conforme as constantes mudanças mundiais e, assim, preparam o homem em suas potencialidades individuais para novas áreas. Como este dois autores estudam a Educação Permanente e não tiveram vínculo com sua proposição e implantação, o discurso difere do discurso de Furter e também de Parkyn (1976, p. 12) para quem a Educação Permanente é “[...] simultaneamente um processo de vida no presente e de formação para o futuro [...]”. Isto porque este dois autores tiveram parte de suas obras construídas a partir da experiência adquirida no trabalho de elaboração e implantação da proposta na França e no mundo.

Todo percurso que a Educação Permanente teve na França, na Europa, foi aos poucos sendo repassado ao mundo através da UNESCO. Os países desenvolvidos queriam a implantação de uma proposta que aprimorasse o conceito de educação escolar e os países em desenvolvimento ou semi desenvolvidos precisavam desta proposta para tentar qualificar a população para as diferentes frentes de trabalho. Na América, a Instituição que primeiro trouxe essa discussão foi a Organização Pan-Americana de Saúde. No Brasil, a proposta foi introduzida na área da Educação, mas foi na Saúde que ela se tornou uma ação de Política Nacional. Para que seja compreendida esta trajetória, bem como a construção da proposta, vamos buscar nos eventos de saúde como tudo ocorreu. (GADOTTI, 1982; LOPES et al. 2007)

3 EDUCAÇÃO PERMANENTE: DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

As conceituações de Educação Permanente estavam postas pelo mundo e a OPAS teve uma participação importante na inclusão deste debate no Brasil, mas como todas as conquistas trabalhistas, essa também teve árduo percurso. As propostas eram diversas, uma vez que a demanda no contexto da política de saúde no Brasil, a cada ano, mostrou grandes alterações, no que se refere ao seu aumento. Baseados nas demandas e condições de trabalho, os profissionais de todas as áreas foram elaborando suas propostas e as expressavam nos fóruns de debates da classe. Foi assim que pudemos ter os registros das Conferências Nacionais de Saúde, palco de discussões, tanto de formação, condições de trabalho como de atendimento ou serviços aos usuários.

Nestes espaços de debates, temos, a princípio, o trabalho dos médicos sanitaristas, que impulsionaram o movimento por melhores condições na formação acadêmica e posteriormente no nível técnico, isto em virtude das constatações da necessidade emergente na sociedade. Os trabalhadores se incorporaram a este processo e juntos foram construindo uma trajetória de lutas e conquistas, que foi se alterando de acordo com o desenvolvimento econômico, social e político do país.

Muitas foram as denominações dadas à proposta de Educação Permanente, de formação profissional, aperfeiçoamento, aprimoramento, capacitação, reciclagem, qualificação profissional, educação continuada, formação permanente até conseguirem entender os conceitos e, principalmente, compreender as diretrizes da Educação Permanente, tal qual nos trazem os autores da pedagogia, para perceberem a necessidade da interlocução entre ensino e serviço.

É com esta diversidade de nomenclaturas que Educação Permanente em Saúde teve suas diretrizes delineadas. Foi baseado nas demandas emergentes do cotidiano dos trabalhadores/profissionais da saúde, que se fizeram as adequações que garantissem formação e desenvolvimento para a saúde pública, visando atender às necessidades debatidas há anos. A Educação Permanente passa de uma proposta pedagógica ou andragógica na educação para uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Foi com vistas neste panorama que trouxemos fragmentos dos Anais e Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde no Brasil.

3.1 AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE NO CAMINHO DA FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Por que falamos em formação profissional e não em formação dos trabalhadores como a Política de Educação Permanente institui? Isto faz parte da história da luta por melhores condições na formação e no atendimento dos usuários. Para que possamos compreender este trajeto, iremos apresentar algumas ações que foram instituídas na saúde e, que servem de base para a proposta atual de formação.

Conforme relato de Marsiglia (1995), Pagliosa e Da Ros (2008), a partir da apresentação do relatório produzido por Abraham Flexner, em 1910 sobre o ensino médico superior intitulado: *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, houve grandes avanços para as faculdades nos Estados Unidos da América e influenciou a medicina mundial, inclusive o Brasil nas décadas de 1940 e 1950. Diante da reforma da formação médica, que vinha se propondo o Relatório de Flexner, deu suporte para que as ações tivessem maiores êxitos, pois de acordo com Marsiglia, as propostas eram:

- sólida formação em ciências básicas;
- pouca ênfase nos aspectos de prevenção e promoção da saúde;
- valorização do aprendizado dentro dos hospitais, com recomendação para que as faculdades tivessem os hospitais de ensino;
- recomendação para que o corpo clínico destes hospitais-escola fosse próprio e permanente;
- assistência ambulatorial só para os casos de internação;
- organização da assistência médica em cada especialidade;
- ensino da assistência obstétrica dentro e fora do hospital;
- que os hospitais escolas contassem com a média de quatrocentos leitos para cada cinquenta estudantes.

A autora afirma que o Relatório Flexner influenciou a criação das Escolas de Saúde Pública.

Plagiosa e Da Ros complementam dizendo que:

Se, por um lado – para o bem –, o trabalho de Flexner permitiu reorganizar e regulamentar o funcionamento das escolas médicas, por outro – para o mal -desencadeou um processo terrível de extirpação de todas as propostas de atenção em saúde que não professassem o modelo proposto. O grande mérito – para o bem – da proposta de Flexner é a busca da excelência na preparação dos futuros médicos, introduzindo uma salutar racionalidade científica, para o contexto da época (2008, p.495).

Ainda segundo Marsiglia (1995), a partir deste Relatório, algumas ações foram sendo desencadeadas pelo mundo, como o informe Dawson, em 1920, que teve sua influência nas faculdades da URSS e Inglaterra e na definição do Plano Beveridge em 1942, o qual influenciou as bases do *Welfare State* dando as diretrizes à seguridade social. No entanto, a proposta de Dawson era oposta à indicação de Flexner para o ensino médico. Dawson indicava uma coordenação nas ações preventivas e curativas, bem como a articulação da Política de Saúde com a Lei dos Pobres.

No período de 1920 a 1940, o número de escolas médicas aumentou substancialmente e o ensino da saúde pública teve sua relevância, embora o ensino de higiene seja da época colonial no Brasil, foi reformulado, com o apoio da Fundação Rockefeller. Em 1945, foi fundada a Faculdade de Higiene e Saúde Pública de São Paulo e, na década de 1950, a Escola Nacional de Saúde Pública no Rio de Janeiro.

Com as novas atividades sendo desenvolvidas na área da saúde, começaram a reaparecer os problemas que ainda não estavam totalmente sanados. Segundo Lopes et al. (2007), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), verificando as falhas na formação das equipes, diante das necessidades postas pelo serviço, a partir da década de 1970 sugeriu um debate para a construção de um novo modelo pedagógico para melhorar as práticas na saúde. Tendo em vista que o planejamento da saúde tinha ligação com o planejamento dos recursos humanos, iniciou uma pesquisa nos países latino-americanos a fim de buscar alternativas para a formação em saúde.

A procura de alternativas já havia aparecido na OPAS em 1958, quando foi publicado um estudo sobre a condição sanitária das Américas e reaparecem com a 1ª Conferência Pan-Americana sobre Planejamento de Recursos Humanos em Saúde no Canadá em 1973, quando ficou explícita a necessidade de readequar a formação dos profissionais da saúde, pois não estava mais

respondendo à demanda emergente. Com base nestas constatações, “a proposta de Educação Permanente foi disseminada pela América Latina como estratégia para alcançar o desenvolvimento da relação entre o trabalho e a educação. Este conceito admite que o conhecimento se origina na identificação das necessidades e na busca de solução para os problemas encontrados [...]” (LOPES et al, 2007. p.3).

A OPAS buscou nos documentos da UNESCO as bases da Educação Permanente que, até então, era aplicada exclusivamente na área da educação, trazendo para a saúde um impulso, rumo aos novos tempos e às necessidades que emergiam junto à população usuária da saúde.

É relevante abriremos um parêntese e enfatizar que o Movimento em Saúde e suas ações no Conselho Nacional de Saúde e nas Conferências Nacionais de Saúde, são pioneiros, no que se refere às lutas por políticas públicas no país¹⁰. Embora, atualmente, a Política de Saúde esteja amparada por leis, as diversas condições social, política e econômica não proporcionam o que se almejou: a integralidade e a universalidade. A descentralização foi conquistada, implantada e temos que ponderar, contudo, até que ponto tem conseguido atender à demanda posta.

Para que possamos dialogar sobre a Educação Permanente em Saúde é necessário que façamos a reconstrução do caminho percorrido, pelos trabalhadores desta área, na busca por melhores condições na formação e no trabalho. Nada melhor que colocar em evidência um dos espaços de maior debate em todas as políticas setoriais: as Conferências Nacionais, pois são nelas que foram registradas, oficialmente, as reivindicações e as propostas.

¹⁰ De acordo com os registros do Ministério da Saúde (2009) o Conselho Nacional de Saúde – CNS - foi instituído em 1937, pela Lei nº 378, que reformulou o Ministério da Educação e da Saúde Pública. O Conselho tinha ações de cunho consultivo e normativo, não fazia deliberações. Seus membros eram indicados pelo Ministro de Estado. Neste período, o Estado só realizava atendimento na saúde em casos de hanseníase, tuberculose e doença mental. Em 1953, a Lei 1.920 criou o Ministério da Saúde, com a separação dos Ministérios da Educação e da Saúde. O CNS passou a ser regulado pelo Decreto 34.347 de 1954, com a função de auxiliar o Ministro de Estado nas ações em Saúde Pública. Este Decreto sancionou que seriam dezessete o número de membros no Conselho e as Secretarias seriam ocupadas por servidores do Ministério da Saúde. Outro Decreto, em 1954, aumentou o número de membros para vinte e quatro. Vários outros decretos passaram pelo CNS, alguns avançando outros retrocedendo. Em 1990, foi criado o novo CNS, com base nas Diretrizes do Sistema Único de Saúde, fruto da Constituição Federal de 1988. A partir deste momento, o CNS começou a deliberar sobre assuntos na saúde pública, via resoluções, as quais deveriam ser adotadas pelo Ministério. Em 2006, com o Decreto 5.839, ficou instituído que o CNS deve contar com 48 conselheiros titulares, representantes do governo, dos prestadores de serviço, dos profissionais de saúde e dos usuários. Desta forma, a composição ficou de acordo com as lutas que o movimento em saúde vinha buscando.

A 1ª Conferência aconteceu em 1941, um dos momentos através do qual o país buscava aparecer para o mundo, mas se esquecia de cuidar da população. Nesta Conferência, os trabalhos giraram em torno da preocupação com a parte sanitária. As propostas que apareceram no Relatório Final foram:

1. organização sanitária estadual e municipal;
2. ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose;
3. determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento;
4. plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.

De acordo com o Relatório Final desta Conferência, outra intenção foi articular as administrações federal, estadual e municipal. Para que os serviços públicos de educação e saúde fossem realizados de forma racionalizada, também contavam com a colaboração dos serviços da iniciativa privada. Esta discussão apresenta a realidade pela qual o país passava neste período (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE- CNS, 1941).

Durante as décadas de 40 e 50 dois movimentos inter-relacionados vão marcar os embates no campo da saúde. O primeiro é uma aproximação da saúde com o tema do desenvolvimento econômico-social, que teve implicações principalmente no campo da saúde pública. O segundo é o aumento das tensões pela expansão dos benefícios previdenciários e de assistência médica (LIMA, 2006, p.12).

Esta expansão dos benefícios previdenciários é resultado do processo que teve início com a Lei Eloy Chaves, em 1923, que criou as Caixas de Assistência e Previdência nas quais as instituições eram vinculadas, através das Caixas de Pensões e Aposentadorias (Caps), condição que possibilitou uma política compensatória para os trabalhadores. “[...] Essa forma de incorporação definiu também os limites ao acesso: a assistência médica era benefício ao qual passaram a fazer jus apenas os segurados previdenciários e seus dependentes [...]” (IPEA, 1996, p. 29). Esta Lei é considerada o marco inicial da Previdência Social no Brasil.

Com este desenho político, a 2ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu nove anos depois, em 1950. Nas duas primeiras, o principal tema discutido

foi a criação do Ministério da Saúde, o que se tornou realidade em 1953. Tanto na primeira como na segunda Conferência, segundo Borges (2007, p.26), “[...] era inconcebível a participação social [...]”. Em relação a esta Conferência, há registros da data que ocorreu, no entanto não tem arquivo oficial para acesso, seja no Conselho Nacional de Saúde, tampouco no Ministério da Saúde. Mas, pelo contexto político, não deve ter sido muito diferente da primeira Conferência. Em 1953, houve a separação do Ministério da Educação e da Saúde, proporcionando à área da Saúde melhores condições de reivindicar seus espaços. Neste período, o país estava na busca pelo desenvolvimento, as ações eram voltadas para este propósito: crescer cinquenta anos em cinco, conforme previa o mandato de Juscelino. Este projeto possibilitou a implantação dos hospitais privados no país. Em todos os mandatos políticos desta época, o Plano Nacional de Saúde era desenhado, mas pouco era efetivado na área pública, principalmente no que se relacionava a investimento, trajetória que veio desde 1930. No entanto, Bravo (2001) nos explica que apesar de não ter sido totalmente implementado, nos anos 1950, 1956 e 1963 houve variações favoráveis no investimento com a saúde no Brasil, isto no que se refere às condições sanitárias.

Quase dez anos após a separação dos Ministérios, em 1963 dos 3677 municípios, 2100 não tinham nenhuma estrutura de saúde, isto conforme relato assinado pelo Ministro da saúde Wilson Fadul. Neste mesmo ano ocorreu a 3ª Conferência Nacional de Saúde. Pelo registro dos Anais, a discussão contemplou os seguintes temas:

- a) Situação sanitária da população brasileira. Apreciação geral dos problemas;
- b) Distribuição das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal;
- c) Municipalização dos serviços de saúde e;
- d) Fixação de um Plano Nacional de Saúde (CNS, 1963, p.8).

O texto de apresentação dos Anais desta Conferência aponta que a ideia de Saúde é inseparável do processo de desenvolvimento, sendo esta ligada ao desenvolvimento econômico, social, político e cultural da comunidade. O discurso que perpassava por vários nomes era de que o país deveria se desenvolver, para aumentar os salários e, assim, melhorar a condição de vida da população, para que esta tivesse como adquirir subsídios para “ter” saúde.

A proposta de municipalização dos serviços vinha responder a um contexto político que foi semeado e mais tarde com o governo Ronald Reagan, nos Estados Unidos da América (EUA) e Margareth Thatcher, na Inglaterra, ganhou expansão no mundo. Ações desenvolvidas no Departamento de Estado norte americano, no Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e no Fundo Monetário Internacional (FMI) ganharam teoria oficial, conhecida, posteriormente, como Consenso de Washington. Tal Consenso desencadeou práticas políticas, econômicas e sociais em direção à era do Estado mínimo, da desestatização, da desregulamentação, da descentralização e da abertura comercial. Esta foi a forma dos interesses dominantes dos países centrais fragilizarem os Estados nacionais periféricos e interferirem diretamente nos mecanismos de descentralização das Políticas, neste caso, da Saúde.

As propostas de melhorar a formação e proporcionar educação continuada entraram no palco das discussões da saúde para refletir a necessidade posta no cotidiano profissional. E nas Conferências Nacionais, as plenárias se manifestaram e reproduziram nos Anais e Relatórios, suas ideias de mudanças. Embora houvesse crescido a oferta de serviços privados na saúde, a assistência médica previdenciária continuou até 1964 sendo realizada pelo Instituto, destaca Bravo, (2001).

Como muitas, ou quase todas as ações no país eram controladas pelo governo, em virtude do Regime Militar, somente algumas atividades puderam ter continuidade. Uma em especial foi a Conferência Nacional de Saúde. A 4ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1967, foi apresentada com o tema central “Recursos humanos para as atividades de saúde”, o que apontou para a concretização das discussões para melhorar a qualidade do serviço e atendimento na área da saúde no país. Isto porque é, neste período, que o modelo privatista se reforça, expressando-se em pouco investimento no setor público. Na introdução dos Anais deste evento, observam-se alguns apontamentos que indicam os rumos da discussão.

A IV Conferência Nacional de Saúde, reunindo autoridades e professores universitários, autoridades e profissionais de saúde, para a discussão de problemas comuns, representou, no dizer do Exmo. Sr. Ministro da Saúde, a Oportunidade **‘de os educadores se tornarem mais sanitaristas e de os sanitaristas se tornarem mais educadores’** (CNS, 1967, p. 13, grifo nosso).

Pode-se perceber, com a fala do Ministro Leonel Miranda Tavares de Albuquerque, a necessidade da troca de informações entre ensino e serviço, para melhorar a condição das duas pontas. Teoria e prática se complementando para garantir ações que atendam às demandas postas. Este pensamento, mais tarde, se tornou uma das diretrizes da educação em saúde. Assim, a partir do tema central foram trabalhados os seguintes tópicos:

- 1) O profissional de saúde de que o Brasil necessita.
- 2) Pessoal de nível médio e auxiliar.
- 3) Responsabilidade do Ministério da Saúde na **formação e aperfeiçoamento** dos profissionais de saúde e do pessoal de nível médio e auxiliar.
- 4) Responsabilidade das universidades e escolas superiores no desenvolvimento de uma política de saúde (CNS, 1967, p. 17 – grifo nosso).

Neste momento histórico, houve o primeiro registro, em Conferência Nacional, da necessidade de melhorar a formação e aperfeiçoar os trabalhadores na área da saúde. Mas, para que isso ocorresse seriam necessárias Políticas de Saúde que dessem respaldo às ações e, no momento não era isto que acontecia, mesmo com o comprometimento do Ministério no primeiro item dos Anais da Conferência: “A responsabilidade do Ministério da Saúde na formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde e do pessoal de nível médio e auxiliar.” Dentre as responsabilidades estavam: Pós-graduação para diversas áreas; especialização para diversas áreas de suporte à saúde; Preparo do pessoal auxiliar – nível médio (CNS, 1967).

Conforme relatos de Marsiglia (1995) é no período da década de 1960 a meados de 1970 que fica registrada a primeira fase da normatização do ensino/serviço, a partir da iniciativa da Previdência Social com a regulamentação dos estágios dos alunos nos serviços, a qual atendeu à necessidades das escolas que não tinham hospitais próprios. Esta relação ensino/serviço consiste numa das condições fundantes para a formação dos profissionais de saúde. Quatro Decretos do Executivo compuseram esta primeira fase, em 1961, 1968, 1970 e 1972 e “regulamentaram o ensino e o treinamento dos futuros profissionais dos órgãos públicos” (MARSIGLIA, 1995, p. 42).

Estas propostas, como tantas outras, ficaram escritas, mas poucas puderam ser cumpridas. O conteúdo da Conferência reflete, explicitamente, a

necessidade que os trabalhadores da Saúde tinham de formação permanente. O Movimento da Saúde permaneceu nas Conferências e nelas pautando as dificuldades que vinham sendo detectadas, embora a situação fosse de prioridades às ações imediatas e não de médio ou longo prazo, como era a necessidade de formação dos trabalhadores da saúde.

A trajetória de lutas e mudanças, embora sem alterações substanciais, criou condições para novas conquistas ou, pelo menos, possibilitou a ampliação do espaço de discussão para a área da saúde pública. Os profissionais que vinham buscando garantir qualidade no trabalho e nos atendimentos procuravam, através do Movimento Sanitário, ocupar alguns lugares. Dâmaso (1995) afirma que o Movimento Sanitário teve dois lados: o primeiro levanta uma bandeira contra-hegemônica com vocação sanitária, um deslocamento de forças da sociedade civil, isto ele denomina “o braço estatal do movimento sanitário”; do outro lado, estava o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) em 1976, formado por médicos do curso de saúde pública da USP, integrado com outros movimentos sociais na busca de construir uma consciência sanitária na população brasileira. O autor coloca que o Movimento Sanitário teve três atores sociais: setor intelectual progressista no aparelho do estado; universidade e centros acadêmicos, Programas de estudo socioeconômicos de saúde (PESES) e; Organização da sociedade civil – CEBES. Foram estas bases de contestação à Ditadura Militar que criou campo para a estratégia de mudança conhecida como Reforma Sanitária.

Apesar de sua origem acadêmica, o Movimento Sanitário não se limitou à vertente de produção de um novo saber; ao contrário, em todos os momentos caracterizou-se por aliar a produção científica à busca de novas práticas e à difusão ideológica de uma nova consciência sanitária. [...] Os médicos foram o primeiro setor dos trabalhadores a desafiar o governo militar e convocar uma greve geral por melhores condições salariais [...] (TEIXEIRA; MENDONÇA, 1995, p. 205).

Os médicos sanitaristas, que formaram o Movimento Sanitário, faziam parte, segundo Dâmaso (1995), dos setores de medicina preventiva que, de acordo com os relatos de Marsiglia (1995), tiveram origem a partir dos seminários de Viña Del Mar, organizado pela Opas no Chile em 1955 e em Tehuacán, no México, em 1956, os quais tiveram efetiva influência na criação destes departamentos na América Latina. Foram estes departamentos que começaram o trabalho que

Marsiglia chama de “extramuros”, a criação de *campi* avançados, nos quais trabalhavam os estudantes e os docentes de medicina preventiva, com programas domiciliar e familiar.

Os médicos sanitaristas tiveram grande importância nas representações em diferentes instâncias do país, mas não podemos esquecer os trabalhadores de base¹¹ que sempre estiveram firmes na luta para garantir que seus esforços fossem reconhecidos.

A 5ª Conferência Nacional não teve título específico, os tópicos de trabalho ficaram em questões próximas das que vinham sendo discutidas nas outras Conferências, no sentido de trabalhar com as demandas oriundas das carências urgentes na área da saúde. As propostas que compuseram o Relatório Final do evento foram:

1. Sistema nacional de saúde.
2. Programa de saúde materno-infantil.
3. Sistema nacional de vigilância epidemiológica.
4. Programa de controle das grandes endemias.
5. Programa de extensão das ações de saúde às populações rurais.

Considerando todos os temas e discussões, entre outros, no item do Sistema de Saúde ficou recomendado que houvesse a programação adequada das atividades e **aprimoramento da formação profissional** (CNS, 1975).

Neste período, o investimento era pesado na economia, tudo para tentar expandir a indústria nacional, procurando ampliar as fontes alternativas de energia, para superar a crise do petróleo. Enquanto isso, a dívida externa do Brasil crescia e a saúde continuava “doente”. E como pudemos perceber, nesta Conferência, não ficou nenhum registro no que se refere à formação do pessoal da saúde.

A 6ª Conferência Nacional não mudou o conteúdo, sustentou e manteve o que vinha sendo proposto. Como a direção política do país não alterou, as propostas foram basicamente fundadas com o mesmo fim. E assim foram apresentadas nos Anais:

- 1) Situação atual do controle das grandes endemias;

¹¹ Aqui estamos nos referindo a todos os trabalhadores da atenção básica que executam os serviços, sejam médicos, técnicos de enfermagem ou atendentes de recepção.

- 2) Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde;
- 3) Interiorização dos serviços de saúde;
- 4) Política Nacional de Saúde.

Pelo item três, ficou estabelecido, no Relatório Final, que deveria haver “[...] aceleração do processo de **capacitação** de recursos humanos, objetivando a implantação e execução do programa, prevista a **reciclagem periódica através de cursos e estágios**; [...]”(CNS, 1977, p.6, grifo nosso).

Em 1978, na URSS, em Alma-Ata, foi realizada a Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, na qual se elegeu a “Saúde para Todos” como atenção básica para alcançar até o ano 2000. Deste evento, resultou a Declaração de Alma-Ata, que deu as diretrizes para o mundo criar estratégia de garantir saúde a toda a população até o ano 2000. Estas estratégias vinham ao encontro do que os médicos reivindicavam na qualidade da formação, a garantia de poder trabalhar com a população nos diferentes espaços, tendo em vista a necessidade real, cotidiana.

Os anos passam e eram criadas estratégias de enfrentamento para este período que marcou o Brasil.

Não é exceção a história da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). Criada em 27 de setembro de 1979, exatamente um mês após a assinatura da lei de anistia que representava o início de um novo período da vida política brasileira, a Abrasco reflete ao longo de sua trajetória uma íntima ligação com as transformações que ocorreram não só no âmbito da Saúde Pública, mas também no contexto político institucional brasileiro, resultando da ativa participação de um conjunto de atores nesse cenário [...] (FONSECA, [2004], p. 21).

A ABRASCO é uma das associações que fomenta as discussões políticas da área da saúde e traz até para a atualidade a experiência de tempos pretéritos para fomentar a formação e qualificação dos profissionais da saúde.

A 7ª Conferência Nacional de Saúde trouxe como tema central a “Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos”. Na fala do consultor da OPAS, Sr. Carlyle Guerra de Macedo, ficou clara a necessidade de formação para o recurso humano da saúde, como condição fundamental para o desenvolvimento dos serviços básicos e, também, a necessidade de romper com as

barreiras da escola e do serviço, procurando assegurar o caráter permanente da educação. Os sub-temas tratados deram respaldo a esta discussão:

- 1) Regionalização e Organização de Serviços de Saúde nas Unidades Federadas.
- 2) Saneamento e Habitação nos Serviços Básicos de Saúde-o PLANASA e o Saneamento Simplificado.
- 3) Desenvolvimento de Recursos Humanos para os Serviços Básicos de Saúde.
- 4) Supervisão e Educação Continuada** para os Serviços Básicos de Saúde.
- 5) Responsabilidade e articulação interinstitucional (Níveis Federal, Estadual e Municipal). Desenvolvimento Institucional e da Infra-Estrutura de apoio nos Estados.
- 6) Alimentação e Nutrição e os Serviços Básicos de Saúde.
- 7) Odontologia e os Serviços Básicos de Saúde.
- 8) Saúde Mental e as Doenças Crônico-Degenerativas e os Serviços Básicos de Saúde.
- 9) Informação e Vigilância epidemiológicas e os Serviços Básicos de Saúde.
- 10) Participação Comunitária. E os Serviços Básicos de Saúde e as Comunidades.
- 11) Articulação dos Serviços Básicos com os Serviços Especializados no Sistema de Saúde (CNS, 1980, p.12, grifo nosso).

No item do desenvolvimento de recursos humanos, foi apresentada uma proposta de Política visando à formação de recursos humanos para serviços básicos. Neste esboço, foram tratados temas como o financiamento, a regionalização e a operacionalização para que pudesse obter êxito. A Proposta de formação veio com a nomenclatura de **Educação Continuada** no item 4 e foi tratada entre as prioridades de discussão. Esta Conferência fez uma pormenorização dos conteúdos, abrindo para eixos que não haviam sido discutidos, como a participação comunitária. Participação esta que, mais tarde, veio constituir o Controle Social. Não controle do Estado sobre a população, como ocorreu na época da Ditadura Militar, mas o controle da sociedade sobre as ações do Estado.

A formação de recursos humanos em especial a formação médica após a implantação dos programas “extramuros” tomou novas dimensões, principalmente porque foi avaliado o tipo de formação que os profissionais vinham recebendo. Feuerwerker e Sena (1999, p. 56) em estudos sobre os modelos acadêmicos colocam que “[...] constatou-se que a formação profissional de saúde estava sustentada em paradigmas de uma educação tradicional, [...] baseada na transmissão de conhecimento e na experiência do professor, na supervalorização do

conteúdo da matéria e na expectativa que o aluno o absorva e reproduza”. Assim a experiência “extramuros”, que Marsiglia pontua, veio trazer a condição do ensino/serviço, a interlocução entre o saber e o fazer, a teoria e a prática. Baseada nas necessidades da sociedade ou do profissional é a proposta de ensino.

Nos anos de 1980, a proposta de Integração Docente Assistencial – IDA foi instituída como articulação entre a instituição de educação e de serviço de saúde. IDA era definida como o novo processo de ensino-aprendizagem, com base na realidade concreta e na participação do aluno na elaboração do currículo e no conteúdo acadêmico, realizando assim, uma interação permanente entre o ensino e o serviço.

O final da década de 1970 até meados de 1980, Marsiglia (1995) diz que foi a segunda fase da normatização a partir da iniciativa do Ministério da Educação e Cultura em acordar entre Opas/MEC/MPAS em 1979 o apoio ao ensino/serviços. Nesta fase foi sancionada a Lei que criou o Sistema Nacional de Saúde em 1975. Dois anos depois criou-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas). Ainda em 1977, a articulação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social, apontou a formação da Rede Médico-Sanitária de caráter público. “Um dos objetivos centrais do acordo [de 1979] era aperfeiçoar os processos e mecanismos de Integração Docente Assistencial [IDA] na formação de recursos humanos para a saúde, desenvolvendo sistemas formais de capacitação que compreendessem redes de serviços de ensino e assistência sanitária” (MARSIGLIA, 1995, p. 46). Deste acordo foi criado o Programa geral de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde no Brasil. Os projetos IDA situam formação dos profissionais de saúde na realidade regional e nacional. Deveria ser estimulada a criação de Distritos Docentes Assistenciais os quais seriam divididos por Regionais ou Sub-Regionais da medicina social do Inamps.

Depois do período de Ditadura, o país entrou em novo contexto político com a Nova República. Houve a instituição da democracia, a partir da eleição do Colégio Eleitoral em 1985, momento em que foi eleito o Presidente da República Tancredo de Almeida Neves, falecido antes da posse, e a presidência do país foi passada para o seu vice, Sr. José Sarney.

3.1.1 As Mudanças a Partir do Marco da 8ª Conferência Nacional de Saúde

Diante deste novo cenário brasileiro, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi realizada de 17 a 21 de março de 1986 com o título “Democracia é Saúde”, propondo três temas para os trabalhos:

1. Saúde como inerente à cidadania e à personalidade.
2. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde.
3. Financiamento do setor de saúde.

Nos Anais são citadas discussões como o desenvolvimento e implantação de programas maciços de **educação continuada**. No Relatório Final, dentro do tópico de itens relacionados com a política de recursos humanos, pauta a **capacitação e reciclagem permanente**. Nomenclaturas diferentes, mas com o objetivo de proporcionar formação continuada para os trabalhadores da saúde (CNS, 1987).

Embora a Conferência tenha ocorrido em outro contexto político no país, ainda não foi neste momento que ocorreram as mudanças esperadas em relação à saúde no Brasil. Os apontamentos, no entanto, já davam direção para os novos rumos que a Política de Saúde viria tomar, principalmente no que se referia à ampliação dos direitos à saúde. A responsabilidade foi chamada para os diversos setores da saúde no sentido de procurar ampliar as discussões que, até então, estavam sendo vetadas. Com as discussões que permearam o evento, foram recomendadas conferências específicas para tratar de temas específicos, um deles foi dos recursos humanos para a saúde. Este evento foi um marco pelas lutas por melhores condições de trabalho na área.

A Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, que teve como tema central a ‘Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária’, realizada de 13 a 17 de outubro de 1986, constituiu em fórum privilegiado de debate da problemática específica dessa área, em continuidade à 8ª Conferência Nacional de Saúde. A discussão dos núcleos temáticos aglutinou profissionais das áreas de saúde, educação, trabalho e administração, assim como usuários do setor saúde na intenção de assegurar um caráter mais abrangente às análises e avaliações dos diversos aspectos que compõem uma política de recursos humanos para o setor saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS (CNRH), 1986, p.11).

Os eixos subdivididos no evento deram vazão a inúmeros debates, para pensar o fazer do trabalhador na saúde, a divisão das responsabilidades, o conhecimento das situações e demandas postas. Foi tratada a questão da formação do trabalhador através das pós-graduações visando à interlocução entre instituição de ensino, trabalhadores e instituições de serviços na busca de melhores condições, tanto para a formação quanto para o desenvolvimento das atividades no processo de trabalho. A proposição de ensino/serviço saiu deste evento com vários apontamentos como mecanismo de consolidação do sistema de saúde que, mais tarde, deram subsídios para o conteúdo da Lei Orgânica da Saúde, quando trata da formação dos trabalhadores.

Neste momento histórico, a proposta era de **educação continuada**, conceituada no documento como: “[...] processo organizado, permanente, sistemático, direcionado a clientela institucional, com uma política de saúde definida tendo em vista a real necessidade dos usuários” (CNRH, 1986, p.28). Toda a discussão que perpassou por este conceito tinha a direção de melhorar a qualidade nos diferentes níveis de formação dos trabalhadores.

A 8ª CNS foi o grande marco na história das Conferências de Saúde no Brasil. Foi a primeira vez que a população participou das discussões da Conferência. Suas propostas foram contempladas, tanto no texto da Constituição Federal/1988, como nas Leis da Saúde, nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90. Participaram dessa Conferência mais de 4.000 (quatro mil) pessoas, dentre elas 1000 (um mil) delegados impulsionados pelo Movimento da Reforma Sanitária que propuseram a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde, que envolve promoção, proteção e recuperação (CNS, 1986).

Desta Conferência saiu parte do texto do artigo que trata da Saúde na Constituição Federal Brasileira de 1988, documento que trouxe para a Lei as lutas que vinham sendo travadas há anos no cenário brasileiro. Entre estas conquistas podemos mencionar o tripé da Seguridade Social com a junção Previdência Social, Assistência Social e Saúde¹². O Sistema Único de Saúde – SUS se concretizou neste documento, saindo do Regime Assistencial de ônus

¹² “Artigo 194 -A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.” (BRASIL, 2003a)

previdenciário para o serviço público, à “gratuidade”¹³ da saúde com acesso universal, pois até então, só tinha direito à saúde o trabalhador com carteira assinada.

É no marco da 8ª Conferencia que Marsiglia aponta a terceira fase da normatização do ensino/serviço. “[...] Na ocasião, a questão da necessidade de formação de recursos humanos na área de saúde em consonância com organização do sistema de saúde foi reforçada, bem como as experiências de Integração Docente Assistencial” (CNS, 1995, p. 50).

A Constituição Federal trouxe a garantia dos direitos do cidadão brasileiro, tratando de todos os aspectos social, econômico e político. Na saúde, especificamente o artigo 196 cita: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2003a, p.76). Trouxe ainda a adequação da formação para os trabalhadores da saúde. Consta no artigo 200 inciso III: “Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: [...] III – ordenar a **formação** de recursos humanos na área de saúde; [...]” (BRASIL, 2003a, p.77, grifo nosso).

No entanto, para que houvesse eficácia nas ações, foi necessário criar leis complementares, no caso a Lei Orgânica da Saúde, composta pelas Leis 8080/90 e a 8142/90. Estas leis vêm dar direcionamento mais detalhado sobre os rumos da Política de Saúde no país, com vistas à gestão do SUS, à participação da comunidade, ao financiamento, à promoção, à proteção, à recuperação da saúde e formação dos recursos humanos. No art. 14 da Lei 8080/90 está posto:

Deverão ser criadas comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior. Parágrafo único – Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a **formação e educação continuada** dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde – SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições (BRASIL, 2003b, p. 165, grifo nosso).

¹³ Colocamos entre aspas, para explicitar a condição, pois tendo em vista que o financiamento das políticas sociais é decorrente dos impostos arrecadados dos brasileiros diariamente, não existe gratuidade.

Ainda na Lei 8080/90, Título IV, dos Recursos humanos, artigo 27, inciso I, está mencionado: “organização de um sistema de **formação** de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal” (BRASIL, 2003b, p. 171, grifo nosso). Mais uma vez, o trabalhador da saúde tem seu direito à educação continuada, garantido em Lei. Condição que vem sendo construída nas plenárias há muitos anos e, “hoje”, é citada em várias instâncias legais. Essas prerrogativas vão encontrar dificuldades de operacionalização a partir da década de 1990, momento em que a ideologia neoliberal se fez presente, mais explicitamente orientando as políticas governamentais, gerando mudanças profundas na economia. A discussão sobre a descentralização política e administrativa se instituiu, porém, ao instituí-la, não se levou em conta a diversidade espacial e populacional dos municípios, as diferentes capacidades operacionais, o grau de articulação entre sociedade organizada e os governos locais, aspectos que dificultaram muito a condução das políticas públicas descentralizadas. As mudanças foram propostas para maior agilidade no processo, mas nem todos estavam preparados para assumir responsabilidades, seja política, seja administrativa.

A população tinha muito para reivindicar, pois, após a eleição em 1990, Collor negou o que havia sido garantido na Constituição Federal. Seu governo permitiu a “invasão” neoliberal no país com a privatização e mercantilização dos serviços, ampliando espaço às grandes empresas nacionais e multinacionais. A Saúde correu o risco de perder suas conquistas, deu-se início à desvalorização da saúde pública e supervalorização dos planos de saúde privados como no Regime Militar. Com os ajustes fiscais e o baixo financiamento para a saúde pública, a precarização dos serviços e o sucateamento de equipamentos e estruturas ocorreram de forma assustadora, pois a população continuou crescendo e as condições de saúde, cada vez mais, diminuídas.

Dez anos depois da criação Integração Docente Assistencial (IDA), nasceu uma nova proposta, a partir da crítica do que vinha sendo desenvolvido. Segundo o Dr. Mário Chaves¹⁴, o termo “integração” estava sendo mal aplicado, deixando confusas as instituições de ensino e serviço e de acordo com ele, estes não deveriam perder suas identidades. Diz que a ideia de “assistência” limita as

¹⁴ Membro da Fundação Kellogg em 1972. (ver MARSIGLIA, 1995).

ações de promoção e autocuidado e termina acrescentando que a ideia “docente” enfoca mais o ensino que a aprendizagem. Para o Dr. Mário, a proposta do projeto “União com a Comunidade” (UNI) é a continuidade do que já vinha sendo realizado. A IDA já não servia para explicar a realidade, o UNI apresentava novas dimensões como equipe multiprofissional, dimensão pedagógica e enfoque familiar. Um dos pontos negativos da IDA foi a não adesão das carreiras clínicas, gerando, assim, uma adesão marginal das faculdades. Estas críticas foram levantadas pelos membros das agências financiadoras e dirigentes como Fundação W.K. Kellogg a mesma que propôs a estruturação do UNI, visando a educação nas profissões de saúde. Os projetos do UNI se constituíram em três componentes: Universidade; Serviço e; Comunidade¹⁵ (MARSIGLIA, 1995).

No ano de 1992, foi realizada a 9ª Conferência Nacional de Saúde, que trouxe como tema central: “Municipalização é o caminho”. Os trabalhos foram subdivididos em três grandes eixos:

1. a seguridade social;
2. a implantação do SUS e;
3. o controle social.

No eixo da implantação do SUS a proposta de formação dos trabalhadores foi discutida e apresentada nas recomendações com o seguinte conteúdo:

Promover a imediata regulamentação do art.200 inciso III da Constituição Federal que atribui ao SUS a tarefa de ‘ordenar a formação de recursos humanos’; contemplar e garantir a **qualificação e/ou formação permanente**, permitindo a evolução do trabalhador na carreira; garantir escolas de formação de trabalhadores de saúde nas Secretarias de saúde ou através de articulação com Secretarias de Educação, Universidades e outras instituições públicas de ensino superior;[...]. (CNS, 1992, p.31, grifo nosso)

Pode-se perceber que, neste momento histórico, são usados dois termos para o ensino do trabalhador: qualificação e formação. Para tratar do assunto, iremos buscar duas autoras que propuseram uma discussão sobre a

¹⁵ Para saber mais sobre projeto UNI, ver ALMEIDA. Márcio José de. **Educação médica e saúde:** possibilidades e mudança. Londrina: Ed. UEL, 1999. e ALMEIDA, Marcio; Feuerwerker, Laura; LLANOS, Manuel.. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina:** teoria e prática de um movimento de mudança. Tradução de Adja Barbieri Durão et al. Tomo 1. Um olhar analítico. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999.

educação em saúde e fizeram alusão a estes termos, apontando seus significados. Pereira e Ramos (2006) dizem que estes termos apresentam caráter polissêmico nas literaturas e buscam em Antonio Catanni (1997) a definição de formação profissional:

[...] designa todos os processos educativos que permitam, ao indivíduo, adquirir e desenvolver conhecimentos teóricos, técnicos e operacionais relacionados à produção de bens e serviços, quer esses processos sejam desenvolvidos nas escolas ou nas empresas.[...] criada para designar processo históricos que digam respeito à capacitação para e no trabalho[...a formação] assume um caráter associado às ideias de autonomia e auto-valorização [...](PEREIRA; RAMOS, 2006, p. 14).

Já, sobre qualificação, as autoras vão a Marx buscar o conceito e entendem que é:

[...] uma articulação entre as condições físicas e mentais que compõem a força de trabalho, utilizadas em atividades voltadas para valores de uso. [...] Com o progresso do capitalismo [...] o conhecimento [...] passa a ser cada vez mais apreendido também como valor de troca, ou seja, passa a constituir-se também como mercadoria (PEREIRA; RAMOS, 2006, p.15).

Com estas duas breves definições, pode-se fazer uma nova leitura dos momentos em que são tratadas as propostas de educação profissional e contextualizar a que propósito elas servem e porque em cada momento histórico aparecem com diferentes nomes como: formação, capacitação, qualificação, aperfeiçoamento, educação continuada, formação permanente, entre outras que vão aparecendo no decorrer da história.

Os apontamentos que compuseram a proposta para os recursos humanos na 9ª Conferência foram detalhados nos diferentes setores da saúde, na tentativa de contemplar todos os espaços e, assim, poder garantir melhor qualidade no serviço e na formação.

Diferente do que parecia, com a criação da Conferência Nacional de RH não foi deixada de lado a discussão da formação profissional na Conferência Nacional de Saúde, pelo contrário, o tema continuou a ser tratado e trouxe argumentação para garantir espaço, pois quanto maior os problemas que passa o país, maior o reflexo na área da saúde. Este período, em particular, foi conturbado.

O Brasil passava por grandes escândalos políticos, gerando várias Comissões Parlamentares de Inquéritos (CPI), que desmascaram inúmeros parlamentares e, entre eles, o então Presidente da República Fernando Collor. O país passou, no mesmo mês da Conferência, por um *impeachment* presidencial.

Com a 9ª Conferência, foi recomendada a realização da 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos, com o intuito de propor diretrizes para a Política de RH e dar espaço aos trabalhadores para o debate das condições postas para área da saúde. Assim, em setembro de 1993, tendo como tema central: “Os desafios éticos presentes na atualidade histórica da evolução social brasileira”, os trabalhos perpassaram por dois eixos: primeiro, as necessidades de saúde e as formas de organização dos serviços voltados para seu atendimento; segundo, o trabalho no processo de produção de serviços de saúde e aqueles que dizem respeito à **preparação** dos agentes desse setor de trabalho. Neste segundo, a condição da formação continuada, foi um dos pontos mais debatidos, tema que reforça a proposição de interlocução entre ensino/serviço, proposta em outras Conferências (CNRH, 1993).

Na 10ª Conferência, o título foi “Onde dá SUS, dá certo!” que trouxe muita empolgação aos participantes, segundo cita o Relatório Final. Esta Conferência foi realizada em setembro de 1996 com seis eixos principais:

1. Saúde, cidadania e políticas públicas;
2. Gestão e organização dos serviços de saúde;
3. Controle social na saúde;
4. Financiamento da saúde;
5. Recursos humanos para a saúde;
6. Atenção integral à saúde.

Na proposta dos recursos humanos, ficou estabelecido que: “O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem promover programas permanentes de capacitação, formação e educação continuada, reciclagem e motivação às equipes e aos trabalhadores em Saúde, a fim de viabilizar um atendimento de boa qualidade técnica, humanizado e ágil [...]”. (CNS, 1996, p.66).

Foram pontuadas diversas questões que permeiam a área e evidenciando, mais uma vez, a necessidade da interlocução entre as instituições de serviço e as instituições de ensino, na busca de garantir a formação, qualificação e

capacitação permanente dos trabalhadores, em suas diferentes funções. Neste sentido, como já ocorreu em outras Conferências, foi solicitado que houvesse efetivação do que consta no artigo 200 da Constituição. Afirmam Teixeira e Lopes (2006) que, desde a 1ª Conferência Nacional de saúde em 1941, já apareceu a preocupação com os Recursos Humanos no setor de saúde, mas a 10ª Conferência Nacional de Saúde, em 1996, pode ser citada como a Conferência com maior resultado neste sentido, mesmo não tendo sido uma conquista fácil.

Quatro anos depois, ocorreu a 11ª Conferência Nacional de Saúde, que apresentou como título: “O Brasil falando como quer ser tratado: Efetivando o SUS – Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social.” Dentre os pontos trabalhados, neste evento, no Relatório Final são citados os seguintes:

1. O SUS como política social;
2. A gestão do SUS;
3. O acesso aos serviços do SUS;
4. O modelo assistencial no SUS;
5. Financiamento do SUS;
6. Recursos humanos -**Formação e capacitação** de RH para a saúde;
7. Controle social sobre o SUS;
8. Políticas de informação, educação e comunicação (IEC);
9. Responsabilidades dos poderes legislativo, judiciário e do Ministério Público na garantia de acesso, qualidade e humanização;
10. Desafios.

Nesta Conferência, o conteúdo sobre a formação subscreveu o que já havia sido tratado na Conferência anterior, deixando clara a necessidade de continuidade da formação principalmente pelas lacunas que ficam, seja ela acadêmica ou de nível médio, pois os trabalhadores estão tendo muita noção técnica e pouco conhecimento sobre as relações sociais que permeiam o serviço do SUS. Assim coloca: “Garantir aos Recursos Humanos em Saúde processos permanentes de **Educação Continuada**, nas três esferas de governo, inclusive sobre os princípios e diretrizes do SUS e conceitos básicos em Saúde Pública [...]”. (CNS, 2000, p.170, grifo nosso).

Quando se lê o documento citado, percebe-se a proporção a que chegou uma discussão que já vinha tomando corpo em diversas Conferências, ou seja, a necessidade de formação para os profissionais, assim como a educação continuada. As propostas eram de parcerias entre instituições, instâncias governamentais e não governamentais, para que o acesso fosse garantido. Apareceu a necessidade de trazer os problemas da atuação para o processo de aprendizagem. Isto é o que vinha sendo proposto enquanto ensino/serviço. Significa o trabalhador, a partir de suas dificuldades, deve trazê-las para o processo educacional e poder debater com colegas e encontrar soluções, coletivamente, visando melhorar a qualidade no trabalho e no atendimento do SUS.

3.1.2 A Educação Permanente em Saúde: de Proposta Pedagógica a Política Pública

Embora a área da Educação tenha sido a precursora na proposta da Educação Permanente, “[...] como vertente pedagógica esta formulação ganhou estatuto de política pública apenas na área da saúde [...]” (CECCIN, 2005, p.161).

No dia 4 de novembro de 2003, foi homologada pelo Conselho Nacional de Saúde – CNS -a Resolução 330 que aplica “*Os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS)*” como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS (BRASIL, CNS, 2003 grifo do autor). Em seguida, a Resolução 335 de 27 de novembro somou ao disposto anteriormente, instituindo a Política de Educação Permanente em Saúde, assim dizendo: “Afirmar a aprovação da **‘Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde’** e a estratégia de **‘Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde’** como instâncias locais, regionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente” (BRASIL; CNS, 2003, p.1, grifo do autor).

Esta ação veio para atender a uma das necessidades do Sistema Único de Saúde e atuar de forma pedagógica para realizar ações no setor de saúde. Neste documento, o Ministro recomendou que a federação, os estados e os municípios devem se esforçar para a implantação e efetivação da Educação Permanente, garantindo recursos necessários e a viabilidade do engajamento das

instituições de ensino, serviço e controle social da saúde, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

Em dezembro de 2003, a 12ª Conferência Nacional de Saúde teve o título de “Conferência Sérgio Arouca”, em homenagem ao médico sanitarista Antônio Sérgio da Silva Arouca, que faleceu em agosto deste mesmo ano. Os eixos neste evento se subdividiram em dez:

1. Direito à saúde;
2. A Seguridade Social e a Saúde;
3. Intersetorialidade nas ações de Saúde;
4. As três esferas de governo e a construção do SUS;
5. A organização da atenção à Saúde;
6. Controle social e gestão participativa;
7. O trabalho na Saúde;
8. Ciência e tecnologia e a Saúde;
9. O financiamento da Saúde;
10. Comunicação e informação em Saúde (CNS, 2003).

Nas diretrizes gerais do Relatório da Conferência consta: “Tornar obrigatória e normatizar a capacitação de gestores das três esferas de governo por meio dos Pólos de Educação Permanente para qualificar a gestão do SUS” (CNS, 2003, p. 68). Condição esta que facilitaria muito a implantação da Política Nacional, pois se os gestores compreenderem a importância das ações, fica mais fácil para os trabalhadores incorporarem a proposta.

Os diferentes setores da saúde foram pautados para referenciar a necessidade da educação continuada ou permanente, como trata no documento, na busca pela qualidade seja de serviço ou qualidade nas parcerias com escolas e universidades, pensando sempre na articulação entre gestores, conselhos, escolas e trabalhadores.

Contudo, o texto que fecha a discussão sobre Educação Permanente e concretiza a luta de todos os trabalhadores por formação continuada, sem privilégios e com equidade. Diz:

Promover e implantar educação permanente para qualificar trabalhadores de todas as categorias profissionais envolvidas com a área da saúde, em todos os níveis de formação, englobando conteúdos gerais e as especificidades locais, orientados pelos

princípios do SUS, da ética profissional, com ênfase na humanização das relações [...] (CNS, 2003, p.129).

Até esta Conferência, algumas ações de capacitação estavam sendo desenvolvidas no país, mas eram implantadas, na maioria das vezes, pelas Secretarias Estaduais. As ações visavam capacitar equipes e, as que tiveram maior ênfase neste processo foram as do Programa Saúde da Família .

Segundo Borges (2007), o Programa Saúde da Família foi criado para ser desenvolvido em equipe multidisciplinar com a responsabilidade de assumir uma população específica, a família. Como este Programa era novo, a necessidade de capacitações ficou clara e esta, certamente, foi uma das razões em evidência.

Esta experiência no Paraná, de acordo com a Diretora da ESPP, Arlene Fernandes¹⁶ foi realizada através de ações descentralizadas por Regionais, o que facilitou muito a posterior implantação da EPS no estado.

De acordo com Rizzotto (2006), o Ministério da Saúde incorporou a Educação Permanente como função do Estado na formação de profissionais e na organização dos serviços públicos. Estabeleceu, assim, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS, através da Portaria 198 no ano de 2004. Embora esta ação do governo fosse contra a mercantilização da saúde, não é inocente¹⁷ a condição de Educação Permanente, pois, como lembra a autora, as políticas sociais foram criadas para dar condições de o capital ser reproduzido, no entanto têm que possibilitar, ao mesmo tempo, que a sociedade seja atendida nas suas necessidades. Na mesma linha, Quintana, Roschke e Ribeiro (2008) dizem que o Brasil tomou por base as ações desenvolvidas pela Organização Pan-Americana de Saúde que, desde 1984, buscou estabelecer vínculos entre a educação e o trabalho, duas dimensões inseparáveis no que se refere à vida e às instituições. Assim, Motta (2009) acrescenta que a Educação Permanente em Saúde é para ser direcionada aos trabalhadores, a partir de situações emergentes nas experiências cotidianas, para propor ações que ampliem suas perspectivas no que se refere à qualidade do atendimento ao usuário, tornando o trabalhador um sujeito no processo de ensino/aprendizagem.

¹⁶ Informação adquirida em reunião do Pólo Ampliado de EPS, em Cascavel, com a Fala da Senhora Arlene Fernandes em 29/06/2009, na 10ª Regional de Saúde .

¹⁷ Quanto mais capacitado o trabalhador, melhor rendimento apresenta e melhores respostas dá ao capital, no sentido da acumulação/lucro.

Nestes três artigos citados, as colocações foram feitas para respaldar, o que em 13 de fevereiro de 2004 foi sancionado na Portaria nº 198/GM/MS, que concretiza todas as lutas e debates realizados nas Conferências, a partir das necessidades de formação dos trabalhadores. Proposta que veio pôr o país em melhores condições no que se refere à qualidade nos serviços do SUS, a partir da implantação e efetivação da Lei. Assim foi o texto que o Ministério apresentou na Portaria mencionada:

Considerando a Resolução do CNS Nº 335, de 27 de novembro de 2003 que afirma a aprovação da “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e a estratégia de “Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde” como instâncias locais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente. **RESOLVE:**
Art. 1º - Instituir 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. **Parágrafo Único** - A condução local da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde será efetivada mediante um Colegiado de Gestão configurado como **Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS** (BRASIL, 2004, p.2, grifos do autor).

Com a institucionalização desta Portaria, a Educação Permanente em Saúde teve sua direção traçada. Nela consta como devem ser descentralizadas suas ações, são expostas as funções dos Pólos, quem serão os representantes mais próximos da EPS junto aos municípios. Trata da fonte de financiamento, esclarece quem pode participar dos colegiados dos PREPS, institui a Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente do SUS. E, em seu anexo B, esta Portaria apresenta a Orientação e Diretrizes para a operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como estratégia do SUS, para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do setor.

Neste anexo, estão expressos os parâmetros da Educação Permanente em Saúde, como uma política de formação e desenvolvimento para o SUS. Neste sentido coloca que,

A Educação Permanente 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, anexo II, p.1, grifo do autor).

Com este conteúdo, mais uma vez são esclarecidas as diretrizes da Política. O aprendizado no trabalho propõe abrir campo de organização no processo ensino/serviço. Se incorporado e aplicado conforme indicação, o trabalhador será ator/sujeito dos cursos e capacitações. Com base nas dificuldades, deverão ser preparados os debates para, no coletivo, encontrar as respostas.

Com a EPS implantada, em 2007 a Conferência Nacional de Saúde reforçou alguns focos e trouxe novas propostas. Na 13ª Conferência Nacional de Saúde em Brasília, não foi diferente, pois buscava-se a “[...] implantação imediata do Plano de Cargo, Carreira e Salário-PCCS-SUS; fortalecer a participação popular para ampliar, qualificar e legitimar o controle social na defesa do SUS” (BRAVO, 2008, p.177).

Esta Conferência apresentou o título: “Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento”. Dentro deste tema, foram criados três grandes eixos:

-Eixo I -Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento;

-Eixo II – Políticas públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde;

-Eixo III – A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde (BRASIL, CNS, 2007).

Segundo registros do evento, neste momento histórico, veio à tona o tema Saúde e Democracia, proposto na Conferência de 1986, pois, a maioria dos municípios do país realizou conferências locais e, a participação na Conferência Nacional, quase atingiu o número de 5000 (cinco mil) pessoas. Neste momento, ficou claro o amadurecimento das discussões, gerando encaminhamentos futuros sem esquecer o passado.

3.2 A DESCENTRALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A partir da Portaria 198/2004, a Educação Permanente em Saúde foi implantada nos estados brasileiros, através das instâncias chamadas Pólos Regionais de Educação Permanente em Saúde para o SUS (PREPS), que estão localizados nas Regionais de Saúde e sua representação macro regional é realizada pelos Pólos Ampliados de Educação Permanente em Saúde (PAEPS).

Para que sejam efetivadas as ações previstas para implantar a Educação Permanente em Saúde, a Portaria traz, em seu conteúdo, de forma detalhada, as bases para que os Pólos atendam as demandas:

- I. apresentar-se como um dispositivo de **agregação** e direcionalidade das diferentes instituições e responsabilizando-se por um determinado território (o conceito de território pode abranger municípios vizinhos – dentro ou fora dos limites de um mesmo estado – áreas de um município e áreas de outros municípios e, ainda, municípios não vizinhos; valem as regionalizações da atenção à saúde, da cobertura regional universitária ou técnico-escolar, de deslocamento social da população por motivos culturais ou econômicos etc., entre outros);
- II. estabelecer-se como **articulação** interinstitucional localregional como roda de gestão da Educação Permanente em Saúde (coordenação, condução e avaliação) e não de execução direta de ações (é lugar de debate e decisão política e não o lugar executivo da implementação das ações);
- III. configura-se com capacidade de **reunir** gestores do SUS, instituições formadoras, instâncias de controle social, hospitais de ensino e outros serviços de saúde e representação estudantil. Todos esses autores/atores constituem o Colegiado de Gestão, cujo papel é o de propiciar o debate amplo acerca dos problemas, prioridades e conformação das alternativas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, bem como de outros atores sociais da saúde;
- IV. constitui-se com capacidade de caminhar na mesma cultura que constrói o SUS, isto é, mediante negociação e **pactuação**, estabelecendo a ruptura com a lógica de relações “de balcão” ou “de banco” com o governo federal ou estadual e com os projetos verticalizados, possibilitando o desenvolvimento de estratégias locais, regionais e estaduais;[...] (BRASIL,CNS, 2004, p.6-7).

Estas 4 (quatro) bases refletem as condições que os Pólos devem ter em agregar, articular pessoas e instituições para que seja efetivada a Educação Permanente, no município pólo e nos demais municípios que fazem parte de sua localregião. A responsabilidade de fazer a interlocução entre instituições de ensino e instituições de serviço de saúde é uma das ações prioritárias, pois tem-se a

necessidade que estas instâncias se reconheçam como partícipes do processo de implantação e efetivação da Educação Permanente em Saúde. Como disse o Ministro da Saúde Leonel Miranda Tavares de Albuquerque em 1967, é hora do sanitarista ser um pouco educador e do educador ser um pouco sanitarista. Neste sentido, é preciso pensar os diferentes locais em que a saúde perpassa e implantar a Educação Permanente nos espaços onde o trabalhador mais sente dificuldade em atuar. Da mesma forma, as propostas que chegam aos Pólos não devem ser vazias, mas baseadas nos Pactos assinados pelos municípios e para, além disto, nas necessidades emergentes.

É com base nestas propostas que são apresentados os projetos aos Pólos e, a partir das ações executadas pelas instituições proponentes, vemos os reflexos que a Educação Permanente pode ter no fazer profissional. Mas, para que isto ocorra, se faz necessário que sejam feitos o monitoramento e a avaliação do evento através dos membros dos Pólos, pois estes devem estar aptos a reconhecer até que ponto a ação proposta atingiu o objetivo a que se propôs e se os participantes puderam compreender o tema discutido. O documento traz outras bases que tratam:

[...] V. estabelecer-se como **espaço de formulação** de políticas e de negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e pelos princípios e diretrizes do SUS, sem substituir quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde; [...]

VI. comprometer-se com o registro das práticas implementadas e suas características, bem com a apresentação à análise crítica do trabalho realizado, permitindo **ampla visibilidade** sobre os processos formativos desenvolvidos e sua influência sobre as práticas de atenção e educação em saúde;

VII. estabelecer-se como um **fórum** privilegiado para a discussão e definição relativa à formação e ao desenvolvimento em sua base de inserção locoregional; [...] (BRASIL;CNS, 2004, p.6-7).

A proposta destas bases são encaminhamentos concretos para a efetivação da Educação Permanente. Os Pólos devem ser os formuladores de políticas para que haja possibilidade de trabalho, isto usando os fóruns para aumentar o ambiente de discussão e apresentar a todos o quanto a Educação Permanente é algo que traz benefícios para o trabalhador, o gestor e para o usuário.

Ela foi pensada como uma Política de efetivação do SUS e é com base nestas diretrizes que deve ser desenvolvida.

A divulgação da proposta e das ações desenvolvidas na Educação Permanente em Saúde é o que pode fazer a diferença para que haja incorporação pelos trabalhadores, pois, se não conhecem, como irão eles aceitar? E como disse um dos sujeitos da pesquisa: [...] *para que uma Política Nacional seja conhecida é preciso massificar, transmitir para todos, para que depois as pessoas possam propor a partir das diretrizes federais [...]* (SUJEITO B).

É a partir desta massificação, transmissão de informação, que o Pólo tem que cumprir com uma de suas principais bases: se tornar referência para o que se tratar de EPS. Esta é a chave para que a Política seja descentralizada e efetivada. Então, a Portaria esclarece que o PREPS deve:

[...] VIII. constituir-se como **referência** para um certo território (base local/regional), ao qual se vincula para oferecer e receber propostas de formação e desenvolvimento;

IX. **referenciar-se** aos municípios e às diretorias regionais das Secretarias Estaduais de Saúde, constituintes de seu território de abrangência, para organizar políticas formativas e de desenvolvimento, de forma participante com o Sistema de Saúde local/regional;

X. reconhecer-se como recurso para territórios ampliados no que puder ser **referência**, buscando contemplar municípios ou regiões não incluídos em sua base de referência, apoiando os demais Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS ou estruturas de formação participantes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; [...]BRASIL; CNS, 2004, p.6-7).

É neste contexto do SUS, que os pólos são referências para os municípios que apresentam propostas de Educação Permanente para seus trabalhadores, de acordo com as necessidades. Com as proposições e execuções das ações em Educação Permanente, será mais efetiva a exposição desta Política para toda a população que dela se beneficie. Mas cabe ressaltar que ser referência não é estar estático em um local esperando chegar os projetos/propostas. Deve ser referência em repasse de informação, conhecimentos, proposições, ser palco de debates. Pois é este um dos nós para se implantar uma Política: ter uma instância que fomenta e amplie a proposta.

XII. estabelece-se como um **Colegiado de Gestão** onde participam todas as instituições que aderirem a proposta. A gestão colegiada

será participativa e assegurará transparência. Em conformidade às práticas do SUS, as decisões serão tomadas por consenso. Quando isso não for possível, a decisão deve ser encaminhada para as instâncias pertinentes (Comissão Intergestores Bipartite Estadual e Conselho Estadual de Saúde). (BRASIL; CNS, 2004, p.6-7).

Na organização da EPS, os PREPS devem ser referência regional e o Colegiado deve representar o reflexo do que a Política dispõe e do que os trabalhadores necessitam para poder articular, os detalhes pensados e que não fujam do controle. Isto é muito importante tendo em vista que a EPS é uma Política Nacional, porém é trabalhada, efetivada e readequada em cada local específico, em cada localidade. Por isso, é diferente, não é pronta no sentido de que tem que ser de tal forma. Ela traz as diretrizes, mas a problematização virá do fazer profissional, do cotidiano dos trabalhadores nos diversos setores da saúde pública.

A partir destas bases, cada pólo desenvolve seu Regimento Interno e tem a autonomia para trabalhar a Educação Permanente em sua região de acordo com as demandas postas pelos trabalhadores da saúde, colocando em prática a condição básica de interlocução entre ensino/serviço ou formação e trabalho. Ressaltam-se, portanto, que é isto que a EPS apresenta de diferencial dos demais tipos de formação.

A Portaria 198/2004 é um documento que tem um conjunto de conteúdo que respondem a muitas questões sobre a operacionalização da Política. É de extrema importância que os membros do PREPS a conheçam, pois só assim poderão cumprir com seu papel no Colegiado e garantir que a EPS seja efetivada de acordo com o planejado. Mas, neste trajeto histórico da EPS, foram surgindo novas necessidades e outros documentos vieram contribuir para sua implementação. É o caso da Portaria 1996/2007, que dispõe sobre as diretrizes de implementação da PNEPS. Neste documento, basicamente são extintos os PREPS para instituir as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES). Nos demais itens, pouco se diferenciam da Portaria 198/2004, como podemos observar no quadro abaixo que trata da composição dos Colegiados (PREPS-CIES).

Quadro 1 – Composição dos Colegiados

Portaria 198/2004	Portaria 1996/2007
I. Gestores estaduais e municipais de saúde e de educação;	I. Gestores estaduais e municipais de educação e/ou seus representantes;
II. Instituições de ensino com cursos na área da saúde;	II. Trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas;
III. Escolas técnicas, escolas de saúde pública e demais centros formadores das secretarias estaduais ou municipais de saúde;	III. Instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos; e
IV. Núcleos de saúde coletiva;	IV. Movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS. Parágrafo Único: A estruturação e a dinâmica de funcionamento das Comissões de Integração Ensino-Serviço, em cada região, devem obedecer às diretrizes do Anexo II desta portaria.
V. Hospitais de ensino e serviços de saúde;	
VI. Estudantes da área de saúde;	
VII. Trabalhadores de saúde;	
VIII. Conselhos municipais e estaduais de saúde;	
IX. Movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde.	

Fonte: (BRASIL; CNS, 2004, p. 3; BRASIL; CNS, 2007. p. 4.)

Na verdade, a Portaria 1996 fez uma sistematização do conteúdo da Portaria anterior e apresentou uma melhor visualização para os leitores, pois não foi excluída nenhuma das instituições que já faziam parte dos Colegiados. Algumas não aparecem especificamente, mas estão enquadradas em seus segmentos.

Cada um destes atores sociais é de suma importância para o desenvolvimento cotidiano da EPS, pois cada um em seu espaço de trabalho tem a possibilidade de colher informações para expor nas reuniões do PREPS e, junto com os demais membros, propor ações para seus municípios. Principalmente ações de incentivo a implementação da Educação Permanente, nos locais de trabalho da saúde pública e não limitar a Educação Permanente, deixá-la estática, estritamente vinculada à Regional de Saúde, com endereço fixo.

Este é um dos maiores desafios para os membros do PREPS: implantar a Educação Permanente nos municípios. Conscientizar gestores, trabalhadores e usuários da necessidade de ter um tempo reservado para a Educação Permanente, oportunidade que irá trazer benefícios para toda a sociedade.

Para que estes membros possam desempenhar seu papel nesta representação além das bases citadas, eles precisam conhecer quais são as

funções desta instância para que atuem com maior credibilidade perante a sociedade. Estas instâncias interinstitucionais e locorregionais, os PREPS, segundo a Portaria 198, têm as funções de:

Quadro 2 – Atribuições/Funções dos Colegiados Regionais

PREPS – Portaria 198	CIES – Portaria 1996
I. identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva;	I. Construir coletivamente e definir o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde para a região, a partir das diretrizes nacionais, estaduais e municipais (da sua área de abrangência) para a educação na saúde, dos Termos de Compromisso de Gestão dos entes federados participantes, do pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde;
II. mobilizar a formação de gestores de sistemas, ações e serviços para a integração da rede de atenção como cadeia de cuidados progressivos à saúde (rede única de atenção intercomplementar e de acesso ao conjunto das necessidades de saúde individuais e coletivas);	II. Submeter o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para homologação;
III. propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas	Pactuar a gestão dos recursos financeiros no âmbito regional, que poderá ser
necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, não substituindo quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde;	realizada pelo Estado, pelo Distrito Federal e por um ou mais municípios de sua área de abrangência;
IV. articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola;	Incentivar e promover a participação nas Comissões de Integração Ensino-Serviço, dos gestores, dos serviços de saúde, das instituições que atuam na área de formação e Desenvolvimento de pessoal para o setor saúde, dos trabalhadores da saúde, dos movimentos sociais e dos conselhos de saúde da sua área de abrangência;

V. formular políticas de formação e desenvolvimento de formadores e de formuladores de políticas, fortalecendo a capacidade docente e a capacidade de gestão do SUS em cada base locorregional;	Acompanhar , monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação em saúde implementadas na região; e
VI. estabelecer a pactuação e a negociação permanentes entre os atores das ações e serviços do SUS, docentes e estudantes da área da saúde	Avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações caso necessário.
VII. estabelecer relações cooperativas com as outras articulações locorregionais nos estados e no País.	

Fonte: (BRASIL; CNS, 2004, p.3; BRASIL; CNS, 2007, p. 3-4.)

Baseados nestas funções, os membros do PREPS devem planejar suas atuações para poder responder às necessidades do ensino/serviço dos trabalhadores de saúde. Como se pode verificar não são poucas as ações que devem partir do PREPS e, para que isto ocorra como recomendado, é importante que seus membros estejam em sintonia com a Política de Saúde, com a proposta de Educação Permanente em Saúde. Com os dados e indicadores que permeiam todos os setores da saúde pública e que se encontram à disposição nas Secretarias Municipais de Saúde, nas Regionais de Saúde ou no *site* do Ministério da Saúde, o desempenho do PREPS, pelo menos no que tange à aprovação de projetos, pode ter respaldo na aprovação ou reprovação de propostas.

Não se deve esquecer que a prerrogativa de aprovação dos projetos, se não for algo urgente, emergencial, deve estar pautada no Pacto pela Saúde e no Plano Anual de Educação Permanente em saúde.

Tanto na Portaria 1996 como na Portaria 198 estão todas as diretrizes para a operacionalização das CIES e PREPS, inclusive expondo o que deve conter nos projetos apresentados a esta instância. Este conteúdo foi de grande valia para a EPS, tendo em vista que os projetos que vinham aos Pólos tinham formatos diferentes, embora a Portaria 198 trouxesse a metodologia que deveria ser apresentada, algumas informações básicas nem sempre eram expostas. Após a instituição da Portaria 1996, o “modelo” de metodologia dos projetos ficou

pormenorizado. Assim, apresentaremos em dois quadros os conteúdos, primeiro o que diz a Portaria 198 e depois a exigência da Portaria 1996.

Quadro 3 – Conteúdo dos Projetos do PREPS – Portaria 198

- | |
|---|
| I. Apresentar sua previsão de impactos, seja nas ações e nos serviços de saúde ou na gestão do SUS, seja na educação técnica, na graduação, na pós-graduação ou na educação popular, seja, ainda, na produção e disseminação de conhecimento; |
| II. Apresentar a definição dos compromissos dos parceiros participantes do Pólo e da forma como estarão envolvidos: os gestores, os órgãos de controle social, as entidades estudantis, instituições de ensino e hospitais de ensino ou outros serviços de saúde; |
| III. Apresentar a amplitude das inclusões que propõe para contemplar a multiplicidade de atores, de serviços e de práticas; |
| IV. Explicitar as necessidades de saúde a que a proposta se reporta e as metodologias previstas; |
| V. Explicitar a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde na rede do SUS; |
| VI. Explicitar as mudanças nas práticas de saúde e na educação dos profissionais de saúde a que se refere; |
| VII. Anexar plano de trabalho para cada ação a ser financiada, indicando a entidade responsável pela execução da ação prevista (instituição de ensino, secretaria municipal, secretaria estadual, serviço etc.), descrição sintética do objeto da ação, justificativa da proposta, número de pessoas beneficiadas pela ação, valor a ser financiado por ação e montante total, cronograma de execução (data de início e de término de cada ação), plano de aplicação dos recursos, cronograma de desembolso, proposta de aquisição de equipamentos e material permanente e o órgão executor do orçamento de cada ação ou do conjunto das ações para fins de contratualização com o Ministério da Saúde conforme suas normas de financiamento. Devem ser preenchidos os formulários que podem ser acessados no site. |

Fonte: (BRASIL; CNS, 2004, p.10-11.)

Estas exigências, apresentadas na Portaria 198, são quanto ao conteúdo dos projetos a serem apresentados ao PREPS. Neste “modelo”, deve-se provar a intenção de executar a ação. Deve-se explicar: para quem, com base em que, quais os objetivos, qual o foco da ação, o que espera como resposta, quem será parceiro, sem falar que deve atender à metodologia geral de projeto. No entanto, a Portaria 1996 foi bem mais objetiva quanto ao conteúdo e metodologia. E foi a partir desta portaria que a Escola de Saúde Pública do Paraná começou a

trabalhar, mais assiduamente, com a implementação da metodologia nos projetos apresentados.

Mesmo com a metodologia posta até 2008, no estado do Paraná eram poucos os municípios que desenvolviam projetos. Isto ficava mais a cargo dos técnicos da Regional de Saúde, que trabalhavam de acordo com os levantamentos dos dados de seus setores e também a partir das necessidades postas pelos municípios, Secretaria de Estado ou ainda do Ministério da Saúde.

Quadro 4 – Conteúdo dos Projetos da CIES – Portaria 1996

• Nome de ação educativa;
• Justificativa da Ação. Análise de contexto da situação atual e dos problemas enfrentados pelos serviços e a proposição de estratégias para o enfrentamento dessa situação;
• Objetivo da Ação;
• Público-alvo. (Identificação das instituições, das áreas de atenção e da vinculação ao SUS dos atores envolvidos);
• Metodologia utilizada;
• Duração e cronograma de execução;
• Plano de Metas/Indicadores;
• Resultados esperados;
• Titulação a ser conferida (se for o caso);
• Planilha de custos e cronograma de execução financeira;
• Dados da instituição executora (as CIB deverão listar dados mínimos);
• Dados da instituição beneficiária (as CIB deverão listar dados mínimos);
• Responsável pela coordenação do projeto com os respectivos contatos.

Fonte: (BRASIL; CNS, 2007, anexo II, p.17)

Este conteúdo é específico para os projetos apresentados às CIES, ou PREPS como ainda é chamado no Paraná¹⁸, para eventos como capacitações, oficinas, cursos de aperfeiçoamento entre outros, porque, no caso de projetos para

¹⁸ Cabe salientar que a Portaria de 1996 de 2007 regulamenta que os Pólos de Educação Permanente passariam a ser Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES). No entanto, no estado do Paraná, por sua particularidade de ações totalmente descentralizadas por Regionais, os responsáveis decidiram que permaneceria a nomenclatura de PREPS. É por este motivo que, mesmo após esta Portaria, continuamos chamando esta instância de EPS de PREPS -Pólos Regionais de Educação Permanente em Saúde. (Informação exposta em reunião coordenada pela Diretora da Escola de Saúde Pública do Paraná, em 29/jun/2009. Reunião do PAEPS na Regional de Cascavel).

cursos de formação técnica em saúde, são outros conteúdos específicos, que também são tratados neste anexo, porém com ênfase à formação técnica. Como se pode perceber, a metodologia para elaboração dos projetos, nesta Portaria, ficou clara e objetiva, assim facilitou no momento de capacitar os trabalhadores, para que todos tenham conhecimento de como elaborar um projeto e quais são os requisitos para que ele seja aprovado. Para além da metodologia, o conteúdo destes anexos explicita que a CIES deve acompanhar, monitorar e avaliar os projetos aprovados e que estes terão por base os Planos Anuais de Educação Permanente, nos quais foram elencados pelos membros do colegiado, as prioridades das regiões. Se observarmos melhor, não se fala em executar, pois para a Política Nacional, os PREPS ou CIES não são os executores e, sim, os formuladores e avaliadores da Política de Educação Permanente. Portanto, é com base nestes e outros documentos que a Educação Permanente em Saúde deve ser incorporada pelos trabalhadores na tentativa de melhorar o serviço e a formação no Sistema Único de Saúde.

Pode-se perceber, com este breve relato, a longa trajetória que teve a discussão de formação e educação continuada até que, em 2003, o CNS assinasse a Resolução que deu subsídios para o Ministério da Saúde homologar a Portaria 198/04. Treze Conferências Nacionais aconteceram e, nos registros, observamos a evolução das discussões e da luta por espaço e garantia de direitos na saúde, para os trabalhadores e usuários. As Leis foram homologadas e muitas ações foram executadas, mas estamos longe das condições ideais, no que diz respeito ao atendimento do usuário e à condição de trabalho dos servidores.

A PNEPS está posta e, através dos membros dos PREPS e CIES, vem buscando garantir aos trabalhadores melhor condição de enfrentamento das demandas. A proposta de ensino/serviço da EPS é ponto positivo nas ações, pois somente quem trabalha e passa pelas dificuldades pode dizer como, quando e porque acontecem determinadas situações consideradas problemas. A importância da EPS também se revela na formação dos profissionais da saúde, pois a PNEPS propõe que sejam pensadas e criadas novas estratégias para que os profissionais tenham condições de atender às demandas do SUS. Isto deve partir das reuniões e debates que os encontros em saúde proporcionam, assim como nas reuniões do PREPS e CIES. Rever grades e currículos escolares dos cursos que prepararam para a área da saúde é uma das responsabilidades do Colegiado do PREPS.

Se analisarmos que a PNEPS só tem seis anos e muitos dos trabalhadores não conhecem a proposta e suas diretrizes, isto nos dá a dimensão do trabalho que é aplicar a EPS. No entanto, como a relação ensino/serviço é base para toda essa discussão, a partir do conhecimento da proposta da EPS, a adesão dos trabalhadores tende a ser satisfatória, pois sai daquela condição de quando o Ministério da Saúde mandava os cursos e todos faziam, independente de ser necessário em seu município.

Com a PNEPS, o trabalhador passou de mero participante para sujeito ativo destas ações. As propostas que serão apresentadas aos membros do PREPS, em forma de projetos, partem da necessidade destes sujeitos, que a equipe possa problematizar a situação e juntos os trabalhadores encontrarem a solução. Não é o professor que traz a proposta de aula/course, é a necessidade que indica a teoria que deve ser colocada e a partir da prática abrir o debate. Assim, teoria e prática serão uma só, nas ações de ensino/serviço dos trabalhadores de saúde. Essas ações devem ser desenvolvidas pelo PREPS, segundo a Portaria 198 e financiadas pelo Ministério da Saúde, com repasse para as Secretarias de Saúde dos estados.

Depois de tratar do PREPS, Funções e Componentes, a Portaria 198/04 organiza as Linhas de Apoio¹⁹ aos Projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS. Nestas linhas, são contemplados os seguintes sujeitos: trabalhadores da rede de serviços; Instituições de Ensino; Agentes Comunitários de Saúde; auxiliares e técnicos de enfermagem, para área de saúde bucal e outras; trabalhadores da gestão do sistema e da unidade de saúde; agentes sociais; parceiros intersetoriais e Conselho de Saúde.

No entanto, para o Conselho de Saúde foi criado um apêndice específico para o Controle Social, desde 2005, quando instituída a Resolução 354/2005 das Diretrizes Nacionais de Educação Permanente para o Controle Social no SUS. A proposta de capacitação para os conselheiros passou de intenções fragmentadas para a valorização efetiva, para estes membros obterem Educação Permanente. Então, a partir desta Resolução, foi criada a Política Nacional de Educação Permanente para o controle Social no SUS. Assim,

¹⁹ São diretrizes que auxiliam na operacionalização da EPS

Entende-se como educação permanente para o controle social os processos pedagógicos que contribuem para o desenvolvimento da ação do sujeito social em torno do cumprimento do direito à saúde e com metodologias participativas, através de processos formais e informais que valorizam as experiências (vivências) das pessoas (BRASIL, CNS, 2005 p.7).

Esta Política vem garantir o que está acontecendo nos diversos Conselhos no Brasil: a formação dos seus membros, condição que irá fazer toda a diferença, pois como estamos falando em função não remunerada e relevância política, nem sempre as pessoas que se colocam à disposição deste espaço têm o conhecimento de suas diretrizes e bases.

Na prática, a EP para o Controle Social é tratada no mesmo espaço da EPS dos trabalhadores, pois são os membros do PREPS e/ou CIES que avaliam os projetos apresentados. Neste sentido, a Portaria 198/2004 traz nas linhas de apoio aos projetos dos PREPS, quais são os atendimentos que devem ser priorizados:

- Linha de Desenvolvimento de Ferramentas e Metodologias para Educação Permanente em Saúde;

- Linha de Educação e Desenvolvimento dos Profissionais de Saúde para a clínica ampliada, seja na Atenção Básica, nos ambulatórios de especialidades ou nos Hospitais de Ensino, com ênfase em Saúde da Família;

- Linha de Educação e Desenvolvimento da Gestão e do Controle Social no Sistema Único de Saúde e;

- Linha de Incentivo à Implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais no Ensino de Graduação das Profissões da Saúde (BRASIL; CNS, 2004).

Estas linhas de apoio vêm dar subsídios aos membros no momento de avaliarem os projetos. Pelo que constatamos em nossa pesquisa, estas linhas poucas vezes são consultadas. Segundo um dos sujeitos da pesquisa, ele não tinha conhecimento destas linhas, nunca havia consultado. Esta constatação demonstra a necessidade de haver preparação dos membros do Pólo, a partir do conteúdo da Política Nacional. Por falta de tempo ou outra condição alguns pontos ficam sem compreensão e os membros acabam efetivando ações que, muitas vezes, não são de sua responsabilidade, como é o caso da execução dos projetos. Pois, ao Colegiado do PREPS cabe receber o projeto, verificar se está dentro das exigências, encaminhar para a ESPP para que seja aprovado, a qual irá encaminhar para o

departamento financeiro da Secretaria de Estado da Saúde, onde é realizada a liberação da verba. A partir da aprovação, os membros do Pólo devem monitorar a ação que será desenvolvida e avaliar se está de acordo com a proposta. Não é o PREPS que deve executar os projetos e, sim, a instituição proponente. E se for o PREPS (Colegiado) quem propõe, este deve citar no projeto quem irá executar a ação.

A partir da retrospectiva apresentada sobre as Conferências Nacionais de Saúde e as legislações que integram a PNEPS, podemos perceber que a saúde sempre teve demanda para ser atendida na formação de Recursos Humanos, mas por diversos motivos, em diferentes contextos, as necessidades foram deixadas de lado para atender o que se expressava de mais urgente: o tratamento de doença. A partir das pesquisas realizadas pela OPAS e as decorrentes constatações de carência na formação e pós-formação do pessoal da saúde, algumas alternativas foram aplicadas, mas todas de forma focalizada e fragmentada. Foi com a institucionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde que surgiu a possibilidade de realmente haver proposições para formar e qualificar os trabalhadores da saúde, visando permanência no desenvolvimento e garantindo subsídios para as ações.

4 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO PARANÁ

A EPS foi levada a todo o país. Cada estado, a partir de sua particularidade, fez a implantação. No Paraná, especificamente, a partir das instruções recebidas pela Secretaria de Estado da Saúde – SESA para a implantação da EPS, a proposta materializou-se através da Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP), instituição que tem história desde 1958, fundada por médicos sanitaristas. A Escola de Saúde Pública do Paraná é um órgão vinculado à Diretoria de Recursos Humanos da Fundação Caetano Munhoz da Rocha, a partir do Decreto 2927 de 26 de maio de 1988. Suas competências são:

1. planejamento, promoção e coordenação de cursos de aperfeiçoamento e especialização para profissionais e usuários da área de saúde.
2. incentivo às atividades de pesquisa, bem como a divulgação de seus resultados.
3. intercâmbio com instituições culturais, educacionais e técnicas para troca de informações e cooperação para execução de atividades.
4. a proposição de convênios e outros meios legais necessários à implementação de suas atividades.
5. elaboração de proposta orçamentária anual e plurianual de sua área. Dentro do organograma da Escola tem a Divisão de Ensino –DVENS-que planeja, programa e coordena cursos de especialização e aperfeiçoamento para profissionais de nível superior, bem como cursos, treinamentos e seminários para os de nível médio, elementar para usuários do sistema de saúde.

É para esta Divisão que os PREPS enviam os projetos pré-aprovados para posterior encaminhamento ao financeiro da SESA, para avaliação e liberação de verbas.

No Paraná, já havia um caminho trilhado que facilitou a implantação da EPS, pois estavam sendo desenvolvidas nas Regionais de Saúde ações de educação continuada para as equipes do Programa Saúde da Família – PSF – com organização totalmente descentralizada, como já citamos anteriormente. No Paraná esta descentralização ocorria nas 22 (vinte e duas) Regionais e através delas foram

“[...] criados 22 Pólos de Educação Permanente em Saúde – PREPS: 1ª Regional de Saúde Paranaguá, 2ªRS. Metropolitana, 3ªRS. Ponta Grossa, 4ªRS. Irati, 5ªRS. Guarapuava, 6ªRS. União da Vitória, 7ªRS. Pato Branco, 8ªRS. Francisco Beltrão, 9ªRS. Foz do Iguaçu, 10ªRS. Cascavel, 11ªRS. Campo Mourão, 12ªRS. Umuarama, 13ªRS. Cianorte, 14ªRS. Paranavaí, 15ªRS. Maringá, 16ªRS. Apucarana, 17ªRS. Londrina, 18ªRS. Cornélio Procopio, 19ªRS. Jacarezinho, 20ªRS. Toledo, 21ªRS. Telêmaco Borba, 22ªRS. Ivaiporã, um em cada Regional e eles têm a responsabilidade de, observando a realidade local, traçar estratégias para fortalecer os princípios do SUS” (PARANÁ, 2008, s.p).

Estes vinte e dois PREPS têm como forma de interlocução estadual e nacional, os Pólos Ampliados de Educação Permanente em Saúde que estão instituídos nas macro-regiões das Regionais de Saúde. No Paraná, são seis PAEPS: 2ª Regional de Saúde-Metropolitana, 3ªRS. Ponta Grossa, 5ªRS. Guarapuava, 10ªRS. Cascavel, 12ªRS. Umuarama, 17ªRS. Londrina, os quais promovem encontros periódicos para discutir as ações que estão sendo e deverão ser desenvolvidas nas Regionais. Cada Regional de Saúde tem sob sua responsabilidade vários municípios e estes territórios devem ser respaldados pelos PREPS no que se referir a EPS.

4.1 O PREPS DA 20ª REGIONAL DE SAÚDE: PESQUISA DOCUMENTAL E ENTREVISTAS

A partir dos debates e posteriormente o conjunto de legislações, das quais a proposta de descentralização se efetivou, a EPS chegou à 20ª Regional de Saúde em Toledo-PR oficialmente no ano de 2004, mas os primeiros movimentos para que essa implantação ocorresse, já vinham sendo construídos desde 2003.

O Colegiado do PREPS no Paraná, segundo a ESPP, é e/ou deve ser composto por: “[...] Gestores Estaduais, Gestores Municipais, Instituições Formadoras, Discentes, População (Acompanhamento Social) e Outras entidades parceiras” (PARANÁ, 2008, s.p). No entanto, no PREPS da 20ª Regional de Saúde, até o ano de 2008, não havia representação de todos os segmentos. A dificuldade de compor o Colegiado é grande por ser um trabalho que exige assiduidade e não há remuneração, como nos diversos conselhos em que a comunidade participa. Até mesmo as instituições de ensino não propiciam aos docentes horas de pesquisa ou extensão para estarem ali como representantes. Contudo, os membros que são do

quadro efetivo dos municípios podem participar das reuniões nos seus horários de trabalho. Em alguns casos devem repor, em outros, os gestores já têm consciência da importância da participação dos municípios na gestão do PREPS.

As reuniões ordinárias ocorrem uma vez por mês na 20ª Regional. Condição que já causou discussão, pois há necessidade das reuniões serem descentralizadas. Também seria uma forma de apresentar a Educação Permanente nos diferentes municípios da Regional. O objetivo deste Colegiado é elaborar fóruns locais para discutir e propor ações educativas. Os PREPS são regidos pela PNEPS, como já vimos nos documentos, no entanto, nas localregiões, a Política precisa ter um Regimento Interno, o qual é baseado nas diretrizes nacionais, mas com adequações, dependendo das demandas regionais. O PREPS de Toledo²⁰ é um dos poucos até 2008, que possuíam Regimento Interno. No ano de 2009, foi realizado um estudo e reformulado este documento. Percebemos que a parte burocrática dos PREPS ainda está em estruturação, mesmo nos documentos mais básicos. Esta situação é decorrente em virtude do PREPS não ter um setor administrativo/burocrático e ficar à mercê da disponibilidade de seus coordenadores.

Conforme instruções da ESPP, o PREPS deve se basear em três eixos para desenvolver suas ações:

Resolutividade dos serviços – O Pólo deverá buscar, a partir da análise dos processos de trabalho, formas para estimular a maior efetividade das ações, interligando todos os níveis de complexidade do sistema, garantido a otimização dos recursos envolvidos na referência e contra referência e priorizando as ações de acordo com as principais necessidades de cada local; **Mudança da relação prestador/usuário** – A implementação de novas metodologias de ensino/aprendizagem a serem priorizadas pelos Pólos, deverão respeitar o indivíduo como integrante do meio social em que está inserido, considerando-o agente de seu próprio processo de educação; **Co-Responsabilidades de todos os parceiros** – Entendendo-se cada ator/entidade como membro de uma equipe/sistema e portanto co-responsáveis pelos resultados do serviço, torna-se indispensável garantir em cada fase e no sistema como um todo, o engajamento e comprometimento dos componentes do grupo como uma verdadeira equipe do SUS (PARANA, 2008, s.p, grifo nosso).

²⁰ As informações apresentadas deste ponto em diante, que se referem a 20ª Regional e ao PREPS de Toledo foram coletadas a partir de solicitação assinada e protocolada na Regional e na UEL, para servir de base para pesquisa de dissertação de mestrado em Serviço Social. A pesquisa está sendo realizada partindo dos projetos aprovados, em atas e empenhos de compra de serviços, nos anos 2004 a 2008.

A Política foi criada para dar condições de formação e qualificação aos trabalhadores da área de saúde pública, tendo a categoria ensino/serviço como diferenciais desta Política, mas que ainda não foi totalmente apreendido, principalmente no que se refere a problematização do processo do trabalho, proposta que não é nova mas que atualmente na Política de Saúde tem o respaldo legal, para sua operacionalização. No momento em que os trabalhadores da saúde, independente da função (atendente, médico, nutricionista, assistente social, enfermeiro, técnicos e outros) souberem que esta Política de formação pode lhes proporcionar mudanças no cotidiano profissional, e aderirem à sua implantação, dar-se-á o processo de efetivação da Educação Permanente em Saúde. O que se percebe é que esta ação não deve vir só do lado dos trabalhadores ou dos membros do PREPS, mas deve ser uma união de forças de gestores e trabalhadores, para que sejam trilhados caminhos, realmente, de desenvolvimento humano e social, não somente com vistas ao desenvolvimento da economia, a partir da qualificação de pessoal, mas do desenvolvimento da Política de Saúde em geral.

Tudo o que conseguimos buscar, com o auxílio dos funcionários da Regional de Saúde compôs o seguinte quadro:

Quadro 5 – Total Projetos Aprovados 2004-2008

Ano	Quantidade
2004	03
2005	08
2006	15
2007	09
2008	18

Fonte: PREPS, 20ª Regional de Saúde (2010)

A apresentação dos projetos até 2007 era precária, faltavam informações básicas como quem iria ministrar os cursos, local, carga horária, custos, entre outros. Após a instituição da Portaria 1996/2007, com a preocupação da ESPP em realizar cursos para repassar informações de como elaborar projetos, esta

situação teve considerável melhora. Porém, no primeiro evento realizado em 2008, dos 18 (dezoito) municípios convidados somente 06 (seis) compareceram. No segundo evento, o PREPS propôs oficinas de capacitação para elaboração de projetos, em parceria com a universidade. Neste evento, participaram trabalhadores dos 18(dezoito) municípios vinculados à 20ª Regional, com resultado mais positivo em relação ao primeiro evento. O resultado foi imediato, como pode ser verificado no quadro 5 (cinco), pois, até então, estas pessoas, na maioria, não tinham o conhecimento de como apresentar um projeto, qual a metodologia utilizada, tópicos que deveriam constar, etc. A partir do conhecimento de como apresentar um projeto, as propostas foram surgindo, pois o restante do conteúdo faz parte do cotidiano, tendo em vista que as propostas devem estar baseadas para a formação do trabalhador da saúde. Para saber até que ponto estas propostas estavam sendo efetivadas, fomos pesquisar nos empenhos para verificar se todos os projetos haviam sido executados. Localizamos 73 (setenta e três) empenhos (Apêndice D) destinados a projetos do PREPS, dos quais trataremos posteriormente. Para compreendermos o processo de elaboração dos projetos até o registro dos empenhos tem um caminho longo para ser percorrido. Mas, antes de conhecermos os dados coletados, iremos reconstruir a história da EPS na Região.

A outra parte de nossa pesquisa dedica-se a entrevistas com pessoas que participaram como membros e coordenadores do PREPS da 20ª Regional de Saúde no período de 2004 a 2008, conforme detalhado na introdução desse trabalho. A intenção é de que estes sujeitos possam remontar a história para minimamente termos registrada a trajetória da PNEPS na região.

Para garantir o anonimato, iremos codificar os sujeitos desta pesquisa por letras: A; B; C; D. A transcrição de suas falas será exposta com grafia em modo itálico para dar maior destaque no texto. Como até a presente data não temos registros da história do PREPS da 20ª Regional de Saúde, estas entrevistas, além de ter o intuito de responder ao problema de pesquisa, irão relatar a trajetória histórica do Pólo.

Todos os sujeitos tiveram atuação no PREPS, no entanto cada um expôs sua visão pessoal sobre a PNEPS e o PREPS, como espaço participativo, este é o diferencial da interlocução entre pesquisador e pesquisado, momento em que pudemos esclarecer coisas que os documentos deixaram lacunas. Contudo, este fator muitas vezes não possibilita análise comparativa entre as falas. Como

deixamos a entrevista se encaminhar de acordo com o conhecimento do sujeito, várias informações serão apresentadas para serem ponderadas a partir dos textos e legislações.

A análise está organizada em três eixos:

- Implantação;
- Concepção;
- Operacionalização.

No eixo operacionalização, traremos os dados coletados e sistematizados dos projetos e empenhos que citamos anteriormente.

4.1.1 Implantação da PNEPS no PREPS da 20ª Regional de Saúde

Neste eixo, os sujeitos foram buscar em suas memórias o processo que teve início antes mesmo da homologação da PNEPS. Condição que iremos analisar com as falas para ver até que ponto isto auxiliou ou desvirtuou a implantação da PNEPS, pós homologação em 2004.

As ações do PREPS, na 20ª Regional, tiveram início em 2003, isto porque houve, segundo o Sujeito C, uma ordem da Superintendência de Atenção Básica do estado, para que houvesse uma mobilização para começar a organizar o que viria a ser o PREPS. Assim, em 29 de julho de 2003, foi realizada a primeira reunião para pensar a Educação Permanente em Saúde na 20ª Regional de Saúde. Tanto que no momento que fomos coletar informações dos documentos encontramos nos arquivos Atas e projetos datados de 2003.

A partir das falas, podemos nos remeter ao processo de luta pela implantação da EPS que foi relatado nos capítulos anteriores e verificar que este movimento de antecipação na composição dos PREPS pode ter sido um dos mecanismos que deu subsídios para que em 4 de novembro 2003, o Conselho Nacional de Saúde homologasse a Resolução 330, resolvendo aplicar os princípios e diretrizes para a NOB/RH-SUS. Em especial, este documento traz um conteúdo que trata especificamente da Educação Permanente em Saúde:

Considerando-se a necessidade de se implementar o SUS, com base em novos modelos assistenciais e de gestão, é imprescindível que o modelo de educação permanente seja baseado nas atribuições e competências institucionais dos três âmbitos de gestão do sistema,

bem como nas atribuições e competências definidas para os diferentes trabalhadores do SUS e para as equipes de trabalho, conforme sua localização no Sistema de Saúde, que facilite uma interlocução permanente entre educação, trabalho e regulação (BRASIL, 2005b, p. 58).

Como Política de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS, esta proposta teve dois momentos anteriores: em fevereiro quando foi discutida a aprovada a NOB e, em agosto de 2002, com a aprovação do documento “O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: Avanços, Desafios e Reafirmação dos princípios e diretrizes”. E, ainda, em 27 de novembro, outra Resolução foi homologada para dar aval a todas estas propostas e subsidiar a aprovação da Portaria 198/2004. Nesta resolução, ficou clara a condição da Educação Permanente a partir da proposta de formação para os profissionais de saúde.

Conforme consta na Portaria 198/2004:

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é uma proposta de ação estratégica que visa contribuir para transformar e qualificar: a atenção à saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas. A implantação desta Política implica em trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições de ensino, colocando em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS como construção da Educação Permanente em Saúde: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre ações e serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social (BRASIL, CNS, 2004, p. 3-4).

A princípio cremos que foi com base nos documentos homologados em 2003 que os trabalhadores começaram a se movimentar para formar o PREPS. No entanto, não haviam diretrizes pré-definidas.

Como o PREPS deve ser um espaço participativo, algumas providências foram tomadas para a implantação acontecer. Foi fracionada a representação dos municípios, por acreditarem na época que seria um número muito grande de pessoas, já que a 20ª Regional representa 18 (dezoito) municípios, e se tornaria inviável um colegiado tão grande. Assim, no Regimento Interno do PREPS- Toledo, a representação dos municípios foi estipulada por microrregiões, cada três municípios elegeriam um representante para o PREPS. Esta condição foi posta de outra forma por um dos sujeitos quando diz que houve a representação porque “os

gestores não tinham tempo para participar” (SUJEITO A). A escolha de representantes veio facilitar para que nem todos os gestores precisassem se afastar de suas funções pelas reuniões do PREPS.

Conforme as falas dos entrevistados, no decorrer do processo de implantação, houve alteração na composição do Colegiado. No início participavam representantes de escolas, universidades, prefeituras, hospitais, Conselho de Saúde e Núcleo de Regional de Educação. De acordo com o que previa a Portaria 198/04. Mas, algumas instituições entraram outras saíram. Um dos fatores que provocou este movimento foi a contratação de pessoal, renovação do quadro funcional, pois nem todos os membros do PREPS eram funcionários efetivos (concurados), o que muitas vezes gerou fragmentação de conhecimento.

Este ponto está explícito na Política quando trata da formação dos profissionais/trabalhadores efetivos, tendo em vista a necessidade de continuidade no processo de formação.

Na fala de um dos entrevistados fica clara esta preocupação: “[...] em muitos municípios as pessoas que executam os programas são cargos comissionados é um dificultador [...]” (SUJEITO B). Este é um dificultador que não se restringe aos cargos comissionados. É preciso lembrar que a precarização do trabalho, a flexibilização dos contratos trabalhistas e os empregos terceirizados são alguns pontos que prejudicam a continuidade de carreira dos trabalhadores e fragilizam o Sistema Único de Saúde. Principalmente porque estamos falando de um Sistema que se propôs a ser universal, integral e descentralizado, entre outros²¹. No entanto, para que a PNEPS tenha sua implantação, a necessidade de pessoal efetivo é prioritária. A permanência de trabalhadores é imprescindível para o desempenho das funções quanto para a composição dos espaços representativos, como é o caso do PREPS.

Quanto à implantação do PREPS, um assunto que os entrevistados abordaram, é a falta de capacitação para desenvolver as atividades de membro do PREPS. Pudemos perceber que o resultado é um vácuo entre ser um trabalhador da saúde e atuar no PREPS. Um exemplo da falta de capacitação dos membros foi o relato de um dos entrevistados quando diz que foi chamado para fazer um documento que seria de responsabilidade particular nos membros.

²¹ Ver capítulo II artigo 7º da Lei 8080/90. Princípios e Diretrizes do SUS.

Em 2003 início de 2004 solicitaram que eu elaborasse o Regimento Interno do PREPS. Foram feitas algumas modificações, mas a estrutura continuou a mesma. Mas da implantação não fiz parte. Tive a oportunidade de participar de algumas reuniões discutindo o Regimento Interno e também apresentei alguns projetos (SUJEITO B).

Neste período mencionado, a Política de EPS estava tramitando, a Portaria ainda não havia saído, no entanto, já planejavam o que seria a estrutura do PREPS, mesmo sem ela estar oficializada. Nossa questão é a seguinte: de acordo com outras entrevistas, vinha da ESPP um modelo de Regimento e o PREPS só fazia as alterações de nomes e se adequava ao conteúdo, pois os membros ainda não entendiam como iria funcionar. Mas, se os membros do PREPS não tinham domínio do que iriam fazer como chamar outra pessoa que não trabalhava com EPS para pensar diretrizes para um Colegiado participativo e de gestão da formação de trabalhadores de saúde? Será que é este o princípio nevrálgico do PREPS, ou esta visão de fora facilitou o processo?

Se observarmos o Colegiado neste momento, faziam parte dele escolas e universidades, representadas por estudantes, docentes e trabalhadores de diferentes espaços, então, por que estes membros não montaram uma comissão para pensar a EPS e redigir o Regimento Interno? Talvez a questão seja: a falta de capacitação inicial para os membros do PREPS. Talvez um dos problemas da implantação da PNEPS, esteja no resumo de alguns relatos que afirmam que a PNEPS começou a ser planejada e trabalhada, na 20ª Regional, antes de saírem oficialmente quais seriam suas diretrizes, condição que pode ter ocasionado o que mais tarde iremos perceber na crítica dos entrevistados, quando falam do não conhecimento e pouco uso da PNEPS, como apoio para tomada de decisões.

Em um texto publicado pelo MS intitulado a Educação Permanente entra na roda, diz que:

[...] Os atores que estão na roda devem desenvolver novas propostas de ensino e aprendizagem que caminhem nessa direção, propostas que ajudem a reorganizar os serviços, para que eles também funcionem como espaços de aprendizagem. Propostas que levem os profissionais a compreender que seu espaço de trabalho não serve só para atender as pessoas que vão ali em busca de tratamento de doenças, mas que é um local privilegiado de produção e disseminação do conhecimento (BRASIL, 2005).

Se a incumbência dos membros do PREPS é deste nível, pode-se perceber a necessidade de capacitação preparatória para a implementação desta política, que é nova, mas que veio para subsidiar o SUS, na efetivação do direito universal à saúde. Para tanto, o PREPS foi instituído como um espaço participativo, o que a princípio não foi bem compreendido.

A não compreensão sobre o papel do PREPS levou algumas instituições a equívocos no início da implantação do EPS.

Começou por motivação da Regional, foi uma técnica (Seres) quem incentivou, [...]. Reuniu os representantes da região. Foi feito um encontro regional, onde veio a coordenadora estadual, falou sobre a Política, inclusive foi um encontro macrorregional, a partir daí começou a se consolidar com bastante envolvimento das universidades, com vários projetos, porque principalmente as particulares tinham a ideia que teria muito dinheiro para o financiamento. Mas os projetos não tinham nada a ver com Educação Permanente, era mais assuntos pontuais e como não foram aprovados os projetos, elas foram se debandando (SUJEITO A).

Quando o sujeito A fala da iniciativa da técnica da Regional de Saúde, como é lembrada pelos demais entrevistados, salienta que a EPS não teve apoio institucional, porque era mais uma atividade que vinha para que um técnico da Regional coordenasse, acumulando mais trabalho sem a menor estrutura de apoio. Trata-se de um Colegiado, no formato dos conselhos com participações voluntárias e representativas. Quem “pegasse” a responsabilidade teria que tocar praticamente só, dependendo da adesão dos demais membros. De acordo com os sujeitos, isto foi se perpetuando e ainda é esta condição que a EPS tem na Regional. A visão de que é mais um Programa que alguém deve se responsabilizar.

Verificando a Portaria 1996 de 2007, esta situação deveria ser tratada de forma diferenciada, pois no artigo 3º:

[...] Os Colegiados de Gestão Regional, conforme a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, são as instâncias de pactuação permanente e co-gestão solidária e cooperativa, formadas pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e por representantes do(s) gestor (es) estadual(ais). Parágrafo único. O Colegiado de Gestão Regional deve instituir processo de planejamento regional para a Educação Permanente em Saúde que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente e o apoio para o processo de

planejamento local, conforme as responsabilidades assumidas nos Termos de Compromissos e os Planos de Saúde dos entes federados participantes (BRASIL; CNS, 2007).

No entanto, este Colegiado de Gestão não foi instituído na 20ª Regional, assim acumula funções para o Colegiado do PREPS, como vimos na fala do Sujeito A. Os gestores não têm tempo para tratar especificamente da EPS, embora seja um dos pontos que tem meta a ser cumprida no Pacto pela Saúde.

O Pacto pela Saúde²² é assinado nos diferentes níveis federativos e isto os compromete a desenvolverem ações na prevenção e cura de doenças e promoção à saúde. No entanto, pelo que podemos perceber, a Educação Permanente dos profissionais/trabalhadores da saúde não está sendo vista ainda como um dos meios de prevenção de doenças e valorização do SUS.

No PREPS nós teríamos quer ter um conhecimento de todo os diagnóstico regional, teríamos que ter muito claro a situação epidemiológica, de todos os outros setores que compõem a saúde, mas nós não temos este conhecimento, na verdade nem a Regional tem. Isto para quando chegar um projeto nós termos claro se realmente é aquilo que se faz necessário, porque o que a gente percebe é que, por exemplo: um município trouxe para a saúde mental, mas em cima do que foi levantado esta proposta, porque um profissional queria fazer ou tem interesse em receber a seu honorários? Por isso eu vejo que está muito além, ainda as propostas, os projetos não estão de acordo com a política, porque deveria ser em cima da reflexão da equipe, de análise de dados, dificuldades em serviço, está muito longe disto (SUJEITO A).

A necessidade de conhecimento dos membros do PREPS sobre as demandas da saúde é algo que já foi identificado pelos sujeitos desta pesquisa. Mas pelo o que vemos, não é uma construção fácil. Muitos são os fatores que permeiam esta fala, desde condições básicas de capacitação até correlações de forças políticas para a liberação do servidor para participar dos cursos. Conhecer a demanda é de suma importância para o andamento da política, mas também há que

²² O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se dá por meio da adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021>. Acesso em: 20 set. 2010.

se conhecer os instrumentais que perpassam por esta política, dando-lhe suporte de ação como é o caso do Pacto pela Saúde e outros de igual importância.

Para além do Pacto pela Saúde, outro documento de grande relevância e que está diretamente ligado aos trabalhadores da saúde é a NOB/SUS/RH de 1996 que teve atualizações entre elas no ano de 2005. Este documento no item que trata sobre a **Educação Permanente para o processo de trabalho no SUS** expressa que: “Os Gestores das três esferas de gestão do SUS deverão elaborar, anualmente, um Programa Institucional de Educação Permanente para todos os níveis de atuação do conjunto de trabalhadores da Saúde sob suas responsabilidades” (BRASIL; CNS, 2005 p.58). Mesmo com esta normativa, o que percebemos é que na 20ª Regional esta ação ainda não conseguiu ser efetivada, tampouco valorizada.

A mesma normativa NOB/SUS/RH traz no item **Desenvolvimento do Trabalhador para o SUS**, que:

A qualidade da atenção à saúde exige a formação de pessoal específico, com domínio das tecnologias que qualifiquem a atenção individual e coletiva. Os novos enfoques teóricos e de produção tecnológica no campo da saúde passam a exigir novos perfis profissionais. É imprescindível e obrigatório o comprometimento das instituições de ensino em todos os níveis, desde o ensino fundamental, com o Sistema Único de Saúde e com o modelo assistencial definido nas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, por meio da formulação de diretrizes curriculares que contemplem as prioridades expressas pelo perfil epidemiológico e demográfico das regiões do País; da implementação de política de capacitação de docentes orientada para o SUS; da formação de gestores capazes de romper com os atuais paradigmas de gestão; e da garantia de recursos necessários ao desenvolvimento do ensino, pesquisa e extensão. Esta formação deverá se dar, prioritariamente, nas instituições públicas de ensino (BRASIL, 2005b, p.53).

A necessidade de qualificação para a atuação na área da saúde já é ponto de pauta há muito tempo. No entanto, ainda não consegue efetivar o que já está garantido em Lei. Conforme o relato dos sujeitos, a não efetivação tem diversos fatores, mas aqui cabe ressaltar a falta de compromisso dos gestores no processo de implantação da EPS, o que a NOB deixa claro em diferentes itens, inclusive especificando o que é de responsabilidade de cada nível de gestão: federal, estadual, municipal e o que é de incumbência do Ministério da Educação. Neste

sentido, percebe-se que as responsabilidades são descentralizadas para facilitar a efetivação, mas isto não é o suficiente.

Quando falamos da qualificação dos membros do PREPS isto fica mais complicado, já que falamos de pessoas que deveriam conhecer o processo para tentar efetivar a política.

[...] houve momentos em que a gente parava para discutir bastante, mas aquele momento onde os membros do PREPS [coletivamente] param para estudar, fazer leitura, grupo de estudos, não tenho recordação. Tivemos eventos de fazer, primeiro encontro, segundo encontro, na verdade o primeiro encontro foi agora em dois mil e dez, mas no passado teve o momento de trabalho técnico, mas eu não participei destas ações por questões que não me recordo naquele período estava afastada, não sei se eram férias ou coisa assim. Mas houve, não posso dizer para você que não houve, foi na Usina do Conhecimento, teve encontro do Pólo Ampliado e teve discussões técnicas sobre o papel do PREPS. Mas, do PREPS parar para estudar a Política isto não tenho recordação. (SUJEITO B)

Em relação ao período de 2003 e 2004 eu sei que houve encontros explicando qual era o papel do PREPS, não sei se houve uma formação ou qualificação. No meu mandato a gente fez vários eventos, mas especificamente sobre elaboração dos projetos, qual era o papel do PREPS, fizemos dois encontros os outros encontros eram segmentados. Tive um encontro para discutir sobre educação permanente, nos outros mandatos eu não sei se houve (SUJEITO C).

Por estas observações, percebemos que a carência no momento de saber o que pode ou não ser aprovado vem da origem, da implantação da política, condição que gera lacunas que algumas vezes causam equívocos que iremos expor mais adiante. Mesmo havendo mudança de experiências entre os sujeitos, o que fica claro é a necessidade de EP para os membros.

Outro assunto que aparece na fala de um dos entrevistados é a questão da flexibilização na composição dos membros do PREPS.

Existia uma definição da composição, pronta para os Pólos, [...] a Seres tentou cumprir rigorosamente, mas no Regimento Interno a gente procurou garantir que flexibilizasse, com a presença dos Sindicatos e onde o Ministério garantia lugar para outras entidades, nós colocamos a FUNASA e também do Sindicato dos trabalhadores da Saúde, da iniciativa privada e do Sindicato dos Metalúrgicos de Toledo e Região e também do Controle Social, [...] CMS de Toledo (SUJEITO B).

Esta iniciativa de abrir para outras áreas é interessante, mas dificulta a identificação de qual a qualidade desta participação, porque sabemos que a EPS é uma Política instituída para formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, então outras áreas podem e devem contribuir para esse aprimoramento, mas quem deve obter o direcionamento das ações são eles: trabalhadores da saúde.

No período 2007-2008, a FUNASA e Sindicato dos metalúrgicos não faziam mais parte das reuniões do PREPS, no Regimento Interno alterado em 2007 constava que o Colegiado deveria ser composto por:

I. gestores estaduais e municipais de saúde; II. instituições de ensino na área da saúde; III. escolas técnicas e escolas de saúde pública e demais centros de formadores das secretarias estaduais e municipais de saúde; IV. núcleos de saúde coletiva; V. hospitais de ensino e serviço de saúde; VI. estudantes da área de saúde; VII. trabalhadores de saúde; VIII. conselhos municipais e estaduais de saúde; IX. movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde; X. outros (NRE) (PREPS, 2004, p.4).

Na prática, no período em que fizemos parte do Colegiado, não eram todos os espaços citados que estavam representados. Havia representante dos gestores estaduais, através da 20ª Regional de Saúde, dos gestores municipais, das escolas através do Colégio Estadual Dario Vellozo e Universidade Estadual do Oeste do Paraná -Unioeste, os trabalhadores de saúde tinham seu representante, o CMS também teve sua representação e o Núcleo Regional de Educação o qual se fez presente desde a implantação do PREPS.

Um dos entrevistados salientou a importância de diferentes visões dentro do PREPS, para promover os debates e acrescentar conhecimentos no resultado final. *“Unioeste (ciências sociais), veterinária da (PUC), Dario Veloso (alunos técnico enfermagem), a gente abriu para os municípios participarem, não precisava ter sido eleito, estava aberto para o pessoal. As vezes vinha o pessoal da universidade de Cascavel”* (SUJEITO D). Acrescenta que os debates iam além da discussão da doença, a partir de uma análise mais ampla, o que possibilitava aos trabalhadores da saúde que ali estavam ampliar seu horizonte, já que como diz o entrevistado *“muitos conteúdos não temos na formação e a saúde ainda precisa aprender fazer planejamento”*.

A possibilidade de ações multiprofissionais é conteúdo que consta na PNEPS, quando trata do público para as capacitações e especifica as condições

para a formação dos profissionais, a partir dos currículos dos cursos, seja de ensino pós-médio, superior, de pós-graduação ou residência. Há uma grande preocupação quanto à interlocução das diferentes disciplinas para a formação dos trabalhadores, para que saiam das condições tecnicistas e passem a problematizar²³ seu cotidiano e a realidade dos usuários do SUS.

Para que ocorra esta interlocução é necessário que tenha uma estrutura para dar suporte. Então, perguntamos aos sujeitos como era esta estrutura e como está? As respostas reunidas deram um conjunto de informação, como veremos a seguir.

O Pólo Ampliado de Educação Permanente em Saúde (PAEPS), o qual pertence a 20ª Regional de Saúde, tem sua coordenação rotativa, de acordo com quem está coordenando, fica a alocação do PAEPS. Como exemplo, cita-se que, no ano de 2010, a coordenação estava sob a responsabilidade de Lenir Dresch, funcionária, municipal de Entre Rios do Oeste, cedida para a 20ª Regional. As ações, neste momento histórico, partem de Toledo, assim como já foi de Francisco Beltrão, Cascavel e Foz do Iguaçu. Neste sentido, o PREPS, embora não tenha hierarquia, conta com uma estrutura ampliada para dar suporte às ações, instância esta que pode ser importante para articular com outros Pólos as informações que podem auxiliar na operacionalização da EPS.

Mesmo o PREPS na 20ª Regional tendo sua criação *a priori* da PNEPS, sua estrutura teve alguns pontos que destacaram em relação a outros PREPS, como é o caso da elaboração do Regimento Interno que citamos anteriormente. Isto para o PREPS de Toledo, porque alguns Pólos do PAEPS, ainda não tinham este instrumento construído e só foram pensar quando a discussão veio à tona, em 2010, ano que o Regimento Interno de Toledo estava passando por mais uma revisão.

Agora a pouco tempo a gente reestruturou o PREPS e realizamos vários encontros, comentando a participação e com isso a gente conseguiu no último encontro fazer a reestruturação do Regimento Interno do PREPS e a reestruturação do Colegiado. Hoje [2010] o colegiado está bem representativo e bem participativo (SUJEITO A).

²³ Problematizar significa refletir sobre determinadas situações, questionando fatos, fenômenos e idéias, compreendendo os processos e propondo soluções.

Esta revisão citada teve início no final de 2008 e se concretizou em 2010, momento em que foi eleito o novo Colegiado do PREPS. Muitas pessoas novas, que não tinham conhecimento da Política, puderam fazer parte deste espaço com o intuito de ampliar a participação e procurar implementar a formação e o desenvolvimento dos profissionais/trabalhadores da saúde. A intenção de fomentar o debate sempre esteve presente no PREPS como conta o Sujeito:

Na época nós conseguimos trazer um pessoal que tinha uma representatividade muito boa de alunos e docentes e diversos outros setores, um pessoal da universidade que propunha discussões, pode-se dizer que muito mais representada a universidade do que agora no Pólo. Era um pessoal que trazia olhares diferentes. Porque a gente que é da saúde tem aquele olhar focado pra saúde os outros traziam novas perspectivas como o pessoal das ciências sociais, eram coisas novas que nós não víamos e até hoje não vemos na saúde e isso acrescentava bastante para o Pólo (SUJEITO D).

Poder contar com novos olhares e com pessoas que têm uma bagagem diversificada, é sempre muito bom, principalmente em espaços como o PREPS, onde a Política é nova e precisa de incentivo. Quando a intenção é a formação, é ainda mais relevante, pois no caso específico da PNEPS a formação não é vista isoladamente e, sim, integrada com o trabalho. Ensino/serviço compõem uma só palavra-chave da EPS.

A proposta de ensino/serviço que está sendo disseminada há muitos anos e foi estudada por Marsiglia (1995), deve emergir da problematização realizada pelos profissionais/trabalhadores da saúde a partir de seu cotidiano. No entanto, ainda há alguns entraves quanto a essa interlocução ensino/serviço, principalmente, no momento da execução das ações, pois estas ainda ficam nas ações de Educação Continuada de propostas fragmentadas. A PNEPS traz o diferencial que é para ensino, aprender com a prática e vice-versa, não aquele método de o facilitador ou formador repassar o conteúdo e absorva quem conseguir. A proposta é trabalhar de acordo com a necessidade cotidiana do espaço profissional. Levantar os problemas e, coletivamente, encontrar as soluções, garantindo espaço de pesquisa e prática profissional interligados.

A estrutura da PNEPS fica assim distribuída, nos diferentes níveis de governo: Ministério da Saúde DEGES, SGTES, SESA, ESPP, PAEPS, PREPS, esta

estrutura possibilita a organização da política, mas para que funcione é preciso que os trabalhadores saibam de sua existência.

Foi por estas e outras situações que os sujeitos nos falaram sobre as dificuldades da implantação da PNEPS na região. Esta não é uma exclusividade desta política, pois para que as demais políticas sociais pudessem ser efetivadas muitas lutas foram assumidas, por diferentes segmentos.

Algumas vezes aparece na fala dos sujeitos a questão da responsabilidade individual para que a PNEPS seja efetivada e esse é um dos pontos que foi elencado como dificuldade.

*Eu tenho que convocar as reuniões, preciso pensar na pauta, divulgando o PREPS, agora estou trabalhando muito em projetos, porque a gente percebe a necessidade e sou procurada por alguns segmentos. Outras vezes tenho que **viabilizar a execução dos projetos**, participando em capacitações em reuniões do PAEPS, [...] que é onde o PREPS é representado. Enfim toda a parte administrativa também do PREPS, porque nós não temos assessoria administrativa, então tem que fazer tudo, muitas vezes não tem secretaria para fazer a ata, então tenho que elaborar a pauta, as convocações, tudo está ficando a cargo do coordenador (SUJEITO A-grifo nosso).*

Na verdade sempre quem assumiu o Pólo acabou ficando com o “abacaxi” todo. Ficava pra fazer a Ata, porque alguém rascunhava, mas acabava que a coordenação tinha que se virar, passar a limpo a Ata, digitar, receber os projetos em fim fazia tudo. Tanto que na época a indicação era para que cada Pólo tivesse pelo menos um auxiliar administrativo para fazer a parte burocrática. Ou bem você faz a parte burocrática ou faz a parte do Pólo. Não dá pra ficar pipocando porque daí a coisa não avança (SUJEITO D).

A sobrecarga de atividades, objetivamente, é uma condição que dificulta a operacionalização em qualquer instituição, não é diferente com o PREPS. No entanto, cabe analisarmos estas narrativas. O PREPS é um espaço representativo, colegiado e não hierarquizado, porém, deve ter algumas divisões de funções para que seja facilitada sua operacionalização. São elas: a eleição de um coordenador, e um secretário, condições primárias para que as atividades possam fluir. Sabemos que a parte administrativa destes tipos de espaço sempre fica sob a responsabilidade de algumas pessoas, o que não pode ocorrer é que somente um membro deste colegiado tenha que fazer tudo. Se nos reportarmos para o item onde apresentamos as funções do colegiado (Portaria 198/2004) ficará claro que não são

poucas, assim devem ser democraticamente divididas para que sejam realizadas na sua totalidade, com a qualidade mínima prevista, para a implementação da EPS.

O relato de outros PREPS é de que o PREPS ninguém quer é o patinho feio, porque é um trabalho que é feito e não tem remuneração é um acúmulo de função. O que se percebe é que não há interesse de participar, tanto que na semana passada, na reunião da nova composição do PREPS foram convidados gestores dos dezoito municípios e só compareceram dois ou três gestores (SUJEITO A).

A organização da EPS, tendo por base esta colocação do sujeito, torna-se ainda mais difícil, pois segundo o mesmo entrevistado, muitas vezes os trabalhadores tentam implantar a discussão da EPS em seus municípios, mas pelo acúmulo de trabalho acabam desistindo. Isto faz com que as ações desenvolvidas tenham características de Educação Continuada e não de Educação Permanente.

[...] Segundo Motta (1998), o termo *permanente*, largamente difundido pela OPS, 'teria como referência uma estratégia de reestruturação e desenvolvimento dos serviços, a partir de uma análise dos determinantes sociais e econômicos, mas sobretudo de transformação de valores e conceitos dos profissionais. Propõe transformar o profissional em sujeito, colocando-o no centro do processo de ensino/aprendizagem'. Já o termo *continuada*, segundo Ricas (1994), 'englobaria as atividades de ensino após o curso de graduação, com finalidades mais restritas de atualização, aquisição de novas informações e/ou atividades de duração definida e através de metodologias tradicionais'. (MOTTA; BUSS; NUNES, s.d., p.5).

Assim, o que demarca a diferença entre Educação Continuada e Permanente é o método de problematização no cotidiano profissional, condição que provoca maior racionalização no processo ensino/aprendizagem.

Outro ponto que é de suma importância discutir aqui é uma questão que nos parece que não ficou clara para os membros do PREPS: O PREPS não executa projetos. Quando a Portaria 1996/2007 no seu artigo 4, inciso V traz que o Colegiado deve, "[...] acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação em saúde implementadas na região; [...]" (p.3), não trata da execução em nenhum outro ponto, trata sim, da função do PREPS, pensar a Política local, ou seja, planejar. Percebemos que esta -execução -é uma função incorporada que não faz parte das obrigações e acaba tomando espaço de outras funções que são deixadas de lado como é o caso do monitoramento e avaliação das ações.

A Norma Operacional Básica dos Recursos Humanos deixa clara esta obrigação de avaliação para que haja melhor qualidade no atendimento à população usuária.

Os Programas Institucionais de Educação Permanente devem prever a realização de avaliação do desenvolvimento do trabalhador do SUS, que deverá contemplar os diferentes níveis de formação, a complexidade da atividade desempenhada e o grau de responsabilidade técnica, considerando-se o modelo assistencial, o modelo de gestão, a realidade epidemiológica, a composição das equipes de trabalho, a capacidade técnico-assistencial e as demais especificidades locais. Deverão ser utilizados indicadores de impacto dos processos de desenvolvimento sobre o atendimento à população (qualidade). (BRASIL, 2005b, p. 59).

Estas considerações se multiplicam em diferentes documentos que perpassam pela EPS, no entanto verificamos que ainda não estão sendo cumpridas as diretrizes básicas. Estas condições nos levam a pensar em duas hipóteses: os membros não têm conhecimento dos conteúdos da Política ou simplesmente não estão cumprindo as diretrizes por motivos não explícitos. Este ponto demonstra a falta de entendimento do que é o espaço, PREPS. Se os membros quando ingressarem no PREPS tiverem uma formação *a priori*, sobre as diretrizes da PNEPS, estas dúvidas poderiam ser diluídas e o trabalho seria melhor desenvolvido. Até mesmo a apresentação da PNEPS, para as pessoas que não têm a pretensão de participar do PREPS, é importante, pois a partir do conhecimento pode surgir o interesse, com a devida apresentação são desmistificadas muitas questões.

Em alguns casos a falta de conhecimento não abre caminho para novas idéias, como relato do sujeito A:

“Porque não tem retorno financeiro e porque é um fórum de discussão e eles não têm tempo para discussões, eles têm que apagar o fogo que está acontecendo no município”. Esta fala foi com relação à falta da participação dos gestores nas reuniões do PREPS. Demonstra que ainda o trabalho está sendo desenvolvido pensando nas ações emergentes, curativas e não pensando em ações preventivas que venham ter resultados em médio e longo prazo, como é o caso da EPS.

Conhecimento, interesse e comprometimento, são conceitos que aparecem na fala do Sujeito A, quando afirma que a EPS ainda não está totalmente implantada na região. Segundo ele, *“a condição de não ser cobrado às pessoas não*

se comprometeram. Se houvesse cobrança seria diferente” (SUJEITO A). O comentário é em relação ao governo estadual e a Regional de Saúde não se comprometerem, e assim o PREPS se tornar projeto de “uma só pessoa”.

“O que pode ser não por falta de interesse, mas por falta de gente para fazer isto, porque toda a região que a gente vai, dizem que tem tanto para fazer, mas não tem gente, para fazer, então é o sucateamento que dificulta, tanto no estado como no município” (SUJEITO A). A falta de concurso para as Regionais de Saúde é um das condições que provoca o sucateamento dos serviços e dificuldade de operacionalização dos programas e projetos que deveriam subsidiar o SUS. Pensar a EPS é pensar para além de ações pontuais e fragmentadas, deve ser pensada para pautar todas as ações do cotidiano profissional.

“Pra mim esta [EP nas UBSs] é o avanço mais importante que o PREPS, PAEPS ou a Política Nacional poderia possibilitar para os servidores da saúde” (SUJEITO B). A necessidade vivenciada pelos profissionais dá os indicativos por onde deve percorrer o planejamento da EPS, para viabilização de ações mais efetivas e concretas. A partir do momento em que os profissionais possam parar para discutir suas ações e propor estudos para resolver seus problemas profissionais cotidianos, oriundos das relações sociais e institucionais, o serviço terá nova dinâmica. Provavelmente, os trabalhadores tenderão a buscar caminhos para trabalhar juntos em busca de fortalecer os laços multiprofissionais. Havendo a incorporação do trabalho multiprofissional, fica menos difícil conscientizar a população dos problemas que emergem diariamente.

“A população muitas vezes cobra da gente que nós temos que estar atendendo [...]” (SUJEITO B). A Proposta da EPS de problematizar o fazer profissional é um dos caminhos para sensibilização dos usuários. Como eles irão entender que as UBS estão fechadas para discussões que irão objetivar em melhor atendimento, se isto não for explicado? Então, o processo educativo deve ser de duas formas, para o aprimoramento dos trabalhadores e para informação e conhecimento dos usuários. Não há como cobrar adesão no processo de EP se não houver uma exposição *a priori* do processo de ensino/aprendizagem

O caminho para que a EPS esteja implantada e funcionando é longo, mas o engajamento dos trabalhadores é que dá o ritmo a este processo, se houver empenho será abreviado, se as ações forem fragmentadas, tornar-se-á lento e ineficaz.

Os fatores de dificuldades podem surgir de várias origens, o sujeito B nos relata uma condição.

Hoje são tais pessoas, amanhã são outras e você tem que ter um mecanismo de estar capacitando ao mesmo tempo em que, executando a Política. Outra coisa que é dificultador é que tem locais, cidades que os membros do PREPS são as pessoas que fazem tudo nos municípios, então para ela sair uma vez por mês para vir na reunião do PREPS, uma manhã...duas, três vezes...é difícil porque ela sai para o PREPS, para epidemiologia, para a vigilância, para atenção básica ...ela sai para tudo...e daí, quem executa o serviço? A demanda da população fica... então este é um fator que dificulta um pouco(SUJEITO B).

Estes pontos tratados pelo sujeito são de grande relevância para pensarmos com que consistência está sendo implementada a PNEPS na Regional. Nossa realidade (20ª Regional de Saúde) é de município de pequeno porte, onde os profissionais, objetivamente fazem um trabalho polivalente²⁴. Muitas vezes não é funcionário efetivo e tem contratos precários, com tempo determinado ou ainda, ocupa cargos na gestão (gerência) da política, sem nenhum vínculo efetivo, condições que geram fragmentação no conhecimento e no direcionamento da Política de Saúde. Esta constatação não é singular em nossa região. Motta, Buss e Nunes²⁵ trazem a discussão com base em que:

Ao analisar as mudanças que vêm ocorrendo no mundo do trabalho, principalmente a partir das duas últimas décadas, Deluiz (1996) adverte que a emergência dos processos de 'acumulação flexível' tem gerado fenômenos tais como, 'ampliação do trabalho precarizado e informal e da emergência de um trabalho revalorizado, no qual o trabalhador multiquificado, polivalente, deve exercer, na automação, funções muito mais abstratas e intelectuais, implicando cada vez menos trabalho manual e cada vez mais manipulação simbólica', e complementa que 'é também exigido deste trabalhador, capacidade de diagnóstico, de solução de problemas, capacidade de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe, se auto-organizar e enfrentar situações em constantes mudanças'. (MOTTA; BUSS; NUNES, s.d, p.2).

Mas para que os trabalhadores possam atender às exigências estabelecidas pelo mercado, há que se ter uma incorporação da importância da

²⁴ De acordo com que prega no regime capitalista a partir da Reestruturação Produtiva.

²⁵ No texto: *Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde*. Disponível em: <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_forma09.pdf> Acesso em: 25 maio 2009.

formação permanente. Afinal, como cita Wurman (1991), estamos na era da informação e, ela é força motriz de nossa vida e de nosso trabalho, então se não acompanharmos este ritmo frenético em que as informações são geradas, ficamos “descartáveis”. No entanto, estamos falando do processo de formação na área da saúde, espaço onde as dificuldades emergem e se multiplicam. O que deveria ser política de saúde pode-se dizer que, em virtude de tantas mudanças, está agindo na cura de doenças, limitando ações para que possam atender à demanda, assim o trabalho preventivo muitas vezes fica em segundo plano. O processo de formação do trabalhador é algo para além dos bancos escolares, tem que ser pensado no conjunto das relações sociais, pois envolve, os trabalhadores, seu empregador, usuários e a comunidade como um todo. Educação Permanente não é fragmentação de informações mais acúmulo de conhecimentos gerenciados e postos em prática.

De acordo com Ministério da Saúde “[...] só conseguiremos mudar realmente a forma de cuidar, tratar e acompanhar a saúde dos brasileiros se conseguirmos mudar também os modos de **ensinar e aprender**” (BRASIL, 2005a, p. 6, grifo do autor).

Todavia, para que novo método de ensino/aprendizagem seja implantado, as pessoas que atuam na PNEPS precisam ter condições de divulgá-lo, mas para isto é preciso que entendam as diretrizes da PNEPS. É essa a preocupação do sujeito quando expressa estas palavras: *[...] preparar melhor as pessoas que estão no Pólo que são nossos representantes, para repensar a Política, não só no sentido de poder elaborar projetos. Pensar a Política não só execução de projetos, aprovação de projetos, mas como uma educação permanente nos serviços públicos* (SUJEITO B).

Com a fala do sujeito B, fica impressa sua preocupação do PREPS se consolidar somente como um espaço de aprovação de projetos ao invés de pensar a Política de forma ampla para que a implementação possa ocorrer. Os outros entrevistados colocam a mesma preocupação e acrescentam que a falta ou o pouco conhecimento da PNEPS, gera problemas na execução das ações, desde dificuldades na aprovação de projetos, falta de monitoramento e avaliação. Pelo que constatamos, isto implica na dúvida do que é ou não prioridade, objetivo e função do PREPS.

Não sei qual é a dificuldade, eu acho que virou uma coisa bem mecânica. Pra mim o Pólo deveria ser um momento para sentar e ampliar a visão, para estudar, para ver a coisa de outro jeito e o tempo para fazer isso, não tem. Não sei se agora estão estudando para entender o que é o Pólo. Não vejo quem participa do Pólo com essa idéia de procurar o que é a proposta da EP, resgatar o que realmente deve ser feito (SUJEITO D).

Neste ponto, aparece mais uma fala que nos leva a alguns questionamentos: falta recursos humanos ou há um monopólio de informação nos municípios?

“Nas cidades pequenas são as mesmas pessoas que fazem tudo. Tem que ter uma compreensão que nas políticas podem vir participar outras pessoas que não seja aquela líder, ou aquela diretora, ou responsável pelo setor, mas alguém que socialize com os demais [...]” (SUJEITO B).

Objetivamente, sabemos que por menor que seja o município e este não é o caso de Toledo, o quadro da Secretária de Saúde Municipal é composto, por secretário municipal, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, atendente, assistente social, psicólogo, agente comunitário entre outros. No entanto, pelas falas registradas, são sempre as mesmas pessoas que participam das ações da EPS. Cabe aqui uma nova pesquisa para levantar como está este quadro funcional atualmente nos dezoito municípios da 20ª Regional de Saúde. Será que a grande maioria não é funcionário de carreira/efetivo? Ou cabe aqui levantar o que o Sujeito D trouxe, que a saúde na prática planeja pouco suas ações, devido à emergência das demandas. Mas, até que ponto isto é regra nos municípios ou, ainda, não há um planejamento no qual são divididas as tarefas para agilizar o atendimento e garantir a qualidade dos serviços do SUS?

Parte da solução para os problemas até aqui levantados, já foi trazida pelos sujeitos entrevistados. Unanimidade nas respostas, eles consideram de suma importância os eventos de divulgação da PNEPS. Segundo eles, a partir da divulgação os trabalhadores conhecerão a proposta e poderão se organizar para propor representantes no colegiado e para apresentarem projetos que visem à qualificação profissional nos diferentes setores da saúde pública. Neste sentido, a divulgação deve ser implantada por duas vias: no **ensino**, através das entidades formadoras, trabalhando com aqueles que irão compor o quadro profissional da saúde pública, estudando currículos e verificando até que ponto a proposta atende

às demandas do SUS; no **serviço**, com os trabalhadores que estão na execução. Campo este em que as ações de EPS devem ser valorizadas, para abrir espaços de debates, através da implantação dos projetos temáticos apresentados ao PREPS, ou para divulgação para o grande público de trabalhadores.

A divulgação das propostas de EPS pode gerar outras facilidades para além das já citadas, que são as avaliações das ações desenvolvidas *in loco*, em cada município que participa da formação. Esta proposta, segundo o Sujeito A, foi lançada, porém somente um município está parando para fazer a avaliação e, como resultado, propondo ações. Para que isso seja cumprido, a Portaria 198 aponta que:

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; CNS, 2004, p.1).

Se o objetivo da Política Nacional é de problematização, para alcançar a qualidade desejada, é necessário que este processo ocorra nos locais de trabalho e não nas unidades de ensino. Enquanto a EPS não for entendida como uma Política que pode e deve ser pensada pelos profissionais executores, a implementação não será eficaz.

Pela falta de conhecimento da função do PREPS, muitas vezes são multiplicadas informações erradas, como cita o sujeito C:

Na realidade o PREPS, lá atrás em 2003 e 2004 teve uma dificuldade de compreensão do seu papel, porque apontou-se que seria um Pólo de projetos, e essa condição em virtude de cobrir custos, deturpou um pouco o olhar das pessoas. Então, algumas pessoas daquela época que continuaram até o momento, elas traziam consigo aquela ideia, de que PREPS era um Pólo de projetos e isto dificultava a discussão mais aprofundada do diagnóstico (SUJEITO C).

[...] a polêmica foi na época [...] que as universidades podiam mandar projetos caros e que seria aprovado, aí quando eles viram que a coisa não era bem assim acabaram saindo do Pólo (SUJEITO D).

A implantação da PNEPS na 20ª Regional de saúde não foi e não é um processo fácil, tendo em vista que constamos que ainda faltam muitas ações para dizer que a Política está totalmente implantada. Mas, vimos que o caminho está aberto e é preciso que os sujeitos, membros do PREPS, possam abrir campo para discussões, sejam elas na formação técnica, superior ou extra-escolar. O que importa para que essa ação seja reconhecida é a divulgação, como os sujeitos-membros apontaram. É preciso que os trabalhadores dos diferentes municípios assumam a EPS e a pratiquem no seu cotidiano profissional, independente da função que atuem.

Vimos que o processo de implantação da EPS, não foi fácil, têm muitas dificuldades para serem dissipadas, entre elas o pouco conhecimento da PNEPS. Neste sentido, vamos apresentar o que os Sujeitos nos relataram sobre a concepção da EPS, para podermos identificar se neste ponto é ratificada a carência das capacitações para os membros ou se já houve algum avanço nestes 4 (quatro) anos de PNEPS, 2004-2008.

4.1.2 Concepção da Educação Permanente em Saúde

“Para mim é educação e serviço, porque precisa desenvolver o profissional e a instituição, enfim todos os envolvidos fazem parte do processo” (SUJEITO A).

O eixo ensino/serviço sem dúvidas é a chave para a Política de Educação Permanente, no entanto ainda não é uma questão muito clara para os profissionais que planejam os projetos e para aqueles que avaliam também. A interlocução entre unidades de ensino e espaços de trabalhos é algo que ainda não foi totalmente compreendido. A função de ensinar na proposta da Educação Permanente, desde a Pedagogia/Andragogia, é dinâmica e dialética. As pessoas devem levantar quais são as suas dificuldades e coletivamente propor um caminho. Esta é a situação de conflitos, pois nas formações convencionais a dificuldade dos sujeitos é “identificada” pelas unidades de ensino e os professores/formadores planejam o que pensam responder às necessidades.

Estes novos conceitos são campos para mudanças. Mas, como tudo depende das relações sociais, é preciso ter a adesão dos dois lados, de quem forma e de quem é formado.

O sujeito B, quando interrogado quanto ao conhecimento sobre os eixos fundadores da EPS, responde: *“Seria a mudança de atitude ou de valores nos profissionais da saúde?”* Dúvida que não é individual e solitária. Há muitos profissionais que ainda não tiveram contanto de nenhuma forma com a EPS. Então, será que está apta esta Política para mudar atitudes, ou falta o principal, ser conhecida?

Neste sentido, o sujeito D, coloca uma questão que é inerente às Políticas Sociais no Brasil: *“Para mim a EP veio para mudar aquela prática de só fazer projeto para apagar incêndio”*. A ação emergencial e focalizada é algo muitas vezes necessária mais que fragmenta o trabalho do profissional da saúde, tanto quanto dos profissionais que atuam, nos outros setores.

Apesar das pessoas dizerem que a EP é um procedimento que não chega a ser um modelo, eu desde o início pensei que era uma proposta diferente que a partir do diagnóstico ela propõe ações, ela não é pontual, não termina em si. A proposta é diferente da Educação Continuada, a Educação Permanente você tem que fazer sempre a avaliação da realidade, do contexto social e a partir das demandas é que coletivamente se constrói um diagnóstico a partir deste diagnóstico se constrói a Política de Educação Permanente (SUJEITO C).

No caso, não seria construir a Política, porque esta já está posta, mas implementá-la, criar condições para que seja efetivada. Por todo o percurso que teve a discussão sobre formação dos trabalhadores da saúde, a necessidade de implementação desta Política é ponto de honra, de tantos atores que participaram dos movimentos, debates e congressos, para garantir um espaço democrático e com possibilidade de formação baseada nas demandas dos trabalhadores.

Estes são os pontos que diferenciam a Educação Permanente da educação Continuada, principalmente pela categoria problematização, que, como já dissemos, busca no sujeito suas demandas para o formador pensar com o coletivo profissional a resposta mais adequada.

Mas o que os sujeitos conhecem como objetivo da EPS ou do PREPS? Eles nos responderam:

[...] é aquela educação que você faz em serviço, você analisa, avalia, reflete o que você faz aí em cima disto você vê, chega-se a conclusão da necessidade de uma informação, busca por informação, busca de capacitação, de

bibliografia principalmente em equipe, nunca de uma forma individual. Faz o processo de educação ser em equipe” (SUJEITO A). Portanto, classifica a EPS e as ações que devem ser desenvolvidas pelo PREPS de **Formadora**.

*Até hoje o Pólo tem sido para nós um forma de **articular** discussão. Mas, o Pólo tem também uma função importante de **pensar** a Política de Educação Permanente, não só de fazer ou aprovar projetos, mas de discutir sobre a política pública de educação como um espaço nas Unidades Básicas, onde as equipes possam para e ter seus momentos de educação dentro da Unidade Básica. Que é outra coisa, mas que o Pólo poderia ser o articulador em termos regionais, estaduais e nacionais (SUJEITO B).*

O Sujeito B, identifica ações em que o PREPS é articulador e cita outras que podem ser aprimoradas, para melhorar o trabalho na saúde pública. Para além de fazer as articulações, o sujeito fala da função de **Planejador**, mas pensa esta ação de forma dinâmica e interdisciplinar, que contempla toda a equipe, independente da formação, seja ela acadêmica ou técnica.

Para o Sujeito C, o PREPS “faz o diagnóstico da saúde na Região e a partir daí constrói proposta de formação. O objetivo era fazer um planejamento e avaliação dos projetos que passam pela Regional, ou que a Regional demanda para realmente ter uma continuidade na capacitação dos profissionais”. Este entrevistado elenca as funções de formador, planejador, e acrescenta, **Propositor e avaliador**, funções que se bem aplicadas ou gerenciadas, dão à Política condições de implementação atingindo as necessidades do SUS, no que se refere ao trabalho e ao atendimento dos usuários.

Para complementar, o sujeito D acrescentou que o PREPS tem a função de avaliar e aprovar os projetos. Função esta que está diretamente ligada a todas as outras, já que precisa conhecer a realidade da região, ter um planejamento de onde serão empregadas as verbas disponíveis, para poder aprovar os projetos que devem chegar dos diferentes espaços ligados a Política Pública de Saúde. Embora as funções estejam expressas nas Portarias 198 e 1996, ainda há crítica deste sujeito entrevistado quanto a pouca divulgação para a população em especial para os trabalhadores. Assim, cabe ressaltar o papel do PREPS de **divulgador** da Política e de suas ações. Bem como lembrar que é um espaço representativo e não de cadeira cativa, que tem diretrizes claras e que devem ser conhecidas e

compreendidas, em especial por aqueles que representam este espaço, os membros do PREPS.

Quando perguntados se as capacitações oportunizam espaços para o conhecimento da PNEPS, todos os sujeitos foram claros, quanto a não ter havido capacitação para a implantação do PREPS. Houve, segundo o sujeito B, uma oficina com um representante da ESPP, mas isto não caracteriza como capacitação no sentido amplo, tendo em vista a dimensão da Política e os diferentes temas que perpassam por ela para que seja executada. Com as diferentes coordenações, sempre teve um curso rápido de apresentação da Política, mas os sujeitos explicitaram que não era nada que viesse a dar subsídios para trabalhar com a EPS. Quem queria conhecer mais profundamente deveria estudar sozinho. O sujeito C, também lembrou que houve um trabalho de três dias, quando funcionários da ESPP vieram à Toledo para falar sobre a Política e como realizar o diagnóstico. Deste evento, nós nos lembramos, pois foi nele nosso primeiro contato com a PNEPS. Podemos afirmar que teve um conteúdo de elaboração de projetos a partir da problematização dos espaços de trabalho. No entanto, não houve tempo hábil para que as pessoas ali pudessem ter noção do significado da EPS para o SUS e para a sociedade em geral. Inclusive, foi pelas discussões deste evento que identificamos o problema desta pesquisa o que nos instigou ir em busca de conhecer de onde veio, por quem foi criada e como está sendo operacionalizada a EPS.

O que percebemos com os relatos é que, objetivamente, não houve capacitação prévia para a implantação do PREPS e ainda não há para a implementação. Assim, os membros vão aprendendo, quando de interesse, no decorrer do processo de execução das atividades.

As capacitações para elaboração de projetos têm dado maior projeção à EPS, pois como já vimos, ainda é onde o trabalho do PREPS tem se concentrado, ou seja, apreciação de projetos.

Desde final de 2007 até 2008, o número de projetos aumentou consideravelmente. O PREPS nunca antes tinha aprovado tantos projetos e, entre eles, projetos com instituições de ensino para capacitar os trabalhadores a elaborar projetos. Mas, se verificarmos os conteúdos destas capacitações, veremos que ainda não tiveram o tom de EPS, uma vez que foram cursos de metodologia científica, e não de problematização. Certamente, os trabalhadores precisam saber dos passos para montar um projeto e qual conteúdo cabe em cada categoria. O trabalhador

sabe quais eixos que a PNEPS privilegia? Ele tem um diagnóstico atualizado de seu município para subsidiar estes projetos? Ele faz a discussão multiprofissional para montar este projeto, ou simplesmente pergunta o que cada um em sua equipe “acha” que está precisando e monta uma síntese?

Não cabe a nós respondermos, mas a cada trabalhador a si mesmo. No entanto, de acordo com a fala de um dos sujeitos, há muitos pontos como os eixos que a PNEPS elenca como prioritários, que não eram conhecidos, isto que este sujeito tem um caminho extenso na PNEPS. Então, percebemos que a militância, aqui, não é sinônimo de conhecimento e, sim, de condição política de poder estar ali atuando, no entanto com pouco tempo para estudos aprofundados.

“A Pessoa vai na reunião, olha, participa, as vezes fala as vezes não, volta para reunião do Conselho dá a devolutiva. Mas isso tem que ser preparado, discutido...é o papel do PREPS também fazer isto” (SUJEITO B).

Embora a fala do sujeito critique a não disseminação da informação, pudemos perceber por outra parte de suas falas e pelas demais falas o que dificultou muito este processo de implantação e implementação de EPS foi a falta de formação para os membros, pois como estes podem, ou poderiam repassar informações se não entendiam o que faziam ou do que faziam parte. O conhecer o que faz é de suma importância para haver repasse de informação e execução correta das atividades.

Trouxemos a visão dos sujeitos sobre a capacitação na implantação e para os projetos, agora veremos como estes identificam a capacitação para os formadores/facilitadores da EPS.

A questão de formação dos facilitadores ou formadores foi uma questão que surgiu na fala de um dos entrevistados e é relevante que possamos trazer para pauta, pois são estas pessoas que devem multiplicar o propósito da EPS para os trabalhadores da saúde. No entanto, o sujeito A nos fala de sua preocupação quando a esta função, pois ainda há uma grande relutância no que se refere à metodologia da Educação Permanente. Muitas pessoas aplicam a Pedagogia ao invés de entenderem que a EPS deve ser baseada na Andragogia, educação de adultos que, em sua base, é diferente, pois o público alvo já tem uma história de vida, conceitos morais e éticos, e nem tudo aceita, nem tudo precisa. Aí está o ponto em que a problematização é importantíssima, pois é a partir dela que conhecemos os sujeitos com quem trabalhamos, quais são seus embates, etc.

Os profissionais não precisam ser “re-alfabetizados”, mas precisam ter suas dúvidas respondidas, e muitas delas vêm deste a formação que em muitos casos não teve noções de como funciona o SUS, sua base e a quem atende.

Neste sentido, os facilitadores precisam, tanto quanto os trabalhadores da “ponta”, de Educação Permanente, para poderem dar conta desta demanda que cresce de acordo com o desenvolvimento do país e os avanços tecnológicos.

Eu sinto, o que falta é dar empoderamento para os nossos trabalhadores, porque muitos têm o conhecimento e não têm a confiança para passar para os outros. Porque não pode morrer o conhecimento junto com as pessoas. Como o caso do estado, que faz vinte anos que fez concurso, agora estão se aposentando e quem entrar não vai conhecer nada, porque quem sempre fez os cursos capacitações foi um só de cada área, quando este sair, vai junto o conhecimento acumulado de anos, isto não é diferente no Ministério que está na mesma situação (SUJEITO A).

Com isto, fica evidente a necessidade de formação constante de pessoas para esta função, já que temos um rol de opções. Tendo em vista a bagagem de todos os trabalhadores da saúde, cabe ao PREPS fazer esta ponte para que possam se interessar em se tornarem facilitadores, auxiliando seus iguais na multiplicação de conhecimento e, principalmente, na garantia do espaço que é uma Política específica aos trabalhadores da saúde pública.

A valorização dos facilitadores tem que ser pelo seu conhecimento e contribuição na PNEPS e não pelos títulos que carreguem seja de academia ou de cargo.

Se a capacitação para facilitadores ainda não está efetivada, como andam as capacitações para os trabalhadores em geral?

As capacitações para trabalhadores, atualmente, tem um conotação negativa, pois com a mercantilização do trabalho, muitos profissionais procuram cursos para terem certificados e subirem de nível, nos seus cargos, e não procuram para acúmulo de conhecimento. Conforme o sujeito B, “[...] *você capacita, dá treinamento, traz profissional, faz quarenta horas, oitenta horas ou cem horas, mas as pessoas vêm, participam, mas na verdade não aplicam ou não mudam as condutas.[...]*”.

De forma nenhuma queremos acusar os trabalhadores de negligenciarem as ações oferecidas pelo PREPS ou por outras instituições, mas queremos tratar das condições objetivas que perpassam pelo espaço profissional e a partir da mercantilização das políticas em especial da Saúde. Condição que sufoca as tentativas de emergência de novos processos, no caso a PNEPS.

Os trabalhadores, diante das diversas tarefas que são convocados a executar, pois são chamados de trabalhadores polivalentes, não conseguem encontrar espaço em suas agendas para incorporar uma “parada”, para discutir os problemas. A primeira e mais rápida atitude é solucionar os problemas mais urgentes.

Neste sentido, podemos perceber que a implantação da PNEPS na 20ª Regional de Saúde teve e tem seus percalços e os diferentes membros vêm lutando para superá-los. Mas, com a falta de preparo dos membros do PREPS para a execução da política não conseguem garantir a efetividade. Esta contradição de nem mesmo os membros atingirem um grau de entendimento para que possa ser contemplada a implementação da política, nos parece que está pautada na correlação de forças e falta de compreensão dos órgãos competentes nos diferentes níveis.

Percebemos que a concepção sobre a PNEPS é variada. Não podemos dizer que não corresponda ao tema, no entanto analisando com base na legislação em vigor percebemos que a falta de preparação dos membros para ingressarem no PREPS é o ponto principal desta discussão, pois o que os membros sabem atualmente sobre a Política é porque foram aprendendo de acordo com o desenvolvimento das atividades, condição que não propicia um debate com maior conhecimento no momento que planejar ou avaliar os projetos. A concepção de EPS não é algo para além das condições dos trabalhadores da saúde, pelo contrário, é algo pensado por eles, resultado de uma trajetória de movimentos e lutas. Então, o que deve ser propiciado a estes trabalhadores é conhecer a PNEPS nos seus conteúdos legais para que possam ter garantidos os espaços de formação para o desenvolvimento, tendo em vista melhores condições de trabalho e, conseqüentemente, aprimorar o atendimento ao usuário.

4.1.3 Operacionalização da PNEPS na 20ª Regional de Saúde

Para podermos analisar como se dá a operacionalização da EPS, os sujeitos nos falaram sobre alguns pontos:

Todo ano tem algumas alterações nestas prioridades. Assim o que é prioridade para a União é para o estado e para os municípios. Alguns projetos chegam em cima da hora que não tem como adaptar a nossa realidade, tem prazo para serem executados outros conseguimos fazer algumas alterações (SUJEITO A).

O Pacto pela Saúde é um dos documentos que dão o rumo da aplicação das verbas no que se refere à Educação Permanente. No Pacto constam as linhas que devem ter prioridades na atenção à saúde. Este documento é assinado no nível federal, pelos estados e os municípios assinam no nível estadual. Desta forma, há um comprometimento descentralizado para que execução seja efetivada. Parte das diretrizes deste Pacto é pontuada nos Plano Nacional de Saúde, mas também há a inclusão de demandas emergentes, no diferentes níveis.

O Pacto trata de temas como a formação dos trabalhos como lembra o Sujeito A: *“Esta ação de parar pra implantar a EP está no Pacto e foi trabalhado o ano passado [2009], mas somente um município está efetivamente fechando as portas uma tarde por mês para pensar a EP”*. Condição que facilita o processo de operacionalização da EPS na região. Porém, é realizada esta atividade em um dos dezoito municípios da 20ª Regional.

Para tentar sanar esse déficit de propostas *“Os técnicos da Regional quando identificam o problema, propõem projetos para a área. Por exemplo: quando o município não está sabendo monitorar a água, eles organizam a capacitação e chamam os técnicos para atualizar”* (SUJEITO A). Além dos funcionários da Regional, alguns municípios enviam projetos para o PREPS, mas até o ano de 2008 este procedimento não era constante.

Neste sentido, o fluxo de apresentação dos projetos foi assim apresentado:

A grande maioria ainda é a área técnica da Regional, que traz aqueles projetos prontos e algumas vezes readequados e uma vez ou outra os municípios. Os projetos que vêm do MS são baseados nos indicadores das prioridades do Pacto e por causa da pactuação

com os municípios têm a prioridade para algumas linhas de cuidado, depende do que foi pactuado, como saúde da criança, da mulher, do idoso, do homem. (SUJEITO A).

Os projetos no período 2004 a 2008, de acordo com a fala dos sujeitos e o levantamento de dados dos projetos arquivados no PREPS, têm basicamente três fontes: MS/SESA, Regional de Saúde e Municípios, este último com maior significância a partir de 2008 e, conseqüentemente, a partir deste mesmo ano, diminuição dos outros dois, devido aos cursos de elaboração de projetos, oferecidos para toda a região.

Para que os projetos sejam apresentados ao PREPS e avaliados, para encaminhamento à ESPP, é preciso que atendam a certos critérios, os quais foram elencados pelos sujeitos.

Basicamente, os critérios para avaliação dos projetos no PREPS estão amparados no Plano Nacional de Saúde, no Pacto pela Saúde, na base de dados da Regional e na necessidade dos profissionais. Para que os projetos sejam aprovados devem atender a um destes itens e estar dentro do planejamento financeiro do PREPS, pois se houver verba e o projeto for relevante será aprovado, desde que esteja dentro da metodologia estabelecida pela PNEPS e adequada pela ESPP.

A orientação da Escola de Saúde Pública é que estes projetos sigam o procedimento da EPS, um método que a partir do diagnóstico, da discussão, da realidade construa o projeto. Não pode ser um projeto tecnicista, ter visão unilateral, tem que ser a partir de um diagnóstico da situação, esta é a linha. Caso o projeto saia disto a Escola recusa o projeto (SUJEITO C).

Uma condição que deveria ser primeira para criar critérios da EPS, seria de nível locorregional, partindo do Plano Anual do PREPS, o qual deve se basear nos parâmetros nacionais e estaduais. Mas, acima de tudo, fazer um diagnóstico das demandas nos municípios pertencentes à Regional. Pois não devemos esquecer que um dos princípios da EPS é a descentralização das ações.

Para compreender o movimento que o PREPS realizou nos anos de 2004 a 2008, vamos analisar o quadro que montamos a partir da pesquisa documental, dos projetos avaliados pelo PREPS e encaminhados para a ESPP aprovar.

Quadro 6 – Projetos Apreciados de 2004-2008

Propo- nentes	Evento	Objetivo	Local	Público Alvo	Nº de pes so as
20ª Reg. Seção vigilância Sanitária	I Oficina Regional para Implantação do Programa SINA VISA	Melhorar e implementar as ações voltadas a vigilância Sanitária tanto para a Básica como para a média e alta complexidade relativas ao sistema de Informação em Vigilância Sanitária	Toledo	Rep. Vig. San. 18 mun. Regional, resp. Sec.mun. saúde de Toledo, servidores da SAM-Regional	45
20ª Regional Seção de Epidemio logia	Proj. Capacitação em sala de vacinas e eventos adversos	Capacitar os profissionais de saúde dos 18 mun. Da 20ª RS para estabelecer as linhas gerais para a administração dos imunobiológicos na rede de serviços de saúde e padronizar, disciplinar os critérios e técnicas para a rede de frio, eventos adversos e administração de vacinas utilizadas pelo Programa Nacional de Imunização.	Toledo	Enfermeiros e técnicos do setor de imunização dos mun. da Regional	108
20ª RS e PREPS	Oficina: elaboração de projetos no âmbito da política Social e Pública de saúde	Construir conhecimentos e respostas à realidade concreta por meio da intervenção, tendo como ação a elaboração de projetos.	Toledo	Técnicos e profissionais da área da saúde dos 18 municípios	40
20ª Rs/depto Vigilân cia	Assistência ao Paciente portador de Dengue	Capacitar os profissionais da área de saúde no que se refere ao diagnóstico precoce, além de repensar novas estratégias para agilizar e melhorar a qualidade do tratamento de pessoas com Dengue.	Toledo	Médicos e enferm. Resp. pelas equipes PACS/ESF, Coord. Endemias dos 18 mun. da Regional	160
20ª Rs/depto Vigilân cia	I Capacitação para tratamento de feriadas em pessoas com hanseníase	Sensibilizar e capacitar profissionais da área de saúde que trabalham com pacientes portadores de Hanseníase, focalizando os cuidados com as feridas provocados pela doença, assim como a prevenção ao surgimento das mesmas	Toledo	Enfermeiros e técnicos que prestam assistência ao paciente com Hanseníase, prof. da Estratégia de saúde da família (ESF) do 18 mun.	60
20ª RS/SCA PS, CIES, Bco de leite, S.M.S Toledo	I Seminário Regional de sensibilização de Aleitamento Materno	Sensibilizar os profissionais de saúde dos 18 mun. Da 20ª RS, sobre medidas a serem obtidas quanto a situação do aleitamento materno, adesão de novos parceiros e conhecer as experiências dos municípios e escolas da 20ªRS	Toledo	ACS 01 mun, Coord. EAC 01 mun, Corpo de Bombeiros 02, Enfermeira 03, pediatras 01 mun, correios 02, CMS 02 mun, Enfer UBS 01 mun, Pastoral 02 mun, Núcleo 02, S.M.Ed. 02, SESC 02.	231

Aldeia inf. Betesda	Proj. de Educação Permanente - Prevenção às drogas-amor exigente	Proporcionar à criança e ao adolescente condição para o seu desenvolvimento biopsicossocial através de atividades que lhe possibilitem o pleno exercício da cidadania através da reflexão, aprendizado e prática dos princípios do Amor Exigente.	Toledo	Crianças e adolescentes das proximidades da entidade	50
Coord. SINASC, 20ª Regional PREPS	Oficina de Trab. Para operacionalização do Aplicativo TABWIN-(SINASC) (SIM)	Capacitar os digitadores/operadores (SIM/SINASC) e responsável pela epidemiologia local, permitir autonomia na instalação e atualização e possibilitar extrair informações dos dados para traçar perfil epidemiológico do município, afim de gerar e divulgar à equipe de saúde para a tomada de ações e decisões de saúde.		2 Rep. SMS dos 18 mun, 4 prof. da SCVGS de Toledo	40
Pref. Entre Rios	Cap. Per. De saúde mental para prof. UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA e líderes da Pastoral de Entre Rios	Proporcionar aos profissionais de saúde, da assistência social e Agentes da Pastoral da criança uma reflexão e busca constante de soluções dos problemas relacionados à saúde mental, bem como orientar sobre as ações e serviços prestados na promoção do bem-estar do cidadão, da família e da comunidade de Entre Rios do Oeste.	Entre Rios	Prof. de Saúde , A.S, Agentes da Pastoral	30
Pref. Sec. S e CMS de Toledo	Proj.de Cap. Em Educ. Perm. Para CMS de Toledo Gestão 2008-2009	Capacitar 40 conselheiros e suplentes da gestão 2008/2009 do conselho municipal de saúde do município de Toledo, para atuar nas esferas deliberativas de forma mais qualificada.	Toledo	CMS Toledo	40
PREPS	Capac. De profissionais para trat. De pessoas com Tuberculose	Melhorar a qualidade de assistência dispensada aos pacientes com TB conforme protocolo pré-estabelecido; motivar as equipes municipais para tomada de decisões e ações mais efetivas; reforçar a busca de comunicantes sintomáticos.	Toledo	Médicos e enferm. Resp. pelo programa TB nos 18 mun da Regional	74
PREPS	Capacitação Perm. Em Saúde Mental p/ Pastoral da Criança de Entre Rios	Proporcionar aos Agentes da pastoral da Criança uma reflexão e busca constante de soluções dos problemas relacionadas à saúde mental, bem como orientar sobre as ações e serviços prestados na promoção do bem-estar do cidadão, da família e da comunidade de Entre Rios do Oeste.	Entre Rios	Agentes da pastoral de Entre Rios	40

PREPS	Capacitação de Profissionais de saúde para o tratamento do Fumante e implantação de Unidades de Saúde livre de cigarro	Incentivar, capacitar, profissionais da rede SUS para a implantação d Programa de Abordagem e Tratamento do Fumante, impulsionar, apoiar novas parcerias para divulgar e exercitar os mais modernos métodos para parar de fumar.	Toledo	Médico, psicólogo, A.S, PSF, enfermeira.20ª Reg.	100
PREPS	Capacitação Informática aos trabalhadores da 20ª RS	Capacitar 30 trabalhadores da 20ª RS, para enfrentamento dos problemas levantados, através de cursos básicos de informática e programas e sistemas internos da Secretaria de Saúde do Estado, utilizados no processo diário de trabalho.	Toledo	Trabalhadores da 20ª Reg.	30
PREPS	Etapas de Capacitação em Saúde Mental profissionais das áreas de saúde, educação e assistência social.	Capacitar 80 profissionais municipais de saúde, educação e assistência social atuantes em saúde mental, par atuar nos municípios de forma mas qualificada.	Toledo	A.S, C.T, Coord pastoral, enfermeiros, Farmacêuticos, Méd, Psic, Ped, Prof, Terap Ocupacionais, demais profis. Que atuam na S. mental 18 mun. Regional	80
PREPS	I Plenária de Conselheiros Municipais de Saúde no âmbito da 20ª	Propiciar aos conselheiros municipais de saúde, o conhecimento sobre a sua função e do Ministério Público em relação ao SUS, levantando as	Toledo	Conselheiros dos mun.da 20ª Reg.	250
	RS de Toledo	suas demandas de conteúdo temático, para eventuais cursos de capacitação.			
PREPS	II Etapa Capacitação em Educação Permanente Para CMS	Capacitar 35 conselheiros municipais de saúde, titulares e suplentes, para atuar nas esferas deliberativas de forma mais qualificada	São Pedro	Conselheiros titulares e suplentes de Diamante do Oeste; São Pedro ; Ouro Verde de Oeste	35
PREPS	II Etapa Capacitação em Educação Permanente Para CMS	Capacitar 35 conselheiros municipais de saúde, titulares e suplentes, para atuar nas esferas deliberativas de forma mais qualificada	Palotina	Conselheiros titulares e suplentes de Maripá e Palotina	35
PREPS	II Etapa Capacitação em Educação Permanente Para CMS	Capacitar 35 conselheiros municipais de saúde, titulares e suplentes, para atuar nas esferas deliberativas de forma mais qualificada	Toledo	Conselheiros titulares e suplentes de Toledo	35
PREPS	II Etapa Capacitação em Educação Permanente Para CMS	Capacitar 35 conselheiros municipais de saúde, titulares e suplentes, para atuar nas esferas deliberativas de forma mais qualificada	Terra Roxa	Conselheiros titulares e suplentes de Terra Roxa e Guaíra	35

PREPS	II Etapa Capacitação em Educação Permanente Para CMS	Capacitar 35 conselheiros municipais de saúde, titulares e suplentes, para atuar nas esferas deliberativas de forma mais qualificada	Santa Helena	Conselheiros titulares e suplentes de Sta. Helena São José das Palmeiras	35
PREPS	II Etapa de capacitação em Educação Perm para CMS	Capacitar 35 conselheiros municipais de saúde, titulares e suplentes, para atuar nas esferas deliberativas de forma mais qualificada.	Toledo	CMS titulares e suplentes sta. Helena, S.J. das Palmeiras, Entre Rios, Pato Brag. Mercedes, MCRondon, Nova Sta. Rosa, Quatro Pontes, Assis, Tupãssi,	35
PREPS	II Plenária Regional de CMS	Propiciar os conselheiros municipais de saúde, o conhecimento sobre a sua função e do Ministério público em relação aos SUS, levantando as suas demandas de conteúdo comuns, troca de experiência, a partir da realidade em que vivenciam, instrumentalizando-os para uma intervenção mais qualificada nas	Toledo	CMS dos 18 Mun da Regional	135
		instâncias deliberativas e espaços sociais.			
PREPS	Oficina de discussão de problemas e alternativas de Soluções de sistemas, programas e serviços de informática dos servidores estaduais de saúde da 20ª Reg. de Saúde de Toledo	Realizar a discussão com os servidores da 20ª Regional de saúde, dos problemas levantados e possíveis alternativas de soluções, acerca dos sistemas, programas e serviços de informática, utilizadas no processo cotidiano de trabalho.	Toledo	Servidores estaduais de saúde lotados 20ª Reg	40
PREPS	Oficina de EPS da 20ª Regional	Propiciar a preparação dos membros do PREPS e demais profissionais de saúde do território da 20ª RS sobre a execução da PEPS, visando a melhoria da atenção a saúde no Paraná	Toledo	Colegiado do PREPS e 18 mun da Regional	30

PREPS	Oficina de padronização de met. De trab. Da Dengue	Capacitar profissionais das equipes de combate a Dengue e Febre Amarela, para as ações de controle do mosquito transmissor e orientação a população conforme a programação Nacional de Controle a Dengue (PNCD)	Toledo	Agentes de combate as endemias: 23 MCR, 13 Sta. Helena, 02 Pato Brag, 02 Entre Rios, 02 Mercedes	46
PREPS	Proj. Facilitadores de inf. Prev. De gravidez na adolescência- a escolha	Propiciar o aperfeiçoamento dos jovens que já participam do PPGA em todos os municípios da área de abrangência da 20ª RS e do Núcleo Regional de Educação, demonstrando a importância das escolhas e as consequências destas para a sua vida futura e felicidade.	Toledo, MCR, Palotina, Sta. Helena	Estudantes e professores de escolas estaduais da 20ª Reg.	400
PREPS	Proj. Facilitadores de inf. Prev. De gravidez na adolescência- ano 2008	Propiciar o aperfeiçoamento dos jovens para o PPGA em todos os municípios da área de abrangência da 20ª RS e do Núcleo Regional de Educação.	Toledo, MCR, Palotina, Sta. Helena	Estudantes de escolas estaduais da 20ª Reg.	800
PREPS	Proj. Facilitadores de inf. Prev. De gravidez na adolescência- avaliação 2008	Avaliar o trabalho desenvolvido no Proj..., em todas as escolas estaduais dos municípios da área de abrangência da 20ª RS e do Núcleo Regional de Educação.	Toledo, MCR, Palotina, Sta. Helena	Estudantes de escolas estaduais da 20ª Reg.	1200
PREPS	Proj. Form. Facilitadores de Informação em Prevenção da Gravidez na adolescência	Propiciar a continuidade do Proj..., em todos os municípios da área de abrangência da 20ª RS e do Núcleo Regional de Educação.	Toledo, Mrc, Sta. Helena, Palotina	Estudantes que se tornaram facilitadores 20ª Reg.	1200
PREPS	Proj. para eliminação de Hanseníase	Melhorar a qualidade de atendimento propiciando aos pacientes de hanseníase dentro do protocolo pré-estabelecido e reforçar a prevenção de incapacidade.	Toledo	Médicos, enfer. do PSF, enfermeiros, técnicos e auxiliares(ACS) de epidemiologia- 18 mun. da Regional	
PREPS	Proj. Form. Fac. Informação em Prevenção Gravidez na Adolescência - Avaliação 2005	Avaliar o trabalho desenvolvido no Projeto..., em todas as escolas estaduais dos municípios da área de abrangência da 2ª Regional de Saúde e do Núcleo Estadual de Educação	Toledo; Maripá; Sta Helena; Pato Bragad o	Estudantes facilitadores em Inf. Sobre Prev.Grav. Adol. 20ª Reg.	1200
PREPS	Capacitação da Hanseníase na 20ª RS	Melhorar a qualidade de atendimento propiciando aos pacientes de hanseníase dentro do protocolo pré-estabelecido	Toledo	Médicos, enfermeiros, Técnicos, Auxiliares e ACS 20ª Reg.	120

PREPS e PREF. Entre Rios	Capacitação Permanente em saúde mental para Profissionais da UAB	Proporcionar aos profissionais de saúde uma reflexão e busca constante de soluções dos problemas relacionados à saúde mental da população, bem como orientar sobre as ações e serviços prestados na promoção do bem-estar do cidadão, família e da comunidade de Entre Rios do Oeste.	Entre Rios	Profissionais da Unidade de Atenção Básica Entre Rios do Oeste.	40
PREPS ou Escola?? ?	Proj. Form. Para jovens protagonistas em saúde do adolescente e do jovem- Mun. Sta. Helena	Contribuir para que os jovens tenham melhor formação a fim de discutir e trabalhar temas atuais na escola, especialmente ao que se refere à prevenção da gravidez na adolescência.	Sta Helena	Estudantes esc. Est. Sta. Helena	120
PREPS, Pref.Ouro Verde do Oeste	Proj. para a formação inicial para Proj Família	Capacitar os agentes , líderes, professores, conselheiros de acordo com os conteúdos do Kit-Família Brasileira Fortalecida.	Ouro Verde do Oeste	4 ACS; 20 Líderes da Pastoral da Cça; 3 Prof. Ed. Inf.; 5 conselheiros Tut.; 1	33
e Pastoral	Brasileira Fortalecida			CMS.	
Seção de Vigilância Regional	I Oficina de cap. Para implantação do SINAIS	Capacitar os profissionais do serviço de controle de infecção dos hospitais, vigilância em saúde, a instalar e alimentar o Sistema, emitir e analisar os relatórios, bem como enviá-los para o banco de dados nacional.	Toledo	1 func. Hospital por mun, 2 vigilância em saúde, 01 vig por mun, 2 vigilância da Regional, 1 coord enf. Faculdade	50
Seção Vig. Regional	Projeto Família Feliz - sem violência	Promover atividades educativas que visem a mudança de hábitos e conseqüentemente cultivo da cultura pela paz.	Toledo	Serv. Das Sec. Saúde, segurança, trânsito, educação, esporte e cultura	???
SESA	Oficina de Cap. Em Vig. Da qualidade da água p/ consumo Humano	Auxiliar implementação e atualização das atividades de vigilância ambiental em saúde relacionada à qualidade da água de consumo humano nos municípios de abrangência da 20ª RS	Toledo	27 Técnicos de vig. San. dos mun. Reg, 2 técnicos da SAM-Regional, 1 Técnico laboratório Regional	30
SESA e ESPP	Oficina de padronização de met. De trab. Da Dengue	Capacitar os profissionais das equipes de combate a Dengue e Febre amarela, para ações de controle do mosquito transmissor e orientação da população conforme a Programação Nacional de Controle a Dengue (PNCD)	Toledo	Agentes de combate as endemias: 40-toledo, 14 Palotina, 06- Assis, 03- Terra Roxa, 01-Maripá, 01-Nova Sta. Rosa.	65
SESA/ ESPP	I Oficina de Padronização em Metodologia de Trabalho da Dengue	Capacitar profissionais das equipes de combate a dengue e febre amarela, para as ações de controle do mosquito transmissor e orientação à população conforme o Programa Nacional de Combate a Dengue.	Toledo	Equipe de combate a Dengue: 12 Palotina; 06 Terra Roxa; 16 Assis; 10 Marechal; 06 Guaíra	50

SESA/di v. DST-Aids e 20ª Reg.	Cap. Agentes mult. Da Pastoral da AIDS	Instrumentalizar agentes e fomentar as discussões de AIDS nas comunidades e municípios, para contribuir na redução de novas infecções por HIV e AIDS, nesta região do estado do Paraná	Toledo	Participantes da Diocese de Toledo	40
SMS \Terra Roxa	Projeto O Câncer de Mama, quando descoberto cedo, tem cura.	Conscientização das mulheres, principalmente as acima de 35 anos que o Câncer de Mama se for diagnosticado cedo, tem cura.		Mulheres com + de 35 anos que nunca realizaram auto-exame e exame clínico das mamas	2650
	Capacitação Permanente em saúde mental para profissionais de saúde do município de Pato Bragado	Instrumentalizar e despertar em todos os profissionais de saúde o hábito de reflexão e busca constante de soluções de problemas de saúde mental da população, bem como das ações e serviços prestados, sendo promotores e defensores do SUS, buscando de forma responsável a promoção da saúde do cidadão, da família e da comunidade de Pato Bragado e assim efetivar de fato uma saúde integral ao Município	Pato Bragado	Profissionais e conselheiros de saúde de Pato Bragado	40
	Curso Básico de Vigilância epid. Em sífilis, HIV, em gestantes e crianças expostas	capacitar os profissionais de saúde ds 18 mun. Da 20ª RS para a vigilância da sífilis congênita, sífilis da gestante e infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas, visando implementar as ações de diagnóstico, tratamento e prevenção de modo que o Brasil possa em breve espaço de tempo, reduzir os riscos de transmissão vertical.		Enf.resp.pela Vig.epid. E enf. Do PSF dos 18 mun. Da Regional	35
	I Etapa de Capacitação Permanente para profissionais, gestores e conselheiros municipais de saúde mental de Entre Rios do Oeste.	Instrumentalizar e despertar em todos os profissionais de saúde o hábito de reflexão e busca constante de soluções de problemas de saúde mental da população, bem como das ações e serviços prestados, sendo promotores e defensores do SUS, buscando de forma responsável a promoção da saúde do cidadão, da família e da comunidade de Entre Rios do Oeste e assim efetivar de fato uma saúde integral ao município.	Entre Rios do Oeste	Profissionais, gestores, conselheiros, instituições religiosas, diretores escolas, vereadores, usuários SUS	30

	I Etapa Oficina de Capacitação do Projeto SISVAN	Capacitar os profissionais das Unidades Básicas de Saúde, visando a implementação do SISVAN com um olhar diferenciado para cada indivíduo acompanhado, bem como, perceber a importância da ação da coleta, da análise e do monitoramento dos dados nutricionistas de uma determinada população.	Toledo	Prof. UBS de Toledo	100
	II Etapa Capacitação em Educação Permanente Para CMS	Capacitar 35 conselheiros municipais de saúde, titulares e suplentes, para atuar nas esferas deliberativas de forma mais qualificada	Assis Chateaubriand	Conselheiros titulares e suplentes de Assis e Tupãssi	35
	II Etapa Capacitação em Educação Permanente Para CMS	Capacitar 35 conselheiros municipais de saúde, titulares e suplentes, para atuar nas esferas deliberativas de forma mais qualificada	Quatro Pontes	Conselheiros titulares e suplentes de Quatro pontes, Nova Sta. Rosa e M.C. Rondon	35
	Seminário Regional de Saúde Mental	Promover a discussão da atenção à saúde mental a partir dos municípios da reforma psiquiátrica; Fortalecer a rede de atenção à saúde mental; sensibilizar os gestores, trabalhadores usuários para as necessidades de novas formas de acolher e cuidar dos portadores de transtornos mentais.	Toledo	18 gestores, 36 profissionais, 18 Usuários, 2 Prestadores de serv. E ent. Da área- 18 mun. da Regional	80

Fonte: PREPS, 20ª Regional da Saúde (2010).

A partir da identificação da origem de entrada dos projetos, perguntamos aos sujeitos, quem os elabora. Segundo as falas dos sujeitos sobre esta questão, a resposta foi: área técnica da Regional de Saúde; técnicos dos municípios; equipe profissional; Conselho de Saúde; Núcleo de Educação; ONGs e; membros do PREPS. O que ficou comprovado a partir da sistematização dos projetos apresentados localizados em nossa pesquisa, somente 07 (sete) projetos não constavam em seu conteúdo o nome dos proponentes o que não possibilita sabermos quem poderiam ser os elaboradores. Como ficou claro na exposição do quadro a grande maioria dos projetos apresentados neste período específico foi proposta do PREPS.

Os fatores que contribuíram para que tenha ocorrido esta situação, são os já citados por nós, a falta de preparo dos trabalhadores até o ano de 2008

para elaboração de projetos e o não conhecimento da política. Talvez se formos atualizar estes dados a partir de 2009 a informação seja outra.

Toledo é o centro das ações quando é pensado um local para reunir os demais municípios, em virtude da estrutura física da cidade (hotéis e restaurantes e auditórios), localização de fácil acesso e por ser sede da Regional de Saúde, condição que faz com que todos os municípios que a ela pertencem venham no mínimo uma vez por semana trazer e buscar documentos e medicamentos.

Claro que esta estrutura facilita muito a execução dos projetos. No entanto, a proposta da PNEPS é de descentralização das atividades. O ideal seria que pudesse realizar as atividades em diferentes municípios, mas não é possível segundo os Sujeitos, demanda muitas providências que em alguns momentos não tem como levar a todos os 18 (dezoito) municípios da região.

O que percebemos é que, a centralização das ações em Toledo pode ter sido um dos indicadores da falta de conhecimentos dos trabalhadores em relação a PNEPS. A partir do momento em que os trabalhadores dos 18 (dezoito) municípios fizerem o diagnóstico das demandas e propuserem ações através dos projetos encaminhados para o PREPS, seus municípios terão a chance de conhecer mais de perto as Diretrizes da EPS.

Quando vamos buscar quais eram os objetivos propostos nestes projetos vemos que são voltados para a **capacitação** dos trabalhadores, seja para atividades novas ou para aquelas que já são desenvolvidas na saúde pública há muitos anos, como é o caso de capacitação de pessoal da sala de vacina, epidemiologia, especificamente, para os agentes da Dengue e Conselhos de Saúde. Isto nos leva a perceber que são propostas que têm uma história de capacitações, no entanto, quando falamos em EPS, os projetos não são pensados para serem permanentes, são ações para o momento que emerge o problema. Esta situação é que deve ser trabalhada pelos membros do PREPS: disseminar a ideia que os trabalhadores devem pensar os projetos com continuidade, realmente permanentes, só assim terá significado a intencionalidade da PNEPS.

Para além da fragmentação das ações nos projetos, outro fator também influencia muito, que é a troca dos trabalhadores nos setores das instituições públicas. De acordo com quem está na gestão, as pessoas são remanejadas e o conhecimento adquirido fica individualizado e muitas vezes se perde.

Em diferentes momentos e com nomes diversos, as ofertas de projetos aparecem para avaliação no PREPS, mas até o momento delimitado por esta pesquisa, não havia crítica de até que ponto estes projetos a partir de suas metodologias estavam contemplando as diretrizes da PNEPS. Temos projetos de oficinas, seminários, curso, projetos e plenárias. Então, nos perguntamos se tem alguma diferença para os propositores a mudança da nomenclatura. Será que está claro para os membros do PREPS que uma proposta metodológica pode ser definida pelo nome da ação oferecida? Ou melhor, será que as propostas metodológicas estão sendo cumpridas no momento da execução dos projetos ou ficavam simplesmente em repasse de informação? Pois, de acordo com dicionários da língua portuguesa e Antonio Severino, autor de livros de metodologia científica, são estas as definições que iremos levantar:

CAPACITAÇÃO; “[...] ato ou efeito de capacitar (-se); habilitação, aptidão”. (DICIONÁRIO HOUAISS, 2011)

OFICINA: “Tem um caráter de uma realização participada, ou seja, com a preocupação de levar os participantes a vivenciarem experiências, projetos e programas etc.” (SEVERINO, 2007, p.242);

SEMINÁRIO: tem como objetivo “[...] levar todos os participantes a uma reflexão aprofundada de determinado problema, a partir de textos e em equipe. [...]” (SEVERINO, 2007, p. 89);

CURSO; Uma Ação (DICIONÁRIO HOUAISS, 2011);

PROJETO; “idéia, desejo, intenção de fazer ou realizar (algo), no futuro; plano” (DICIONÁRIO HOUAISS, 2011);

PLENÁRIA; “sessão ou assembléia que reúne grande número de membros” (DICIONÁRIO HOUAISS, 2011).

A proposta da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é de aprendizagem no trabalho, com o objetivo de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho. Assim, os eventos propostos, com exceção da Plenária não fogem da intenção pedagógica da Educação Permanente. Mas, a condição para que seja, realmente **permanente**, é que tenham um planejamento de continuidade e não somente de eventos pontuais, que foi aí onde neste período identificamos os problemas, pois a maioria das ações foram pontuais e fragmentadas, dando prioridade a demanda urgente e não como um processo contínuo.

Também é importante ressaltar que muitas vezes o evento tem uma nomenclatura, mas não passa de palestras informativas e isso é condição que não pode ocorrer na EPS, pois é de suma importância que a demanda venha dos trabalhadores e eles problematizem e coletivamente discutam e busquem a solução. Tem que ser um aprendizado juntamente com o fazer, ou seja, ensino/serviço, a categoria que tanto aparece nas discussões desta PNEPS.

A dificuldade de implantar as diretrizes e metodologia do PNEPS aparece em uma das falas do Sujeito A, quando aponta para a condição dos formadores não aderirem a nova metodologia. [...] *Aí o que acontece? Só tem [uma pessoa] que domina aquele assunto, aí eu vou propor pra ela, e ela vai me dizer que não, se quiserem que ela trabalhe no evento ela irá dar a capacitação como deu até hoje, porque faz 20 ou 30 anos que ela está falando da mesma coisa.* São condições objetivas que vão para além do monitoramento que até 2008 não estava sendo executado pelos membros do PREPS. Trata-se de pessoas que são chamadas pelos propositores dos projetos para trabalhar determinado tema, mas que não dão abertura para que lhes seja apresentado, para que estejam sendo pagos. Este é um dos motivos que anteriormente tratamos, da necessidade dos trabalhadores se valorizarem e serem os formadores da EPS em seus municípios e na região, assim poderiam estudar a fundo as propostas da PNEPS e trazer suas experiências a partir das diretrizes da EPS e socializar com seus pares.

Saber o que os membros do PREPS e trabalhadores da saúde pensam que são estas ações propostas, não foi nosso foco, mas no momento de apresentação do resultado desta pesquisa iremos trazer esta discussão para conhecer até que ponto a denominação dada aos eventos tem relevância em sua avaliação.

Se o processo é de aprendizagem baseado no cotidiano profissional, é necessário que haja a problematização dos espaços de trabalhos e dos fazer profissionais rotineiramente, para que se torne parte das atividades dos profissionais nos diferentes âmbitos da saúde pública. O trabalho de realizar a problematização é algo que deve iniciar no planejamento das atividades, pois, o conhecimento prévio do que está surgindo como demanda no campo é o conteúdo que deve ser proposto nos projetos apresentados ao PREPS. Também deve ser levado em total consideração que o processo de ensino aprendizagem que é proposto pela EPS, para ter sua eficácia, não pode ser baseado em ações fragmentadas, esporádicas,

tem que ter um movimento constante para que os trabalhadores incorporem a Educação Permanente no seu fazer profissional e, assim, possam com maior facilidade detectar os problemas e, da mesma forma, coletivamente, identificar os caminhos para diminuí-los e eliminá-los.

Como são poucos os atores que participam dos processos desenvolvidos nos PREPS, são restritas também as proposições de áreas de projetos. Entre os que já foram realizados estão: Conselheiros Municipais de Saúde; Dengue; Saúde mental; Vigilância em saúde (sanitária, epidemiológica, saúde ambiental, saúde do trabalhador). Mas como podemos ver nos quadros de projetos e, depois, nos de empenhos, o maior número de projetos que foi apresentado ao PREPS e, depois, executado, foi de prevenção de gravidez na adolescência que não contempla a demanda pela qual foi criada a PNEPS, formação dos trabalhadores de saúde.

Neste sentido, o sujeito B, falou da necessidade de projetos direcionados para a atenção básica, focando em especial as UBS.

Eu já Tenho discutido muito com o pessoal da Regional, não especificamente com o PREPS, com outro setor dentro de Regional de Saúde a necessidade de fazer um projeto de planejamento das ações dentro da Unidade Básica de Saúde. A Regional de Saúde tem pessoal bem preparado para isso, já fizeram um, que era capacitar as equipes técnicas das Secretarias Municipais, mas o importante é isso chegar lá na base também (SUJEITO B).

Tanto na fala dos sujeitos como no quadro anteriormente apresentado vimos que há muitos campos da saúde que ainda não foram contemplados, porém nem todos os projetos que foram aprovados pela ESPP foram realizados, como podemos ver nos quadros abaixo, que se refere aos empenhos que o PREPS registrou.

Quadro 7 – Empenhos 2004

Projetos Executados	Quantidade
Curso de Comunicação e expressão	01
Proj. Capacitação CMS	10
Proj. Fom. Fac. Inf. Prev. De Gravidez na Adolescência	06
Proj. incentivo a UBS de apoio ao aleitamento materno	01
Proj. Saúde do Adolescente e Jovem	01
Qualificação de reeditores em competências familiares	01

Fonte: PREPS, 20ª Regional da Saúde (2010).

Dos 20 (vinte) empenhos localizados na 20ª Regional de Saúde, no ano de 2004, 06 (seis) foram destinados a estudantes da rede pública. A grande maioria foi de projetos para capacitação dos conselheiros municipais de saúde. Diante disto, podemos nos reportar à fala do Sujeito B, quando diz da necessidade de um trabalho na base, ou seja, dos trabalhadores que estão nos atendimentos das Unidades Básicas de Saúde, porta de entrada dos usuários da saúde pública.

Dos projetos que identificamos no PREPS do ano 2004, tiveram 4 (quatro) propostas avaliadas, destas somente duas conseguimos encontrar empenhos que fossem correspondente ao nome dos projetos. Assim percebemos que, neste ano, as atividades podem ter sido bem mais ricas de informações do que conseguimos coletar, mas a falta de arquivos, não nos proporcionou condição de maiores análises.

O que podemos identificar é que os projetos tinham as propostas de formação de socorristas, prevenção de gravidez na adolescência e saúde dos adolescentes e jovens. Não podemos afirmar em que campo ficaram as propostas, já que não identificamos todas, mas se pode afirmar, pelos projetos executados, com parâmetros nos empenhos, que as ações tiveram um início diversificado, embora tímido e mantendo a concentração, como já dissemos, na área do Conselho e ensino fundamental.

Quadro 8 – Empenhos 2005

Projetos Executados	Quantidade
Curso de Cap. De informática p/ func. Da Regional	01
I Plenária do CMS	01
Oficina de gestores municipais	01
Proj. Form.Fac.Inf. Prev. de Gravidez na Adolescência	06

Fonte: PREPS, 20ª Regional da Saúde (2010).

No ano de 2005, o panorama de projetos executados diminuiu. Somente 04 (quatro) temas foram registrados em empenhos. No entanto, o maior número de ações não foi destinada aos trabalhadores e, sim, aos estudantes da rede pública, na prevenção de gravidez na adolescência. Diferentes do ano anterior 2005, não teve nenhum empenho destinado a trabalhadores de base. Então, caberia a nós fazermos um questionamento, quando a esta situação: Os trabalhadores ainda não conheciam a proposta da EPS e seus possíveis benefícios para o exercício profissional?

Destes 4 (quatro) temas que aparecem nos empenhos, 3(três) deles têm contrapartida com projetos arquivados no PREPS. Um empenho de **oficina para gestores** não foi encontrado por nós, para ser sistematizado na pesquisa. Dos 8 (oito) projetos que localizamos do ano 2005, 7 (sete) deles foram propostos pelo PREPS. Esta informação nos remete às falas, quando os sujeitos nos relataram sobre os projetos serem propostos na sua maioria pelo PREPS, departamentos da Regional e SESA. Assim, caberia aos membros do PREPS que pensaram os projetos, levantar a demanda dos trabalhadores, propor e garantir que fossem executados ações nos diferentes setores. Mas, como pudemos observar do decorrer desta pesquisa, são vários os fatores que limitaram as ações do PREPS, mas a principal foi a falta de informação, tanto dos membros a respeito das Diretrizes para PNEPS, como dos trabalhadores.

Diante da diferença entre projetos e empenhos o questionamento que poder surgir é: o que foi feito com os projetos que não foram executados?

De acordo com informações dos servidores da 20ª Regional, a não execução pode acontecer por diversos motivos, como: falta de espaço para execução dos projetos, desistência do palestrante, não contratação de hotéis ou

restaurante por falta de participação em licitações ou ainda por força maior, que podemos exemplificar com o caso de 2009, momento da pandemia da gripe H1N1, que todas as atividades coletivas foram canceladas.

Vale ressaltar que embora o número de projetos executados tenha sido baixo três níveis diferentes de trabalhadores foram contemplados: os conselheiros; os gestores e; os trabalhadores da Regional de Saúde.

Quadro 9 – Empenhos 2006.

Projetos Executados	Quantidade
Capacitação em acolhimento e aconselhamento em DST/AIDS	01
Curso ACS	03
I Etapa de Capacitação de Prof. Gestores e CMS	01
II Etapa de Capacitação do CMS	04
Oficina Capacitação Técnica p/ Vigilância Sanitária	01
Oficina de Padronização de Met. De trabalho da Dengue	01
Oficina dos novos sist. De infor. Do projeto nacional de imunização/MS	01
Proj. abordagem intensiva para tratamento do fumante	01
Proj. de ACS, Pastoral, Conselho Tutelar e CMS	01
Proj. Form. Fac. Inf. Prev. de Gravidez na adolescência	03

Fonte: PREPS, 20ª Regional da Saúde (2010).

Neste quadro, é possível verificar que houve aumento na quantidade de empenhos e conseqüentemente dos setores contemplados. Os trabalhadores da Vigilância tiveram 03 (três) atividades, e a diversidade de campos começou a aparecer, embora ainda tímida, em vista do dos 03 (três) projetos que contemplam pessoas que não estão no quadro funcional da saúde pública (estudantes). Neste ano, foram apresentados 9 (nove) temas diferentes nos projetos. No entanto, não são os mesmos que aparecem nos empenhos. Somente 4 (quatro) projetos são correspondentes aos empenhos. Conforme informação do Sujeito C, algumas vezes os projetos são realizados no ano seguinte por motivos burocráticos, que podem ser problemas com licitações ou falta de palestrante.

Dois anos depois da homologação da PNEPS, as ações desenvolvidas não têm características de permanente, pois as ações propostas para

os trabalhadores da saúde, somente as que foram direcionadas especificamente para os conselheiros conseguiram ter continuidade, situação que é preocupante, afinal a questão **permanente** não foi incorporada.

Se observarmos as proposições percebe-se varias categorias elencadas anteriormente neste trabalho, como é o caso dos cursos, capacitações, projetos e oficinas. De acordo com as definições a metodologia destas atividades são semelhantes, no entanto o que deve nos chamar a atenção é que as ações proposta não tiveram continuidade.

Quadro 10 – Empenhos 2007.

Projetos Executados	Quantidade
I Etapa Cap. Saúde Metal	01
Proj de Oficina Prevenção LER/DORT	01
Proj. eliminação de Hanseníase	01
Proj. Form. Fac. Inf. Prev de Gravidez na adolescência	03

Fonte: PREPS, 20ª Regional da Saúde (2010)

A diversidade que percebemos no ano anterior, em 2007 teve retração no número de execuções, reduziu consideravelmente, o que deve ter gerado um vácuo no processo, tendo em vista que as ações tiveram início, mas não tiveram continuação na proposta de discussões. Mas, condição diferente ocorre com os projetos para os estudantes, pois estes, de forma eficaz, têm todo ano garantida a execução de seus projetos para que a proposta seja cumprida como EP. Não localizamos projetos neste ano para este segmento, no entanto a informação foi de que todo ano os projetos eram apresentados, garantindo a continuidade das ações.

Outro ponto que pode ser considerado, neste ano, é a reestruturação do Colegiado do PREPS, condição que pode ter contribuído para a diminuição dos projetos, pois como pudemos ver no quadro, era do PREPS que saíam o maior número de projetos.

Quadro 11 – Empenhos 2008

Projetos Executados	Quantidade
Cap. De agentes multiplicadores da Pastoral da AIDS	01
Cap. Perm. em saúde mental p/ prof UBS e lideres da Pastoral	01
Capacitação de profissionais no tratamento de pessoas c/tuberculose	01
Capacitação Permanente em Saúde Mental p/prof	01
I Cap. p/ tratamento de feridas em pessoas c/ hanseníase	01
I Oficina de cap. p/ implantação do SINAIS	01
Oficina de cap. Em vigilância da qualidade da água p/consumo humano	01
Oficina de Educação Permanente	01
Oficina de elaboração de projeto no âmbito da política de saúde	01
Oficina de padronização de metodologia de trabalho da Dengue	03
Proj. Cap. Educação Permanente CMS	01
Proj. de assistência ao paciente portador de Dengue	01
Proj. Form. Fac.Inf. Em Prev. De Gravidez na Adolescência	03
Proj. Sala de Vacina	04
Seminário de sensibilização em aleitamento materno	01

Fonte: PREPS, 20ª Regional da Saúde (2010)

Em 2008, por se tratar do ano que houve projetos para capacitar os trabalhadores a montarem projetos, foi um ano de destaque, na apresentação e execução de projetos. Na maioria dos casos ocorreu 01 (um) evento, mas pudemos registrar que os setores foram diversificados, possibilitando maior acesso dos trabalhadores dos diferentes espaços da saúde pública.

Temos um total de 74 (setenta e quatro) empenhos e 50 (cinquenta) projetos arquivados na 20ª Regional de Saúde. Pelo que pudemos observar nestes documentos, a maioria das ações foram voltadas para a capacitação de estudantes adolescentes, com intuito de prevenir a gravidez. Em segundo plano ficaram as capacitações para os conselheiros municipais de saúde. E as outras ações se dividiram em diferentes áreas da saúde pública com pouca ou nenhuma continuidade, o que expressa a fragmentação na formação. Esta constatação nos leva a confirmar o que apresentamos na fala de um dos sujeitos, quando diz que ainda é realizada a Educação Continuada e não a Educação Permanente. E também

com as colocações destes pontos de vista dos entrevistados, implicitamente aparece uma questão importante que é o conhecimento do porque da EPS, qual sua função nas regionais? Isto aparece em uma das falas dos sujeitos, que levanta a questão a partir do processo histórico do SUS.

[...] quando o Sistema Único foi criado a proposta era colocar tanto política de recursos humanos para a área da saúde com a educação permanente, considerando a estrutura do serviço da realidade regional e local. Pelo o que eu conheço da Política de Educação Permanente, ela não visa este conceito de você treinar ou capacitar as pessoas para determinadas funções, mas sim de fazer um processo contínuo dentro de uma política local ou regional de educação permanente[...] (SUJEITO B).

Como percebemos que os projetos tiveram suas ações fragmentadas, perguntamos aos sujeitos quais os critérios para participar das ações providas pelo PREPS.

No que se refere a critérios para participação nos eventos e quem deve participar, as respostas foram uniformes. Participam aqueles trabalhadores que fazem parte da área dos projetos, então depende dos cursos ou capacitação oferecidos. Os sujeitos informaram que em geral no projeto já vem especificado a público alvo, como podemos verificar no quadro 6.

Depende do curso, se é da vigilância, vai para os técnicos da vigilância. Se tem outro da sala de vacina vai para os enfermeiros e o pessoal que atua na sala de vacina. Se tuberculose, vai médico enfermeiro e auxiliares. Então os trabalhadores que participam são os da área afim dos projetos proposto. (SUJEITO A).

Das área afins. Geralmente a gente procura fazer assim: se for da área da odontologia, vai desta área. Se for voltado para a atenção básica, distribui cinco vagas para enfermeiro, mas uma para assistente social, ou cinco vagas para determinado setor e duas ou três para a atenção básica (SUJEITO B).

Neste sentido, cabe aos municípios elegerem quem irá representá-los, a partir das profissões citadas nos projetos. Geralmente é o secretário quem determina quem deve ir. Quando há uma descentralização nos municípios é a equipe que elege seu representante. Mas, de acordo com as falas um dos trabalhadores que mais está envolvido em todas as ações é o enfermeiro, devido seu movimento dentro das diferentes ações nos espaços da saúde pública.

O que pudemos perceber é que ainda não há um planejamento do PREPS para que os projetos contemplem todos os trabalhadores, aprovando projetos que estão ligados à ação curativa e não à preventiva. Em nenhum projeto pensou-se em incluir, atendente (repcionais), telefonista, zeladora, ACS, médicos, e as demais funções juntas, para problematizar e discutir as demandas postas.

Eu já tive a preocupação de que a gente privilegiasse o maior número possível de pessoas de cada setor. A gente não consegue que todo mundo participe de todos os eventos, mas a gente procura ver assim: é sobre curativos... venha um de cada Unidade, é sala de vacina... venha um de cada Unidade ou se possível dois de cada Unidade, um do turno da manhã, outro da tarde. Pensando bem na questão da especificidade, onde atua, se faz, se não faz... se recebeu ou não este treinamento (SUJEITO B).

A participação deve ser planejada também nos espaços profissionais para que haja rotatividade dos trabalhadores, pois caso contrário somente um terá as informações e se não for um facilitador hábil as informações ficaram estagnadas com ele.

Assim como a participação, a parceria é algo importante para a implementação da EPS. Como estamos falando em trabalhadores da saúde pública, as parcerias aqui realizadas são entre os órgãos públicos como o SESA, prefeituras e PREPS. Cabe lembrar que a parceria para execução dos projetos deve começar já no planejamento, priorizando a disponibilidade dos trabalhadores para sentarem e pensar na demanda.

Para atender a demanda que vem aumentando, é preciso que os membros saibam também administrar a verba, pois como já dissemos, ela é um dos critérios para que os projetos sejam aprovados, uma vez que sem verba e sem condições não há como viabilizar projetos.

As verbas destinadas à execução da Política vêm da União com repasse pela SESA às Regionais de Saúde. Atualmente, a 20ª Regional tem um critério para agilizar o trâmite do processo dos projetos. Foi estipulado o limite máximo de R\$ **8.000,00** (oito mil reais) para cada projeto, assim não há tanta burocracia de licitações. Teoricamente, o montante de verba destinada a cada Pólo é de R\$ **100.000,00** (cem mil reais) por ano. No entanto, a partir de negociações entre SESA, ESPP, PAEPS e PREPS, ficou definido que caso algum PREPS tenha

maior demanda que outros, a verba será redirecionada, para que não seja desperdiçada oportunidade de formação.

Quando tratamos da operacionalização, os sujeitos avaliam o processo e falam sobre os pontos positivos e negativos dos projetos a serem elaborados nas localidades.

Como ponto positivos, os sujeitos elencaram que:

“[...] por ser feito em cima da necessidade [...]” (SUJEITO A)

“[...] é poder pensar a realizada local. [...]” (SUJEITO B)

“[...] porque parte do pressuposto da construção ser baseada na realidade social existente no local ou na microrregião. Fica mais perto dos beneficiários. [...]” (SUJEITO C)

Percebemos que os três citam de formas diferentes que o ponto positivo dos projetos serem construídos nos municípios ou nas Regionais é por se tratar de um olhar mais próximo da realidade, o que pode possibilitar maior eficácia nas ações, já que devem ser focadas nos pontos nevrálgicos, identificados pelos trabalhadores.

Os entrevistados colocam que os pontos positivos de vir de outras instâncias (União e SESA) é porque trazem novas propostas que, na maioria das vezes, ainda não foram pensadas nos municípios, ou se foram pensadas, nada foi feito para execução, como é o caso da implantação das novas políticas, como a Política da Saúde do Homem. Mesmo tendo que fazer adequações, são propostas de grande valia.

Foram levantados os pontos negativos dos projetos serem pensados “de cima para baixo”, foi citado o seguinte:

“[...] é porque tem muitos que a gente percebe que é o interesse individual de um monitor. [...]” (SUJEITO A).

“[...] Negativo é que não tem equipe multiprofissional para montar os projetos e acaba sendo muito pontual. [...]” (SUJEITO D).

O ponto negativo de quando vem pronto é por se tratar de projetos pensados no macro, assim não atendendo às especificidades de cada região ou município. O que algumas vezes gera gastos que são dispensáveis, como argumentou o sujeito:

“[...] Negativo em vir pronto é de ter alguns projetos que não estão de acordo com a nossa realidade, algumas capacitações que não tem necessidade

de ser desenvolvidas aqui, mas como a verba já está liberada e o projeto pronto, você acaba viabilizando para que aconteça [...]” (SUJEITO A).

A avaliação que os sujeitos teceram sobre a PNEPS e o PREPS, em sua maioria perpassam pela condição da apresentação dos projetos, afinal pelo que pudemos identificar é esse o principal trabalho que exercem os membros do PREPS, na 20ª Regional de Saúde, avaliação de projetos. No entanto, eles salientam o quão é importante que o planejamento ocorra nas locorregiões, revelando que, mesmo tendo uma visão limitada das funções do PREPS, enquanto órgão representativo da PNEPS, os Sujeitos pensam em trazer a realidade local para o palco das discussões.

Na colocação dos Sujeitos quanto ao processo burocrático do PREPS, nos trazem algumas considerações: A parte burocrática realmente é tarefa somente dos membros do PREPS, ou pode haver um acordo via SESA para que um servidor do administrativo possa executar algumas tarefas? Caso isto fosse possível talvez a coordenação e os membros tivessem maior liberdade para pensar a Política de forma mais ampliada, já que identificamos que não havia um diagnóstico prévio para elaboração dos projetos ou monitoramento das ações e, menos ainda, a avaliação dos projetos executados.

A operacionalização do PREPS teve o início de sua história com ações que não foram pautadas em diretrizes, mas em intenções de potencializar um espaço que poderia se tornar um garantir de direitos para os trabalhadores de saúde. Isto pode ter sido um ponto negativo se pensarmos pelo prisma de que até 2008 os membros do PREPS ainda não tinham a total compreensão do que se tratava a PNEPS. Entretanto, as ações podem ser consideradas positivas, tendo em vista que desde que começaram as primeiras reuniões em 2003, o PREPS da 20ª Regional de Saúde nunca parou suas atividades, como nos relataram os sujeitos e pudemos evidenciar nos projetos. Assim, pode-se constatar que embora a operacionalização não tenha atingindo seu grau pleno de execução, a partir de algumas condicionalidades, houve uma trajetória de grande valia. Cabe aos novos membros buscarem completar estes vácuos e pensar a PNEPS como e para quem ela foi criada, visando sua coerência com as linhas que dão os direcionamentos da ação, quais sejam: Plano Anual, Pacto pela Saúde e Diretrizes da própria PNEPS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política social no Brasil tem sua história marcada por lutas e conquistas e é através delas que se deve planejar e implantar novas ações na tentativa de garantir direitos aos cidadãos brasileiros. Grande parte destas conquistas não foram tranquilas, mas resultado dos movimentos sociais saírem às ruas para reivindicar melhores condições. Com a política de saúde não foi diferente. O que marca esta política é uma longa trajetória de movimentos, os quais tiveram seus palcos nas Conferências Nacionais, e conseguiu se manter, mesmo diante do período de repressão.

Foi nas Conferências Nacionais de Saúde que ficou registrado também, o percurso dos trabalhadores no que se refere à formação profissional na saúde pública. Uma iniciativa que teve seu marco na Pedagogia, na Política de Educação e foi trazida da Europa como mecanismo para aprimorar a formação de adultos. Chegou ao Brasil e, a princípio, houve um trabalho de implantação na formação educacional da população em geral. Mas, teve sua legalidade reconhecida, enquanto política pública, na área da saúde, com a homologação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Esta conquista teve a contribuição de vários atores e de todos os lados os trabalhadores da saúde estavam em destaque, sejam eles representados por médicos, enfermeiros, técnicos, auxiliares, assistentes sociais, fisioterapeutas ou demais profissões e funções da saúde. O Movimento Sanitário juntamente com todas as demais organizações fizeram história este processo e em especial temos que destacar a participação da Integração Docente Assistencial – IDA, instituída na década de 1980. Esta ação, pode-se dizer, que é no Brasil um dos pontos iniciais que deu suporte à criação da PNEPS.

O trabalho realizado no decorrer dos anos pelos trabalhadores, para garantir a implantação de uma ação que se tornasse permanente e tivesse o intuito de garantir formação de qualidade aos trabalhadores, vem da 1ª Conferência Nacional de Saúde até a atualidade, pois não é por ter sido homologada a Política que o movimento parou. Sempre é preciso que haja implementações, adequações e, neste sentido, a Política homologada em 2004, em 2007 passou por uma reelaboração, facilitando assuntos operacionais, tornando-os mais práticos.

A PNEPS é considerada nova, mas tem um grande potencial, pois trata exclusivamente da formação dos trabalhadores da saúde pública, condição que visa pensar esta formação desde o ensino de nível técnico, superior, pós-graduação e pós-formação, para aqueles que já estão nos campos de trabalho e que precisam se manter atualizados para poder atender às demandas emergentes.

Os Sujeitos fizeram uma retrospectiva do processo de implantação da PNEPS na 20ª Regional de Saúde e, através dela, foi possível registrar pontos que serão fundamentais para o registro histórico, como é o caso do início das atividades do Colegiado, antes de haver homologação da Política. Nossa análise quanto a esta situação perpassa pela autonomia de decisões que fizeram parte do momento, mas que com o decorrer do tempo, isto até o período estipulado por nossa pesquisa, causou alguns entraves como o não cumprimento das Diretrizes da PNEPS, no que tange ao seu objetivo principal: focar suas atividades na qualificação dos trabalhadores da saúde.

Os Sujeitos nos falaram sobre suas concepções a respeito da PNEPS, momento em que pudemos perceber que todos de alguma maneira expõem a finalidade da política, mas como é um conteúdo que não foi estudado e aprofundado no espaço institucional (PREPS) apresenta uma certa hesitação no momento de expor. Da mesma forma, as falas dos Sujeitos e a pesquisa documental permitiram que identificássemos o processo de elaboração dos projetos e compreender que a grande maioria foi proposta pelo PREPS e pela Regional de Saúde e tiveram temas variados com alto percentual, sem permanência de ação, com exceção os projetos que não foram direcionados para os trabalhadores da saúde como é o caso dos projetos de prevenção de gravidez na adolescência.

Com a coleta de dados documentais, pudemos identificar quais são as propostas que chegam ao PREPS para formação. Entre elas temos as propostas de capacitações, oficinas, cursos, todos perpassando pelo objetivo de qualificar os trabalhadores e estudantes para desempenharem determinadas ações. Embora o intuito dos projetos seja a qualificação, a metodologia e dinâmica não estão de acordo com as diretrizes, pois são propostas fragmentadas e sem reflexão *a priori* dos trabalhadores, com levantamento de demandas. São propostos temas emergentes e, na maioria das ações, o que mais ocorre são palestras de instrução e não a problematização do cotidiano profissional, como reza da PNEPS.

Os municípios, com raras exceções, estão enviando periodicamente projetos. O processo de pensar a PNEPS nas localidades, como salientou um sujeito, ainda está longe do desejado, mas o que percebemos é que ainda está faltando um planejamento do PREPS para que suas ações sejam direcionadas pensando a divulgação e conhecimento da Política e do espaço institucional PREPS. Talvez este planejamento seria efetivado se houvesse maior aproximação do Ministério da saúde, junto aos municípios, pois embora a descentralização da Política seja de grande relevância no sentido da participação, há que se pensar nos órgãos de fiscalização para efetivação desta Política. Colocam-se as Diretrizes, mas não há um olhar para saber até que ponto são cumpridas e principalmente se há condições objetivas para que sejam. Muitos são os impedimentos para efetivação de uma política, mas a falta de espaço físico de recursos humanos é o que causa maiores problemas. Como vimos nas falas dos sujeitos sobre o acúmulo de funções dos coordenadores.

A falta de entendimento por parte dos gestores é um dos pontos que dificulta a operacionalização da PNEPS, pois não propicia espaço de discussão nos locais de trabalho. Esta é uma das condições necessárias para que haja a efetivação da Política, caso contrário as ações continuarão sendo pensadas pelos membros do PREPS ou pelos funcionários da Regional de Saúde, mas a real demanda, que é conhecida pelos trabalhadores, continuará estagnada sem propostas de problematização. A necessidade da EPS ser em *loco* é vital, para o desenvolvimento da PNEPS na região, pois não tem como fazer um processo permanente se o trabalhador tem que se sair de seu espaço profissional para discutir com outros trabalhadores o que para ele é um problema local/institucional.

É importante ressaltar um aspecto que apareceu nas falas de dois sujeitos, quando relatam sobre a responsabilidade individual de quem assume o PREPS, enquanto coordenador, cremos que é um ponto a ser pensado já que é um espaço participativo, mas que pelo o que consta está ativo desde 2004, porque algumas pessoas assumiram para si a responsabilidade, seja espontânea ou por indicação, no entanto deveria ser algo planejado e incorporado coletivamente inclusive com integração da Regional de Saúde. O acúmulo de funções para executar as novas políticas é uma das situações que fazem com que a efetivação não seja como fora proposto no plano teórico.

Os Sujeitos apontaram que, de alguma forma, as ações desenvolvidas pelo PRESP estão atendendo às demandas dos trabalhadores, no entanto, nós sujeitos que estudamos a Política e temos uma visão fora do processo, percebemos que pouco atendeu às necessidades, que muito tem para ser feito, principalmente com relação a efetiva implantação da PNEPS nesta Regional. Temos o conhecimento de que a maioria dos profissionais de saúde do município não tem compreensão de que haja uma política pública que dê respaldo à formação e qualificação dos trabalhadores da área técnica, profissional e de pós-graduação até a qualificação e desenvolvimento no espaço de trabalho. Tudo pensado de forma pedagógica linear e permanente, buscando garantir a qualidade nos serviços, atendimentos e espaços profissionais da saúde pública brasileira.

Para finalizar podemos elencar alguns pontos se poderão abrir espaço para novos pesquisadores que se interessem pelo tema como:

- A Educação Permanente tem como afirma Gadotti um proposta ideologizada, no entanto temos que nos apropriar dos mecanismos desta metodologia de trabalho para efetivar um espaço que foi conquista através de muitos embates.
- A partir da homologação da PNEPS, os trabalhadores de saúde tiveram mais um instrumento para buscar a melhoria nas condições de trabalho, mas para que seja efetivado é necessário que os membros dos PREPS divulguem as Diretrizes e possam realizar a descentralização as ações nos municípios que compõem as Regionais de Saúde.
- A descentralização da PNEPS de ser valorizada, contudo deve-se buscar nas instâncias superiores, SESA e MS, subsídios para a efetivação e eficácia das proposições.
- A interlocução ensino/serviço é uma proposta de trabalho que faz a diferença na EPS, desde que as instituições de ensino e os trabalhadores ou setores da saúde, busquem juntos este ideal, pois há a necessidade de reformulações de vários currículos que não têm o conteúdo do SUS, assim como há a necessidade de passar para as instituições outras demandas que são decorrentes do cotidiano profissional e muitas vezes são ignoradas no

momento de se montar um Projeto Político Pedagógico dos cursos.

Com base nestas afirmativas temos que reiterar a necessidade de interlocução entre trabalhadores, gestores e unidades formadoras para que os espaços participativos que hoje permeiam vários setores da sociedade, entre eles a saúde com o PREPS, possam ter contribuições de diversos saberes e assim possibilitar novas ações em prol da formação e do desenvolvimento dos trabalhadores da saúde pública.

Este trabalho se finda aqui, mas a pesquisa terá novos olhares, por nós, tentando desvendar mais profundamente os meandros desta política e por outros pesquisadores que se interessem pelo tema. Contudo queremos salientar que de forma alguma creditamos que esta PNEPS tem Diretrizes importantes, mas para que ela seja realmente o que consta no papel é necessário que sejam efetivadas as proposta de divulgação e descentralização das ações em *loco*.

REFERÊNCIAS DOS DOCUMENTOS CITADOS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996**, 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. José Gomes Temporão. Ministro da Saúde.

BRASIL. CNS. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 330/2003–NOB/RH-SUS** de 4 de novembro de 2003 nos termos do decreto de delegação de competência de 12 de novembro de 1991. Humberto Costa. Ministro de Estado da Saúde.

BRASIL. CNS. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 335/2003** de 27 de novembro de 2003 nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991. Humberto Costa. Ministro de Estado da Saúde.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH–SUS)** 3. ed. revista e atualizada Série J. Cadernos Brasília – DF, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 198/GM/MS**. 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. Humberto Costa. Ministro de Estado da Saúde.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE -CNRH. "Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária". **Relatório Final**. Ministério da Saúde. 1986. Disponível em: <www.vsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CNRH_sa%FAde.pdf> Acesso em: 21 jul. 2009

CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE II-CNRH II: Textos Apresentados-*In*: **Cadernos RH saúde**, Ano 1, V1, N.3. (1993) Brasília: Ministério da Saúde, novembro, 1993. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/pub_det.cfm?publicacao=34> Acesso em: 29 jul. 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE -CNS (1.: 1941: Brasília). **Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília-DF, 22 a 29 de Junho de 1941: Ministério Educação e Saúde. Folheto n.5 – Brasília: Serviço de Documentação, 1941. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>> Acesso em: 05 maio 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE -CNS (10.: 1996: Brasília). **Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília-DF, 2 a 6 de setembro de 1996: "Onde dá SUS, dá certo!": relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>> Acesso em: 14 maio 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE -CNS (11.: 2000: Brasília, DF). **Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001 Série histórica do CNS; n2, Série D. Reuniões e Conferências; n16. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>> Acesso em: 14 maio 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE -CNS (12.: 2003: Brasília, DF). **Relatório Final da 12.ª Conferência Nacional de Saúde**: Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Série D. Reuniões e Conferências. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>> Acesso em: 14 maio 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE -CNS (13.: 2003: Brasília, DF). **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde**: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento Brasil. Ministério da Saúde. Brasília, 14 a 18 de novembro de 2007. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE -CNS (3.: 1963: Brasília). **Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde**: julho de 1963: Ministério da Saúde. Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1992. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3confnac_an_1.pdf> Acesso em: 5 maio 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE -CNS (4.: 1967: Brasília). **Anais da 4ª Conferência Nacional de Saúde**, Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 de agosto a 4 de setembro de 1967: Recursos humanos para as atividades de saúde: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 1967. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/4conf_nac1.pdf%20-anais> Acesso em: 05 maio 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE -CNS (5.: 1975: Brasília). **Relatório Final da 5ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília-DF, agosto de 1975: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 1975. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>> Acesso em: 20 maio 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE -CNS (6.: 1977: Brasília). **Relatório Final da 6ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília-DF, 1 a 5 agosto de 1977: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 1977. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>> Acesso em: 20 maio 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE -CNS (7.: 1980: Brasília). **Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília-DF, 24 a 28 de março de 1980: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980. Disponível em:
<<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>> Acesso em: 14 maio 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE -CNS (8.: 1986: Brasília). **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília-DF, 17 a 21 de março de 1986: Democracia é saúde: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. Disponível em:
<<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>> Acesso em: 14 maio 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE -CNS (8.: 1986: Brasília). **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília-DF, 17 a 21 de março de 1986: Democracia é saúde: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em:
<<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>> Acesso em: 14 maio 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE -CNS (9.: 1992: Brasília). **Relatório Final da 9ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília-DF, 14 agosto de 1992: Municipalização é o caminho: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 1993. Disponível em:
<<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>> Acesso em: 14 maio 2009.

PREPS. Pólo Regional de Educação Permanente em Saúde. **Regimento Interno 2004**. 20ª Regional de saúde: Toledo-PR, 2004.

REFERÊNCIAS

BÁRCIA, Mary Ferreira. **Educação Permanente no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1982.

BORGES. E. D. **Educação Permanente em saúde**: uma estratégia em construção para a gestão do Programa Saúde da Família do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. 2007. Dissertação (Mestrado em Gestão de Ciência & Tecnologia em Saúde na área de Saúde Pública) –Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: 1988 – texto constitucional de 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de n. 1, de 1992, a 39, de 2002, e pelas Emendas Constitucionais de Revisão de n. 1 a 6, de 1994. – 20. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2003a.

BRASIL. Lei Nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: Conselho Regional de Serviço Social – CRESS 11ª Região. **Coletânea de Legislações**: direitos de cidadania. Curitiba, nov. 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **História do CNS**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia.htm>> Acesso em: 01 ago. 2009

BRASIL. 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**: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005a.

BRAVO, Maria Inês Souza. 13ª Conferência Nacional de Saúde: algumas reflexões. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, v. 29, n. 93, p.174-179, mar. 2008.

BRAVO. Maria Inês Souza . A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. In: CAPACITAÇÃO para Conselheiros de Saúde-textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

CECCIM. Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Revista Interface**. v. 9, n. 16, p. 161-177, set2004/fev/2005a.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001. (Biblioteca da educação. Série 1.Escola; v.16).

DÂMASO, R. Saber e práxis na reforma sanitária – avaliação da prática científica no movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASC, 1995. p. 61-90.

DICIONÁRIO HOUAISS. Disponível em:
<<http://houaiss.uol.com.br/busca.jhtm?verbete>> Acesso em: 15 fev. 2011.

FEUERWERKER, L.C.M., SENA, R. A construção de novos modelos acadêmicos, de atenção à Saúde e de participação social. In: ALMEIDA, M. J., FEUERWERKER, L.C.M., LLANOS, M. **A Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: HUCITEC, 1999. p.47-83.

FONSECA, Cristina M. O. **A história da ABRASCO: política, ensino e saúde no Brasil**. Disponível em :
<http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/ABRASCO_25_ANOS/03%20Cap-1.pdf>
Acesso em: 16 jan. 2011.

FURTER, Pierre. A Educação Permanente na perspectiva do desenvolvimento cultural. Tradução de Teresa de Araújo Penna. In: **EDUCAÇÃO Permanente e desenvolvimento cultura**. Petrópolis: Vozes, 1974. p.111–159.

FURTER, Pierre. **Educação e Vida**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1976. (Coleção: educação e tempo presente)

GADOTTI, Moacir. **A educação contra a educação: o esquecimento da educação e a educação Permanente**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

GADOTTI, Moacir. **Educação e poder: introdução à pedagogia do conflito**. 10. ed. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1991. 37.01

IPEA. Barros, Maria Elizabeth; Piola, Sérgio Francisco; Vianna Solon Magalhães. **Política de saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas**. Texto para discussão N. 401; Fevereiro 1996.

JUNGUES, José Roque. As interfaces da educação em saúde. In: FERRETO, Liriane Elize (Org.) **Abordagens, práticas e reflexões em saúde coletiva**. Francisco Beltrão: UNIOESTE, 2006.

LENGRAND, Paul. **Introdução à Educação Permanente**. Tradução de Dr. Antonio Ribeiro dos Santos. Lisboa: Livros Horizonte, 1970. (Biblioteca do Educador Profissional)

LOPES. Sara Regina Souto et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Com. Ciências Saúde**, v. 18, n. 2, p. 147-155, 2007. Disponível em: <www.fepecs.edu.br/revista/Vol18_2art06.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2009.

LIMA, Juliano de Carvalho. História das lutas sociais por saúde no Brasil. **Trabalho necessário**, v. 4, n. 4, 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/trabalhonecessario/TN04%20LIMA,%20J.C..pdf>> Acesso em: 23 jul. 2010.

MARSIGLIA, RG. **Relação ensino/serviços**: dez anos de integração docente assistencial – IDA no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1995.

MOTTA, José Inácio Jardim. **Educação permanente em saúde**: da política do consenso a construção do dissenso. 1998. 227 f. Dissertação (Mestrado em Educação e Saúde) – Núcleo de Tecnologias Educacionais em Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

MOTTA, José Inácio Jardim; BUSS, Paulo; NUNES, Tânia Celeste Matos. **Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde**. Disponível em: <www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_forma09.pdf> Acesso em: 25 maio 2009.

PAGLIOSA, Fernando. L.; DA ROS, Marco Aurélio. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PAIVA, Vanilda; RATTNER, Henrique. **Educação Permanente & Capitalismo Tardio**. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1985

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde – SESA. **Informações sobre a educação permanente no Paraná**. Disponível em: <www.sesa.pr.gov.br>. Acesso em: 30 jul. 2008.

PARKYN, George W. (Tradução: Ana Maria Marques de Almeida). **Educação permanente**: modelo conceptual. Lisboa: Livros Horizonte, 1976. (Educação, Estudos e Documentos)

PEREIRA, Isabel Brasil; RAMOS Marise Nogueira. **Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006

PREPS. Pólo Regional de Educação Permanente em Saúde. **Regimento Interno 2004**. 20ª Regional de saúde: Toledo-PR, 2004.

QUINTANA, Pedro Brito; ROSCHKE, Maria Alice Clasen; Ribeiro, Eliana Claudia de Otero. **Educação permanente processo de trabalho e qualidade de serviço na saúde**. Disponível: <www.sesa.pr.gov.br>. Acesso em: 30 jul. 2008.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. Reflexões sobre a educação permanente npo stor da saúde no Brasil. In: FERRETO, Liriane Elize (Org.). **Abordagens, práticas e reflexões em saúde coletiva**. Francisco Beltrão: UNIOESTE, 2006.

SEVERINO. Antonio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. rev. atual. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, Jefferson Ildfonso da. **Cidade Educativa**: um modelo de renovação na educação. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979. (Coleção educação universitária).

TEIXEIRA, Odenir Dias; LOPES, Zélia Maria Matos. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. In: FERRETO, Liriane Elize. (Org.). **Abordagens, práticas e reflexões em saúde coletiva**. UNIOESTE: Francisco Beltrão, 2006. p. 35-56

TEIXEIRA, Sonia Fleury; MENDONÇA, Maria Helena. Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 2. ed. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 1995. (Pensamento social e saúde, 3)

WURMAN, Richard Saul. **Ansiedade de informação**. Tradução de Virgílio Freira. 1. ed. São Paulo: Cultura Editores Associados, 1991.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Solicitação de Autorização Para Realização da Pesquisa



**Centro de Estudos Sociais Aplicados
Departamento de Serviço Social
Mestrado em Serviço Social e Política Social**

OF. M.SER Nº 10/2009

Londrina, 27 de abril de 2009

Prezada Senhora

A coordenação do Curso de Mestrado em Serviço Social e Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina-UEL vem solicitar a V. Sa. autorização para realização de pesquisa documental sobre Educação Permanente em Saúde, a partir dos projetos aprovados e financiados pelo PREPS de Toledo. A pesquisa será realizada pela Sra. Índia Nara Smaha, aluna regular do curso acima mencionado, sob orientação da Profa. Dra. Maria Ângela Silveira Paulilo.

Informamos que o estudo proposto pela aluna buscará fazer uma análise da eficácia das ações provenientes dos projetos aprovados, no período de 2003 a 2008, no que se refere à melhoria na qualidade da prestação de serviço aos usuários da saúde pública, nos municípios que foram partícipes destas ações. A aluna optou por esta pesquisa em razão do contato com o PREPS, no período em que atuou como docente da UNIOESTE e participou do PREPS como membro representante dessa Universidade.

A pesquisa proposta poderá contribuir para a avaliação das atividades propostas pelos municípios e entidades e das respostas por elas geradas. Poderá ainda fornecer subsídios a outros PREPS, no que concerne ao monitoramento e avaliação do desenvolvimento das atividades em suas respectivas Regionais.

**Ilma. Sra.
Lenir Dresh
Coordenadora do Pólo Regional de Educação Permanente em Saúde - PREPS
20ª Regional de Saúde
Toledo-PR**

Esta coordenação reitera o compromisso de retornar ao PREPS os resultados da pesquisa, por meio de encaminhamento de cópia da dissertação a ser elaborada, e de resguardar os princípios éticos relacionados a questões afetas à imagem pública do PREPS.

No caso de aprovação da pesquisa proposta, a coleta dos dados deverá ser previamente agendada conforme disponibilidade e concordância de V.Sa.

Aguardamos vosso parecer e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente


Maria Ângela Silveira Paulilo
Orientadora


Cássia Maria Carloto
Coordenadora

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista

ROTEIRO DE ENTREVISTA

EIXO 1 - PERFIL DO ENTREVISTADO:

1. Sexo
2. Qual sua área de formação?
3. Quanto tempo atua na área de saúde pública?
4. Qual sua função?
5. É funcionário efetivo ou cargo de confiança/comissionado?
6. Quanto tempo exerce esta função?

EIXO 2 - CONCEPÇÃO DE EPS:

7. O que conhece sobre Educação Permanente em Saúde?
8. Sabe qual é o eixo central da proposta de EPS?
9. Sabe quais as funções do PREPS?
10. Já compôs o PREPS? Quanto Tempo?
11. Nas reuniões mensais do PREPS, existe um tempo para estudos da Política?

EIXO 3 - PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO:

12. Você fez parte da implantação da EPS? Em que instância?
13. Como foi o processo de implantação dos PREPS nas Regionais?
14. Você lembra quantos membros fizeram parte da Implantação do PREPS em Toledo?
15. Até que ponto a PNEPS teve seu espaço garantido na Regional?

EIXO 4 - PLANEJAMENTO:

16. Quando as pessoas assumem como membro do PREPS, há algum curso/capacitação preparatório?
17. Enquanto membro do PREPS, quais foram as ações que eram desenvolvidas no colegiado?
18. Que instância propõe os projetos?
19. Quem elabora os projetos apresentados ao PREPS?
20. Quais são os parâmetros metodológicos para a elaboração dos projetos?
21. Baseado em que fonte são elaborados os projetos?
22. Qual são os critérios para os projetos serem aprovados?
23. Qual é a maior demanda nos projetos que já chegaram ao PREPS?

24. Quem vem ao PREPS apresentar o projeto, e planejador ou outra pessoa?
25. Quando os municípios não enviam projetos, como ocorrem as ações, quem cria?

EIXO 5 - OPERACIONALIZAÇÃO:

26. Aponte pontos positivos e negativos, no que se refere aos projetos serem elaborados nas locorregiões e não no MS.
27. Para quem são direcionados os projetos?
28. A Pessoa que planeja o projeto tem a noção de quanto é a verba disponibilizada para realização do evento?
29. Em média, quantos projetos são encaminhados ao PREPS por ano?
30. Geralmente os projetos são montados por quantas instituições/segmentos, há uma parceria?
31. Quais os trabalhadores que são indicados para as atividades desenvolvidas pelo PREPS?
32. Quais são os critérios para a seleção destes trabalhadores?
33. Quem indica os trabalhadores que participaram dos eventos?

RESULTADOS:

34. Há monitoramento e avaliação dos projetos executados?
35. Se há avaliação e monitoramento como é feito e quem realiza?
36. Há uma avaliação do resultado que os projetos nos municípios participes dos eventos?
37. Você acredita que há incorporação pelos trabalhadores das diretrizes da PNEPS?
38. Em sua opinião a PNEPS, está atendendo a necessidade de formação dos trabalhadores da saúde?
39. Os Projetos têm respondido a demanda posta pelos trabalhadores?
40. Você acredita que a PNEPS está efetivada na 20ª Regional de Saúde, por quê?
41. Se não, quais são as dificuldades para que haja total efetivação?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Convite**

Eu, India Nara Smaha, portadora do CPF. 7070.045.119-91, residente na Rua Rui Barbosa, 1618, apto. 01 Centro de Toledo-PR. Fones (45) 3055-2789 – Cel. (45) 9931-7129. Venho por meio deste, convidá-lo (a) a participar da pesquisa Educação Permanente em Saúde: caminho em construção na 20ª Regional de Saúde. Esclarecemos que esta pesquisa tem como objetivo: Conhecer e analisar o processo de planejamento e operacionalização dos projetos aprovados e executados pelo PREPS-Toledo e saber se eles atendem às demandas que emergem no fazer profissional dos trabalhadores da saúde.

Pedimos que autorize a entrevista, por meio dos dados a seguir:

Eu, (entrevistado), concordo em participar da pesquisa sobre Educação Permanente em Saúde: caminho em construção na 20ª Regional de Saúde, através de fornecimento de dados por meio de entrevista e acervo documental.

Sua identidade será preservada e você poderá desistir dessa contribuição a qualquer momento, comunicando à pesquisadora. Poderá ainda ter acesso a qualquer informação sobre a pesquisa através do telefone com. (43) 3371-4693. Os resultados da pesquisa estarão disponíveis nos arquivos as UEL.

Assinatura do (a) entrevistado (a)

Pesquisadora: _____
Departamento de Serviço Social – CESA
Universidade Estadual de Londrina.
2010.

APÊNDICE D – Projetos Empenhados no Período 2004-2008

PROJETOS EMPENHADOS NO PERÍODO 2004-2008

Projetos Executados	Local do Evento	Data - 2004
Curso de Comunicação e expressão	Toledo	22 a 27 de mar
Proj. Capacitação CMS		08 de jul
Proj. Capacitação CMS		01 de jun
Proj. Capacitação CMS	Terra roxa	29 e 30 de maio, 12 e 13 de jun
Proj. Capacitação CMS	São José	15 a 30 de maio
Proj. Capacitação CMS	Diamante	22 de maio a 06 de jun
Proj. Capacitação CMS	Assis	3,4,24,25 de jul
Proj. Capacitação CMS	Nova Sta. Rosa	08 a 16 de maio
Proj. Capacitação CMS	São Pedro	31 de jul a 1, 14,15 de ago
Proj. Capacitação CMS	Quatro Pontes	10,11,17,18 de jul
Proj. Capacitação CMS	Mercedes	17 e 18 de jul, 21 e 22 de ago
Proj. Fom. Fac. Inf. Prev. De Gravidez na Adolescência	Toledo	27 de maio
Proj. Fom. Fac. Inf. Prev. De Gravidez na Adolescência	Sta. Helena	03 de jun
Proj. Fom. Fac. Inf. Prev. De Gravidez na Adolescência	Palotina	13 de maio
Proj. Fom. Fac. Inf. Prev. De Gravidez na Adolescência	Marechal	17 de jun
Proj. Fom. Fac. Inf. Prev. De Gravidez na Adolescência	Assis	09 de set
Proj. Fom. Fac. Inf. Prev. De Gravidez na Adolescência	Marechal	18 de nov
Proj. incentivo a UBS de apoio ao aleitamento materno	Toledo	23 e 24 de nov
Proj. Saúde do Adolescente e Jovem	Toledo	11 e 12 de abr
Qualificação de reeditores em competências familiares	Toledo	25 a 29 de out
Projetos Executados	Local do Evento	Data - 2005
Curso de Cap. De informática p/ func. Da Regional	Toledo	28 de set
I Plenária do CMS	Toledo	16 de dez
Oficina de gestores municipais	Toledo	04 de mar
Proj. Form.Fac.Inf. Prev. De Gravidez na Adolescência	Maripá	31 de out
Proj. Form.Fac.Inf. Prev. De Gravidez na Adolescência	Marechal	03 de nov
Proj. Form.Fac.Inf. Prev. De Gravidez na Adolescência	Palotina	01 de nov
Proj. Form.Fac.Inf. Prev. De Gravidez na Adolescência	Sta. Helena	23 de maio
Proj. Form.Fac.Inf. Prev. De Gravidez na Adolescência	Sta. Helena	22 de jun
Proj. Form.Fac.Inf. Prev. De Gravidez na Adolescência	Maripá	06 de out
Projetos Executados	Local do Evento	Data - 2006
Capacitação em acolhimento e aconselhamento em DST/AIDS	Toledo	2 a 4 de ago 11 a 3 de set
Curso ACS	Entre Rios	03 a 30 de nov
Curso ACS	São José	07 a 30 de nov

Curso ACS	Toledo	03 a 30 de nov
I Etapa de Capacitação de Prof. Gestores e CMS	Entre Rios	4 a 6 de set
II Etapa de Capacitação do CMS	Terra Roxa	01 a 08 de jul
II Etapa de Capacitação do CMS	São Pedro	10 a 13 de Jul
II Etapa de Capacitação do CMS	Palotina	15 a 27 de jul
II Etapa de Capacitação do CMS	Toledo	19 a 27 de jun
Oficina de Cap. Técnica p/ prof da Vigilância Sanitária	Toledo	17 a 20 de out
Oficina de Padronização de Met. De trabalho da Dengue	Toledo	19 a 23 de jun
Oficina dos novos sist. De info. Do projeto nacional de imunização/MS	Toledo	20 a 23 de jun
Proj. abordagem intensiva para tratamento do fumante	Toledo	7 e 8 de jun
Proj. de ACS, Pastoral, Conselho Tutelar e CMS	Ouro Verde	23 e 30 de set
Proj. Form. Fac. Inf. Prev.de Gravidez na adolescência	Sta Helena	06 de jun
Proj. Form. Fac. Inf. Prev.de Gravidez na adolescência	Palotina	01 de nov
Proj. Form. Fac. Inf. Prev.de Gravidez na adolescência	Entre Rios	01 de set
Projetos Executados	Local do Evento	Data-2007
I Etapa Cap. Saúde Metal	Toledo	17 de set
Proj de Oficina Prevenção LER/DORT	Toledo	14 e 15 de set
Proj. eliminação de Hanseníase	Toledo	13 e 14 de set
Proj. Form. Fac. Inf. Prev de Gravidez na adolescência	Sta Helena	10 de nov
Proj. Form. Fac. Inf. Prev de Gravidez na adolescência	Toledo	15 de jun
Proj. Form. Fac. Inf. Prev de Gravidez na adolescência	Palotina	31 de ago
Projetos Executados	Local do Evento	Data- 2008
Cap. De agentes multiplicadores da Pastoral da AIDS		19 a 20 de jul
Cap. Perm. em saúde mental p/ prof UBS e lideres da Pastoral		24 e 28 de jun; 22 e 29 de jul
Capacitação de profissionais no tratamento de pessoas c/tuberculose	Toledo	07 de Nov
Capacitação Permanente em Saúde Mental p/prof	Toledo	02de jun
I Cap. p/ tratamento de feridas em pessoas c/ hanseníase		03 e 04 dez
I Oficina de cap. p/ implantação do SINAIS		9 a 11 de jun
Oficina de cap. Em vigilância da qualidade da água p/consumo humano		13 a 15 de ago
Oficina de Educação Permanente	Toledo	27 a 30 de jul
Oficina de elaboração de projeto no âmbito da política de saúde		5,6,11,12 de nov
Oficina de padronização de metodologia de trabalho da Dengue		16 a 20 de jun
Oficina de padronização de metodologia de trabalho da Dengue		07 a 11 de jul
Oficina de padronização de metodologia de trabalho da Dengue		21 a 25 de jul
Proj. Cap. Educação Permanente CMS	Toledo	1, 5 e 11 de dez
Proj. de assistência ao paciente portador de Dengue	Toledo	09 de dez
Proj. Form. Fac.Inf. Em Prev. De Gravidez na Adolescência	Toledo	08 de set

Proj. Form. Fac.Inf. Em Prev. De Gravidez na Adolescência		03 de set
Proj. Form. Fac.Inf. Em Prev. De Gravidez na Adolescência		09 de set
Proj. Sala de Vacina		7 a 10 de jul
Proj. Sala de Vacina		15 a 18 de jul
Proj. Sala de Vacina		01 a 04 de jul
Proj. Sala de Vacina		22 a 25 de jul
Seminário de sensibilização em aleitamento materno	Toledo	24 de set

ANEXOS

ANEXO A – Autorização Para Realização da Pesquisa Documental

Of. Circ. PREPS/04/09

Toledo, 25 de Maio de 2009

Prezada Coordenadora:


Em atenção ao ofício M.SER nº 10/2009, estamos neste ato AUTORIZANDO a realização da pesquisa documental sobre Educação Permanente em Saúde através dos Projetos aprovados e financiados com recursos financeiros da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, entre os anos de 2003 e 2008 para mestranda Índia Nara Smaha.

Para tanto colocamos a disposição para maiores informações e fornecimento de nossos arquivos.

Atenciosamente



LENIR ZIMERMANN
Coord. PREPS/20ª-RS



EDISON SIMIONATO
Diretor da 20ª RS

Ilm(a)Sr(a):

CÁSSIA MARIA CARLOTO

MD. Coordenadora do Curso de Mestrado em Serviço Social e Política Social
Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina – UEL**LONDRINA - PR**


ANEXO B – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade
Estadual de Londrina

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná
Registro CONEP 268

Parecer de Aprovação Nº 229/10 CAAE Nº 0210.0.268.000-10 FOLHA DE ROSTO Nº 369811	Londrina, 19 de outubro de 2010.
PESQUISADOR: CASSIA MARIA CARLOTO	
CESA/PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E POLITICA SOCIAL	
Prezada Senhora: O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná" (Registro CONEP 268) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto: "EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: CAMINHO EM CONSTRUÇÃO NA 20ª REGIONAL."	
Situação do Projeto: APROVADO	
Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.	
<p style="text-align: center;">Atenciosamente,</p>  <p style="text-align: center;"> Prof.ª. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Coordenadora Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UEL </p>	