

**ANÁLISE DIAGNÓSTICA DO PROCESSO DE
FORMULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DAS
POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
PARA ATENÇÃO BÁSICA EM ÂMBITO
NACIONAL, ESTADUAL E NA RMC**



CADERNOS DE PESQUISA NEPP

O Programa de Estudos em Sistemas de Saúde (PESS) do Núcleo de Estudos em Políticas de Públicas (NEPP) tem como principal objetivo, desenvolver permanentemente estudos e projetos, de caráter interdisciplinar, que venham contribuir com a integração, qualificação e consolidação do SUS em regiões de saúde, considerando o atual momento de evolução do Sistema Público de Saúde, visando alcançar a equidade, a integralidade e o acesso universal.

É nesse sentido, que ao publicar os Cadernos de Pesquisa em Saúde, o grupo de pesquisadores, docentes e alunos envolvidos no PESS/NEPP pretendem divulgar de forma objetiva e sumarizada, os resultados mais significativos dos projetos interdisciplinares de ensino, pesquisa e extensão realizados nos últimos anos, com foco no desenvolvimento de sistemas regionais de saúde, particularmente na formulação e implementação de linhas de cuidado e estruturação de redes de atenção à saúde.

Com esta divulgação pretende-se também contribuir com os gestores e gerentes do SUS na sua construção e, auxiliar na qualificação da atenção à saúde, bem como no avanço do gerenciamento do sistema e dos serviços, nos seus diferentes níveis.

Estará acessível na homepage do NEPP, em publicações, cujo acesso se dá através do endereço eletrônico: <http://www.nepp.unicamp.br>.

COORDENAÇÃO
CARMEM CECÍLIA DE CÂMPOS LAVRAS

COORDENADOR ASSOCIADO
CARLOS RAUL ETULAIN
Universidade Estadual de Campinas



Reitoria

Prof. Dr José Tadeu Jorge

Pró-reitorias

Teresa Dib Zambon Atvars

Pró-Reitor de Desenvolvimento Universitário - PRDU

João Frederico da Costa Azevedo Meyer

Pró-Reitor de Extensão e Assuntos Comunitários - PREAC

Luís Alberto Magna

Pró-Reitor de Graduação - PRG

Gláucia Pastore

Pró-Reitor de Pesquisa - PRP

Rachel Meneguello

Pró-Reitor de Pós-Graduação - PRPG

Centros e Núcleos

Jurandir Zullo Junior

Coordenadoria de Centros e Núcleos Interdisciplinares de Pesquisa - COCEN

Carmen Cecília de Campos Lavras

Coordenadora do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas - NEPP

Carlos Raul Etulain

Coordenador Associado Núcleo de Estudos de Políticas Públicas - NEPP

Produção Editorial: NEPP - Publicações

CADERNOS DE PESQUISA NEPP/Núcleo de Estudos em Políticas Públicas/UNICAMP. – nº.02, 2014. – Campinas, SP.: PESS/NEPP/UNICAMP, 2014.

(Área de Pesquisa: Programa de Estudos em Sistemas de Saúde)

1. Saúde Pública. 2. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. 3. Programa de Estudos em Sistemas de Saúde.

Considerações Éticas:

A responsabilidade pelos conteúdos dos artigos, relato de experiências, Comunicações publicados é exclusivamente do(s) autor (es), assim como a revisão ortográfica.

**ANÁLISE DIAGNÓSTICA DO PROCESSO DE FORMULAÇÃO E
DESENVOLVIMENTO DAS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA
ATENÇÃO BÁSICA EM ÂMBITO NACIONAL, ESTADUAL E NA RMC**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP
NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS - NEPP
MARÇO DE 2012**

**INSTITUIÇÃO CONTRATANTE
AGÊNCIA METROPOLITANA DE CAMPINAS – AGEMCAMP**

Pesquisadores

Maria Teresa Dalla Fontana Pinto Moreira Porto

Eric Passone

Campinas, SP

SUMÁRIO

1. Apresentação - Análise Diagnóstica dos Processos de Formulação e Desenvolvimento das Políticas de Educação Permanente para Atenção Básica Âmbito Nacional, Estadual e na RMC	7
2. A Política de Educação Permanente Voltada para a Atenção Básica No Âmbito Nacional e Estadual	8
3. A Política Nacional de Humanização e a Atenção Básica	27
4. Desenvolvimento da Política de Educação Permanente na Região Metropolitana de Campinas	35
5. Análise das Demandas Apontadas ou Desenvolvidas no Âmbito da Região de Saúde Oeste e da Região de Saúde Campinas	41
6. Contribuições Obtidas a Partir da Realização de Grupo Focal	55
Referências	61

ANÁLISE DIAGNÓSTICA DOS PROCESSOS DE FORMULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DAS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA ATENÇÃO BÁSICA EM ÂMBITO NACIONAL, ESTADUAL NA RMC

1. APRESENTAÇÃO

Este documento contém uma análise da formulação da política nacional e estadual de educação permanente, de atenção básica e humanização, bem como uma avaliação da sua implementação na RMC. Neste produto, encontram-se, também, as análises das iniciativas apontadas e/ou executadas no âmbito dos Planos Regionais de Educação Permanente (PAREPS) e Planos Regionais de Saúde da RS Campinas e Oeste, assim como, as análises das portarias, relatórios da SES/SP e MS, para identificação de fragilidades e fortalezas desse processo. Foi possível ainda obter um conjunto significativo de contribuições para a formulação deste diagnóstico, particularmente no que se refere aos processos desenvolvidos na AB, advindas da realização de grupo focal com profissionais com expressiva vivência em serviços e na gestão da Atenção Básica.

Esse amplo diagnóstico possibilitou neste processo, elencar não somente as iniciativas de Educação Permanente a serem priorizadas, mas também as estratégias educacionais mais apropriadas para o desenvolvimento de cada uma delas.

Finalmente, vale ressaltar que este processo forneceu ainda elementos consistentes que podem contribuir para a qualificação do processo de implantação da política de EP na RMC, estratégia fundamental no processo de estruturação das RRAS e da qualificação do cuidado ofertada aos usuários- cidadão do SUS, na região.

2. A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE VOLTADA PARA ATENÇÃO BÁSICA EM ÂMBITO NACIONAL E ESTADUAL

No Brasil, a área de recursos humanos em saúde pode ser analisada a partir de dois momentos históricos – pré e pós a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). No período que precedeu o advento do SUS, o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde era pensado em função de dois grandes eixos espelhados no modelo técnico assistencial vigente, eixos estes alicerçados pela lógica médico-hospitalar, conduzida pelo Sistema Nacional de Saúde/Ministério da Previdência Social, e pelas ações coletivas de saúde ordenadas pelo Ministério da Saúde (MERHY et al., 2004).

O reflexo desta dicotomia resultou num desenho de formação e desenvolvimento voltado ou para os profissionais com formação de nível superior, especialmente para os médicos, ou para ações específicas na área de saúde pública, sem estabelecer inter-relações entre si (GIL et al., 2002).

As modificações nas propostas pedagógicas e nos conteúdos dos cursos foram acontecendo pontualmente, e iniciativas como o “Projeto Larga Escala”, para formação de trabalhadores de nível médio, a descentralização e ampliação dos cursos de especialização em Saúde Pública, entre outros, tiveram importância decisiva para o sistema de saúde que seria implantado a seguir.

O artigo 200, Inciso III da Constituição Federal de 1988, atribui ao SUS a responsabilidade no ordenamento da formação na área da Saúde (BRASIL, 1988). O artigo 14, da lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 consolida a importância dos trabalhadores para o sistema de saúde ao prever a criação de:

“Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior”, cuja finalidade é “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, 1990).

Num intervalo considerável de tempo, o financiamento, a pactuação de responsabilidades, na gestão, e a descentralização das ações, para os municípios,

foram os principais focos das normas operacionais e diretrizes que nortearam a implantação do SUS.

A área de recursos humanos, finalmente, entrou na agenda dos gestores após a definição da Atenção Básica como centro da reorganização do sistema, e com o surgimento do Programa de Saúde da Família (PSF) como modelo prioritário de atenção à saúde, no país.

A partir de 1994, com a implantação oficial do PSF, inúmeros desafios se instalaram e diversas portarias, normas e documentos norteadores foram instituídos. Todos esses instrumentos normativos, embora necessários e desejáveis, não conseguiram se desdobrar em diretrizes que envolvessem as diferentes dimensões da gestão do cuidado – sistêmica, organizacional e profissional, tais como as propostas por Cecílio (2009). Tais dispositivos pontuam as inter-relações circunscritas às dimensões sistêmicas e organizacionais, porém, dificilmente conseguiriam chegar ao *lôcus* da produção do cuidado - no encontro entre o profissional e o usuário.

Neste momento da história sanitária, o SUS enfrenta um grande desafio: transformar-se num modelo de atenção includente, com enfoque na saúde ampliada e familiar, invertendo, assim, a condição de um sistema condicionado à lógica curativa e individualista. Este novo sistema entra em confronto com a cultura da organização do trabalho acostumada a atuar numa realidade centrada na assistência médico-hospitalar, estruturada em ações verticais e programáticas deliberadas por instâncias que pouco dialogam entre si. Dessa forma, a transição de modelos de atenção tendeu a se dar em pleno movimento.

Em meio a um processo dessa ordem, como se pensar numa estratégia capaz de apoiar continuamente as transformações desencadeadas por este novo modelo de atenção à saúde, considerando a potência dos espaços de encontro entre cuidador/trabalhador e o usuário? Como garantir a implantação em larga escala do PSF sem comprometer a qualidade do cuidado?

Devido à rápida expansão quantitativa e territorial do programa, além do reconhecimento da importância do PSF como base da reorganização do sistema sanitário, evidenciou-se a necessidade de se traçar uma estratégia de qualificação profissional alinhada às diretrizes do modelo de atenção à saúde proposto. Para além

do crescimento individual, seria fundamental que tal estratégia alcançasse os serviços e as equipes de saúde, sendo assim co-promotora de transformações organizacionais e de práticas assistenciais.

Muito embora o ordenamento do campo de recursos humanos não tenha se dado no mesmo compasso de outros eixos de gestão do SUS, pode-se dizer que, na ocasião da implantação do PSF, estabeleceu-se uma relação mais próxima entre as políticas de recursos humanos e a Atenção Básica, que se manteria – ou deveria ser mantida, até os dias atuais.

Neste contexto, em 1997, os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para Saúde da Família são instituídos pelo Ministério da Saúde (MS). Além de constituírem-se em espaços de articulação institucional importante, a atuação dos Pólos também foi pensada como uma alternativa para trabalhar as lacunas que o sistema curricular não conseguia cobrir. Iniciativas paralelas como o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (PROMED), lançado pelo MS em 2001 foram pensadas para alavancar as mudanças necessárias na formação de recursos humanos para a saúde, e todas estas frentes acabaram apoiando a aproximação entre as instituições formadoras e a realidade social/sanitária da população (BRASIL, 2002).

Por meio de edital publicado no Diário Oficial da União, em 1996, o Ministério da Saúde tornou pública a seleção de projetos para instalação e funcionamento dos Pólos de Capacitação para Saúde da Família. A vinculação das instituições de ensino parceiras que desenvolveriam as atividades pedagógicas com as equipes de saúde da família se dava por meio de convênios ou consórcios com as Secretarias Estaduais de Saúde ou Secretarias Municipais de Saúde (BRASIL, 2001). Através de tais parcerias eram executadas ações de curto, médio e longo prazo, direcionadas à capacitação, formação e educação permanente para o PSF.

Segundo informações apresentadas no relatório final da Reunião dos Coordenadores dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família (BRASIL, 2002b), no período entre 1998 e 2001, as principais capacitações realizadas foram:

- *Introdutório;*

- *Capacitação do Instrutor/Supervisor do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS);*
- *Capacitação do Agente Comunitário de Saúde (ACS);*
- *Capacitação de equipes em temáticas prioritárias (DST/AIDS, Saúde Bucal, Tuberculose, Hanseníase, Diabetes, Hipertensão Arterial e Nutrição);*
- *Capacitação em Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância;*
- *Capacitações das equipes em Sistemas de Informações da Atenção Básica (SIAB);*
- *Capacitações das equipes para abordagem integral nas diferentes etapas do ciclo de vida humano (saúde da criança, saúde do adolescente, saúde da mulher, saúde do adulto e do idoso);*
- *Capacitação de Gestores na estratégia de saúde da família;*
- *Desenvolvimento de atividades que visem a promover articulação/integração entre SES, SMS, Coordenação do PACS/PSF e Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família (PCFEP-SF);*
- *Desenvolvimento de ações que promovam o aprimoramento da equipe técnica do PCFEP/SF;*
- *Desenvolvimento de atividades que visam à transformação do projeto pedagógico na formação dos profissionais de saúde;*
- *Padrão custo/atividade (relação à média nacional e especificidades regionais).*

Observa-se, então, que a maioria das ações desenvolvidas foi dirigida de fato para a atenção básica, porém, com grande ênfase em áreas programáticas, preparando cada profissional de forma isolada para atuar neste novo modelo assistencial. Paralelamente percebe-se uma escassa oferta contextualizada no desenvolvimento de competências para o trabalho em equipe e cuidado coletivo, prevalecendo ainda as capacitações de conteúdo técnico/específico, que, por vezes, dificultam a integração dos saberes e da prática.

Com a institucionalização dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para Saúde da Família, no Estado de São Paulo, a distribuição dos pólos seguiu a seguinte conformação: na Região Metropolitana de São Paulo foi implantado o Pólo da Grande São Paulo, que englobava a Secretaria de Estado da Saúde, secretarias municipais e instituições de ensino como a USP, a Santa Casa, a UNISA, a UniMogi, a Fundação ABC, a UNIFESP, a Casa de Saúde Santa

Marcelina e a Fundação Zerbini. No interior, foram criados pólos de capacitação nas regiões de Ribeirão Preto, Campinas, Botucatu e Marília.

Pode-se dizer que os Pólos de Capacitação ampliaram de forma significativa a participação de agentes formadores no processo de qualificação de pessoal para o SUS, e que pela primeira vez existiu uma estratégia de governo destinada ao desenvolvimento de trabalhadores que atuavam na atenção básica em abrangência nacional, buscando a co-responsabilização entre gestores estaduais, municipais e federal, e a participação dos agentes formadores.

O papel dos Pólos de Capacitação foi fundamental para a implantação do PSF e sua consolidação, a seguir, como Estratégia de Saúde da Família. Entretanto, sua proposta includente não constituía abrangência para os outros modelos de atenção, e de certa forma, os pólos caminhavam e operavam desconectados dos demais níveis do sistema. A baixa capacidade de indução dos pólos frente às ofertas desarticuladas, por parte das instituições formadoras, foi incapaz de sustentar os processos de mudança desejados até então.

Com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) em 2003, os Pólos de Capacitação passaram a ser denominados como Pólos de Educação Permanente em Saúde. Tal mudança instituiu-se com a Portaria nº 198/GM/MS de 2004, que promulgou 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”* (BRASIL, 2004).

O grande salto, nesta transição, foi a institucionalização de uma política para o desenvolvimento de todos os trabalhadores do SUS, orientada para aprendizagem significativa, para a reflexão crítica do processo cotidiano de trabalho e produção do cuidado em todos os níveis de complexidade, articulando diferentes atores para observar as reais necessidades da população, convidando-os a transformar a realidade; podendo ser entendida inclusive como um processo de descentralização da capacidade pedagógica do SUS (CECCIM, 2005).

Segundo o documento que precedeu à Portaria nº 198/GM/MS, elaborado pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e aprovado em reunião da

Comissão Tripartite em setembro de 2003, denominado como “*Política de Educação Permanente e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde*”, o DEGES passa a responder pelo desenvolvimento dos trabalhadores do SUS em todos os níveis de escolaridade, bem como pelo investimento em capacitações para profissionais de outras áreas, para os movimentos sociais e para a população. Também assume a responsabilidade pela cooperação técnico-financeira e operacional, em parceria com Estados, municípios e instituições de ensino.

A Portaria nº 198/GM/MS atribui como funções dos Pólos de Educação Permanente:

- *A identificação da demanda de formação/desenvolvimento dos profissionais da saúde;*
- *A mobilização dos diferentes atores envolvidos no processo – gestores do SUS, instituições de ensino, serviços de saúde, trabalhadores e estudantes da saúde, movimentos sociais e conselhos municipais de saúde;*
- *A proposição de políticas para as áreas de formação e desenvolvimento de recursos humanos;*
- *O alinhamento loco-regional das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e as práticas de saúde e de educação, dentre outras.*

A referida Portaria prevê, também, a criação dos Colegiados de Gestão de cada Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS, com representações dos diferentes atores envolvidos, podendo contar também com um Conselho Gestor constituído pela gestão estadual, gestão municipal, gestor do município sede do Pólo, instituições formadoras; sendo referendado pelo Conselho Estadual de Saúde. Estes Pólos foram concebidos para atuarem como “*instâncias colegiadas que servem para a articulação, o diálogo, a negociação e a pactuação interinstitucional*” (BRASIL, 2005), organizando rodas de negociação, envolvendo diferentes representações de diferentes segmentos.

Os recursos financeiros para as atividades dos Pólos de Educação Permanente provenientes do Orçamento do Ministério da Saúde, seguindo as orientações constantes na tabela de Alocação e Efetivação de Repasses dos Recursos Financeiros do Governo Federal, tiveram critérios como, por Unidade da Federação (UF): a

população dos municípios em gestão plena, o número de equipes de saúde da família, o número de conselheiros de saúde, a concentração de instituições de ensino, as unidades de saúde, a população no ano de 2002 e os cursos da área da saúde.

No caso do Estado de São Paulo, o primeiro repasse federal (2004) não foi tão significativo em termos absolutos, porém se constituiu em recurso novo. Em relação à configuração e distribuição espacial dos Pólos de Educação Permanente, percebe-se a intenção de garantir para todos os pólos abrangência regional, inserindo todos os municípios. A condução desta articulação foi protagonizada pela SES/SP e COSEMS.

A conformação dos antigos Pólos de Capacitação foi, então, revista, considerando a história e relações prévias estabelecidas. O desempenho e a vontade política das regiões foram fatores considerados, desta forma, de cinco Pólos de Capacitação passaram a existir oito Pólos de Educação Permanente: Região Metropolitana da Grande São Paulo, Sudoeste Paulista, Nordeste Paulista, Vale do Paraíba, Leste Paulista, Oeste Paulista, Noroeste Paulista e Baixada Santista.

Os critérios que orientaram esta nova conformação incluíram a existência de pelo menos uma faculdade de medicina e um determinado número de instituições com tradição no desenvolvimento de ações, no campo da saúde pública, com vistas a estimular a ampliação da oferta de projetos de desenvolvimento e o aumento da cobertura.

O recurso financeiro para os projetos pactuados nos Pólos de Educação Permanente e aprovados na Comissão Bipartite, em geral, era repassado pelo Ministério da Saúde por meio da Organização Pan Americana de Saúde, (OPAS) que, por sua vez, transferia o montante, diretamente, para as instituições de ensino. Uma das implicações nesse trâmite era a burocracia estabelecida principalmente para projetos que demandassem por um volume de recursos mais expressivo, cuja solicitação era encaminhada para aprovação na sede da OPAS, em Washington, aumentando, ainda mais, o tempo decorrido entre a aceitação do projeto nas instâncias decisórias do SUS e a efetiva operacionalização do mesmo.

Outro nó crítico identificado, pelos gestores no processo de financiamento da Educação Permanente, foram os chamados “recursos extra-teto” transferidos, diretamente, às instituições de ensino, quando os projetos são caracterizados como

“especiais”, o que, segundo a percepção dos gestores, conflita com a proposta da Educação Permanente, e institui um fluxo paralelo.

De qualquer forma, a dificuldade de gastar o recurso recebido também foi um entrave identificado, quer seja pela morosidade nas relações convencionais, quer seja pela limitação do número de parceiros para a execução de diferentes projetos.

Importante dizer que, no Estado de São Paulo, a pactuação entre a SES/SP e o COSEMS resultou na criação da Comissão Bipartite de Implantação e Acompanhamento dos Pólos de Educação Permanente. Tal comissão, além de avaliar e validar os projetos, antes de submetê-los à Bipartite, também define critérios de distribuição de recursos, atuando como uma espécie de câmara técnica.

Com a troca da equipe de gestão da SGTES, em meados de 2005, houve um período de transição que serviu para que fosse definido o novo projeto para a Educação Permanente, anunciado por meio da Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007).

A principal mudança, em relação às diretrizes anteriores, foi o alinhamento entre a Política Nacional de Educação Permanente (PNEP) e o Pacto pela Saúde, com a substituição dos Pólos de Educação Permanente pelas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), além da introdução dos Colegiados de Gestão Regional, criados pela Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006). Os Colegiados de Gestão Regional (CGR) passaram a ser o espaço de decisão sobre as diversas questões relacionadas ao SUS em âmbito loco-regional, incluindo, portanto, a pactuação dos Planos de Ação Regional da Educação Permanente em Saúde (PAREPS), para subseqüente homologação pela Comissão Intergestora Bipartite (CIB). Os PAREPS também devem compor os Termos de Compromisso de Gestão dos Estados e municípios, constando assim nos respectivos planos estaduais e municipais.

Dentre as atribuições das CIES, destacam-se: apoio técnico aos CGR's na construção dos Planos Regionais de EP da sua área de abrangência (no caso de SP, 64 PAREPS), articulação junto às instituições para proposição de estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores alinhadas aos PAREPS, e apoio ao monitoramento e avaliação das ações e estratégias de EP implementadas.

No Estado de São Paulo, para a viabilização da implantação da Política de Educação Permanente, estabeleceu-se uma ampla rede de apoio envolvendo um conjunto de atores: os Núcleos de Educação Permanente (NEPS), os Colegiados de Gestão Regional (CGR), as Comissões de Integração Ensino/Serviço (CIES), os Departamentos Regionais de Saúde (DRS), as Escolas Técnicas do SUS (ETSUS), o COSEMS/SP, as Instituições Parceiras, o Conselho Estadual de Saúde (CES) e os Centros de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQS). Vale assinalar que os CDQ's são estruturas dos Departamentos Regionais de Saúde da SES/SP criados com o objetivo de fortalecer a implementação da EP no Estado, e contam com dois núcleos - de Educação Permanente (NEP) e de Humanização (NH). Estes CDQ's passam a ter papel preponderante na definição e articulação dos projetos loco-regionais por serem organismos, exclusivamente, dedicados ao planejamento das ações de EP.

Nesse estreitamento entre a EP e a regionalização, alguns pontos devem ser destacados como positivos para a qualificação do SUS, no Estado de SP: as especificidades regionais são observadas com maior relevância, o diálogo entre oferta e necessidade de capacitação torna-se mais sinérgico e a descentralização dos recursos financeiros passa a ser uma opção para agilizar os trâmites burocráticos.

Em São Paulo, o projeto de implantação da nova proposta foi tomando forma a partir de oficinas regionais e seminários coordenados pela SES/SP e COSEMS/SP, movimento este que procurou articular-se com o processo de regionalização, no Estado. O produto destes encontros resultou na elaboração da proposta de EP que integra o Plano Estadual de Saúde 2008/2011. Os eixos norteadores da proposta subdividem-se em: capacitação e qualificação dos trabalhadores da Atenção Básica (60% do recurso), qualificação da Gestão (30% do recurso) e apoio à organização da EP (10% do recurso).

As regras de financiamento também sofreram mudanças, sendo um dos condicionantes para a liberação do financiamento do MS a apresentação do Plano Estadual de EP e dos respectivos PAREPS, porém, ainda, numa dimensão bastante genérica. Com a aprovação do plano, o recurso para a EP foi liberado e distribuído dentre as oito CIES, que mantiveram a mesma conformação dos antigos PES. Os critérios de distribuição seguiram fatores como IDH, número de profissionais atuando na AB e população. A forma de repasse do Ministério passou a ser fundo a fundo, conforme solicitação dos gestores, podendo ser para fundo estadual ou municipal.

No caso de São Paulo, o repasse do MS, feito quase exclusivamente para a SES/SP, foi justificado pela capacidade da gestão estadual no estabelecimento de parcerias com os agentes executores.

Entretanto, os problemas na operacionalização e prestação de contas dos convênios ocorrem, também, em âmbito estadual. A política interna da SES/SP restringe o estabelecimento de convênios como uma medida de cautela, dada a dificuldade de acompanhamento da execução de todos os projetos e, conseqüentemente, da prestação de contas. Por este motivo, a SES/SP desenvolveu um mecanismo de repasse financeiro para os municípios, descentralizando o recurso para o ente federativo que, em princípio, teria maior capacidade de alocar, acompanhar e avaliar os projetos de EP acordados nas instâncias regionais.

Os municípios, por sua vez, também apresentam dificuldades para mobilizar os recursos e formalizar convênios por falta de instrumentos legais que amparem os gestores junto às instâncias auditoras, principalmente quando as ações extrapolam o raio de abrangência municipal, ou seja, são de caráter regional. Logo, a forma que os municípios encontram é a contratação de projetos por meio de prestação de serviços ou pessoa jurídica, personificando e pulverizando ainda mais o processo.

No que se refere ao volume de recursos, observou-se uma nova composição da distribuição de recursos no orçamento da SGTES que passou a investir também em outras ações – PRO-SAUDE, PETAUDE, PROFAPS, Residência Multiprofissional, PRO-RESIDÊNCIA, UNA-SUS, TELESSAÚDE, dentre outras. Essa redistribuição permitiu uma relação mais estreita entre o Ministério da Saúde e as Instituições Formadoras, mantendo os gestores estaduais e o conjunto dos gestores municipais relativamente afastados deste processo. Mesmo que tais processos se realizem na esfera municipal, em geral ocorrem nas áreas delimitadas de grandes municípios, onde as instituições formadoras se dispõem a atuar, e freqüentemente acontecem em paralelo à Educação Permanente.

Em 2009 a SES/SP e o COSEMS/SP realizaram uma oficina de trabalho para discutir o andamento da implantação da EP no Estado e, após consenso, uma nova organização das CIES foi aprovada. No novo desenho as oito CIES agrupam-se em cinco, correspondendo, assim, à divisão das macrorregiões de saúde.

Com esta reorganização territorial, a relação passa a ser de 64 CGR's e seus respectivos PAREPS, contando com o apoio de 5 CIES. Salvo algumas exceções, foi observado que as instituições universitárias não conseguiram acompanhar as discussões em todos os CGR's e, nestes casos, os CDQ's começaram a ocupar o papel de sustentação técnica. Uma leitura sobre o distanciamento das universidades pode ter sido a nova forma de financiamento da EP, que deixa de ser direta para as universidades e vai para os fundos de saúde, em função da deliberação dos CGR's, e não mais dos Pólos/ CIES.

Outro fator que pode explicar o distanciamento com as universidades foi o regramento que determina que 1/3 do recurso seja destinado para o desenvolvimento de pessoal de nível superior e 2/3 sejam destinados para nível médio, ampliando a entrada de novos agentes formadores e afastando ainda mais as instituições universitárias desse processo.

Para fortalecer a construção dos PAREPS, nas regiões, a SES/SP e o COSEMS pactuaram o Curso de Facilitadores de Educação Permanente para o SUS/SP, que contou com a participação dos CDQ's e pessoas indicadas de cada CGR do estado. Esta estratégia resultou numa reflexão sobre o papel de cada ator envolvido, bem como ajudou na discussão e articulação para a elaboração dos projetos.

Após três anos da promulgação da Portaria nº 1.996, a SES/SP e o COSEMS realizaram uma avaliação da implantação da mesma, no Estado de São Paulo, considerando o triênio 2008/2009/2010 (SES/SP; COSEMS, 2010).

Foi observado que nem todas as regiões seguiram o mesmo ritmo de implantação. Enquanto algumas conseguiram estabelecer parcerias com as universidades, para apoiarem o desenho dos projetos, outras não conseguiram avançar nas articulações, necessitando assim de acompanhamento mais próximo da SES/SP e COSEMS.

Para se ter maior compreensão do número de ações e vagas de EP, bem de sua evolução, seguem alguns dados trabalhados a partir das informações contidas no relatório de avaliação da PEP no Estado de São Paulo, realizado pela SES/SP e COSEMS.

No período entre 2008 e 31 de agosto de 2010 foram realizadas 533 ações de EP no Estado, resultando na qualificação de 44.911 profissionais de saúde do SUS. A maioria das ações foi destinada para “equipes de saúde” e para públicos com formação superior, seguida das ações voltadas ao nível técnico (Tabela 1). Observa-se que neste intervalo de tempo, em termos percentuais, houve crescimento da proporção de ações voltadas ao pessoal de nível superior (51%) e queda para o contingente de nível médio e equipe de saúde, representando 14% e 35%, respectivamente.

Tabela 1 - Total de ações de EP realizadas no Estado de SP – 2008/2009/2010 (até 31/08), segundo nível de escolaridade dos profissionais

Escolaridade	Ações					
	2008	%	2009	%	2010	%
Nível superior	104	38,7%	53	46,5%	76	50,7%
Nível médio	61	22,7%	18	15,8%	21	14,0%
Equipes	104	38,7%	43	37,7%	53	35,3%
Total	269	100,0%	114	100,0%	150	100,0%

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo

Em relação às vagas, em 2010, ocorreu uma inversão no percentual de distribuição que favoreceu amplamente o público com nível superior. O percentual de vagas ofertadas para atividades de “equipes” ocupa a segunda posição, seguido do baixo percentual de vagas orientadas para ações que envolvem trabalhadores com nível médio de escolaridade (Tabela 2).

Tabela 2 - Total de ações de EP realizadas no Estado de SP – 2008/2009/2010 (até 31/08), segundo nível de escolaridade dos profissionais

Escolaridade	Vagas					
	2008	%	2009	%	2010	%
Nível superior	7709	36,0%	2674	32,9%	7439	48,4%
Nível médio	5022	23,5%	864	10,6%	1764	11,5%
Equipes	8668	40,5%	4591	56,5%	6180	40,2%
Total	21399	100,0%	8129	100,0%	15383	100,0%

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo

A distribuição por eixos temáticos demonstra que, tanto no período quanto ano a ano, a maioria das ações e vagas foi direcionada para área assistencial, e, na seqüência, aparecem as áreas de gestão, fortalecimento da implementação da EP e controle social (Tabela 3).

Tabela 3 - Total de vagas e ações de EP realizadas no Estado de SP no período entre 2008 e 2010 (até 31/08), segundo eixos temáticos

Eixos	Total de ações	%	Total de vagas	%
Ações voltadas à Gestão	183	34,0%	11017	24,5%
Ações voltadas à Atenção/Assistência	242	45,0%	24812	55,2%
Ações voltadas à implementação da PEP	66	12,3%	5777	12,9%
Ações voltadas à formação/controle social	42	7,8%	3305	7,4%
Total	538	100,0%	44911	100,0%

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo

Na distribuição ano a ano, observa-se que o percentual de ações segue certo padrão, mantendo o comportamento do período. Em relação ao percentual de vagas, no ano de 2008 há uma participação maior do eixo voltado para implementação da EP, quando comparado com os outros anos, em função das atividades desenvolvidas para capacitação em metodologias ativas e alinhamento das novas diretrizes da PNEP. Com exceção desta questão e do incremento no percentual de vagas, no eixo assistencial, em 2009, o padrão de distribuição das vagas se assemelhou ao do período.

Tabela 4 – Total de vagas e ações de EP realizadas no Estado de SP no ano de 2008

Eixos	2008			
	ações	% do total de ações	vagas	% do total de vagas
Ações voltadas a Gestão	98	36,4%	4743	22,2%
Ações voltadas à Atenção/Assistência	118	43,9%	11483	53,7%
Ações voltadas à implementação da Política de EP	40	14,9%	3956	18,5%
Ações voltadas à formação - controle social	13	4,8%	1217	5,7%
Total	269	100,0%	21399	100,0%

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo

Tabela 5 - Total de vagas e ações de EP realizadas no Estado de SP no ano de 2009

Eixos	2009			
	ações	% do total de ações	vagas	% do total de vagas
Ações voltadas a Gestão	40	33,6%	1801	22,2%
Ações voltadas à Atenção/Assistência	51	42,9%	5259	64,7%
Ações voltadas à implementação da Política de EP	09	7,6%	335	4,1%
Ações voltadas à formação - controle social	14	11,8%	734	9,0%
Total	119	100,0%	8129	100,0%

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo

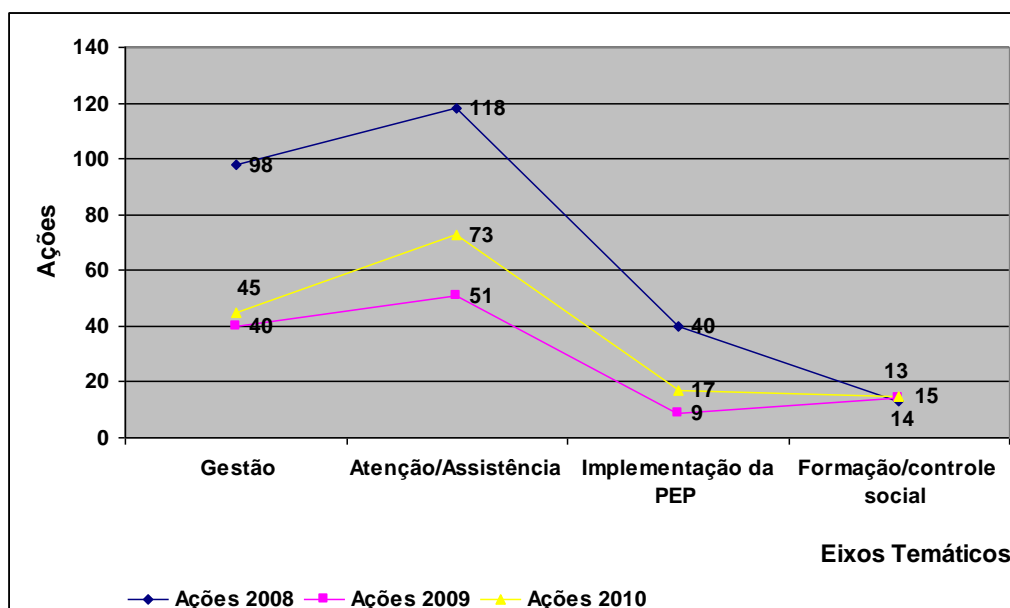
Tabela 6 - Total de vagas e ações de EP realizadas no Estado de SP no ano de 2010 (até 31 de agosto)

Eixos	2010 (até 31 de agosto)
--------------	---------------------------------

	ações	% do total de ações	vagas	% do total de vagas
Ações voltadas a Gestão	45	30,0%	4473	29,1%
Ações voltadas à Atenção/Assistência	73	48,7%	8070	52,5%
Ações voltadas à implementação da Política de EP	17	11,3%	1486	9,7%
Ações voltadas à formação - controle social	15	10,0%	1354	8,8%
Total	150	100,0%	15383	100,0%

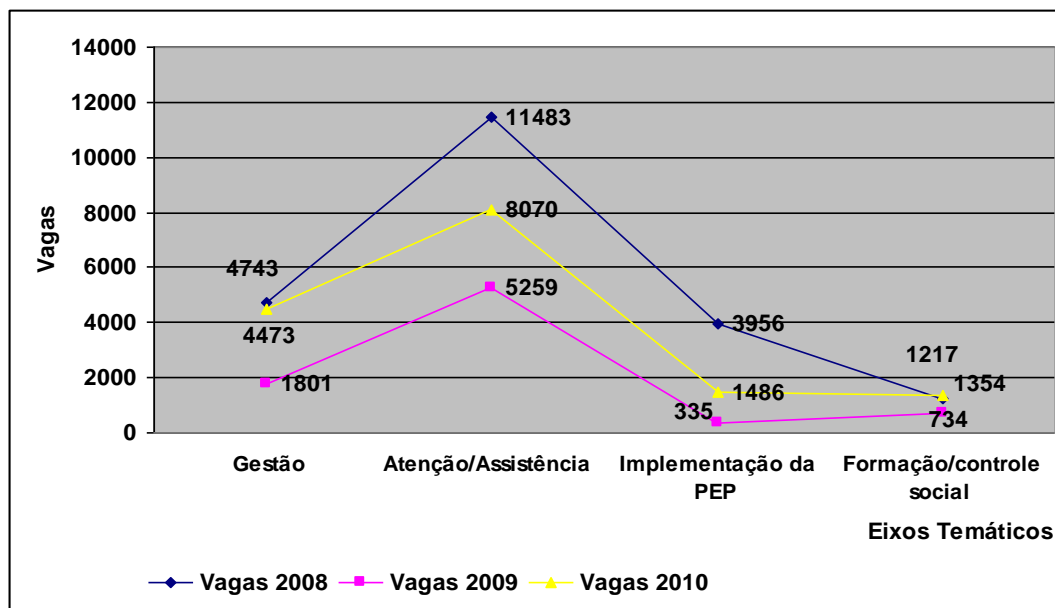
Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo

Gráfico 1 – Evolução do quantitativo de ações de EP realizadas no Estado de SP – 2008/2009/2010 (até 31/08), segundo eixos de temáticos.



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo

Gráfico 2 - Evolução do quantitativo de vagas de EP realizadas no Estado de SP – 2008/2009/2010 (até 31/08), segundo eixos de temáticos.



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo

Dentre os eixos temáticos, as áreas com maior concentração de ações foram: atenção básica, saúde mental, organização dos serviços, gestão municipal, regulação, fundo municipal, sistemas de informação, ações de fortalecimento da EP, formação de conselheiros, participação social, formação de ACS/auxiliar de saúde bucal e técnico em saúde bucal (Gráficos 1 e 2).

Segundo o relatório da SES/SP e COSEMS (2010), este volume superior de ações em 2008 pode ser explicado pela demanda reprimida, em função do atraso na liberação do recurso, e do tempo decorrido entre a elaboração da nova proposta de Educação Permanente do Ministério da Saúde e sua implantação na rede, além do co-financiamento da SES/SP por recurso hora-aula.

Outros pontos apontados, no relatório, sinalizam para as dificuldades enfrentadas no ano de 2009 em decorrência de fatores como: restrição na gestão municipal para o estabelecimento de convênios e repasse via fundo municipal, dificuldade de justificar perante os órgãos auditores qualquer item que se caracterizasse como taxa de administração institucional, transição de gestão municipal, limitações impostas pelo pouco conhecimento sobre como operacionalizar a nova proposta de EP, vínculos e parcerias locais ainda pouco consolidados, dentre outros.

Há de se considerar toda a mediação que a SES/SP fez junto às instâncias responsáveis, pelas prestações de contas, na tentativa de apoiar os municípios, na execução dos recursos, realizando oficinas pelas regiões para socializar as possibilidades discutidas.

Em 2010, o principal avanço foi o processo de construção de novas propostas. É possível dizer que este processo de elaboração dos PAREPS constituiu-se num importante elemento agregador das diferentes instâncias interlocutoras na EP de cada região, contribuindo para um diálogo local mais coeso. A discussão que envolve a elaboração dos planos estimulou a reflexão sobre os nós críticos e pontos positivos, numa perspectiva participativa, aproximando mais as pessoas e encurtando as “distâncias”.

Segundo dados da SES/SP e COSEMS (2010), cerca de 90% dos financiamentos da EP ocorreram via fundo municipal, muito embora tenha havido dificuldade na execução financeira, por conta dos limitantes, para o estabelecimento de convênios.

Numa reflexão sobre os principais entraves, avanços e perspectivas da PNEP em São Paulo, após esses três anos da promulgação da Portaria 1.996, pode se dizer que muito se avançou no estado de São Paulo, principalmente quando comparado a outros estados brasileiros. Porém, face às disparidades regionais no estado, estes avanços não ocorreram homoganeamente e o que se identifica como positivo, em determinados locais, pode ser sentido como retrocesso em outros.

A distribuição de instituições de ensino pelo Estado é desigual, tanto em termos quantitativos como qualitativos. Em pólos onde há maior concentração de universidades ou instituições formadoras com tradição, a presença dos articuladores de EP foi percebida como um diferencial importante para o fortalecimento da EP na região, enquanto nos locais onde esta oferta é escassa, ou não houve muito sucesso na adequação do perfil destes articuladores, ou sequer houve demanda para a função. Nem todas as regiões contam com a presença de grandes instituições de ensino, reduzindo assim as possibilidades dos gestores, que se vêem a mercê de parcerias com agentes que não atendem aos requisitos mínimos de qualidade para a execução dos projetos.

Uma saída encontrada por vezes para ampliar a participação de agentes regionais no processo é a contratação de docentes como pessoa física para a execução das atividades pactuadas. Se, por um lado, isso dá maior flexibilidade aos municípios para gastarem o recurso e realizarem as ações, por outro, não garante a infra-estrutura necessária para a adequada execução de alguns projetos. Mesmo a contratação “pessoa física” (via recurso hora-aula), sendo a única solução para determinadas situações, são necessários trâmites legais e administrativos que também tornam o processo moroso.

Para os projetos executados por convênios, um elemento restritivo é o condicionante disposto na Portaria 1.996 que impede o pagamento do item “taxa administrativa” nos projetos financiados com recurso da EP. Este impeditivo dificultou a contratação, em especial das universidades que habitualmente praticam este tipo de cobrança.

A criação dos CDQ’s, na estrutura estadual, foi um salto importante para a consolidação da EP no estado, porém, o número de pessoas alocadas nestas estruturas ainda é incipiente para o perfil de atuação esperado desses centros.

A mudança dos gestores municipais e estadual a cada quatro anos impacta em modificações, tanto nas diretrizes políticas quanto no quadro de pessoal, o que impede, por vezes, a concretização de ações pensadas a longo prazo e a manutenção de profissionais com o acúmulo técnico e metodológico necessário. Há que se considerar, ainda, a alta rotatividade e a escassez de trabalhadores, em determinados pontos de atenção à saúde, o que prejudica a formação de um contingente mais estável de profissionais preparados para o trabalho a partir da lógica de rede e de equipe.

O próprio entendimento da EP como metodologia ativa que promove a integração entre aprendizagem e os processos de trabalho é restrito, e a inclusão e sensibilização devem ser vistas como estratégias para atenuar as resistências institucionais e alicerçar a cultura da mudança.

Mesmo com tantas dificuldades operacionais, muito foi desenvolvido desde a época dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família. Há registros de experiências diversas que podem traduzir um pouco da criatividade e do envolvimento das pessoas

que se dedicam à promoção de um sistema de saúde público de qualidade, construindo caminhos e colocando em prática as políticas de saúde.

Quando se consegue registrar de forma sistemática as informações sobre a oferta de vagas e cruzá-la com a demanda, observando as áreas temáticas, pode-se trabalhar melhor as lacunas de desenvolvimento das regiões de forma mais planejada. A Educação Permanente se constitui como uma oportunidade importante para gestores e trabalhadores do SUS, e quando aproveitada, pode reverter fraquezas institucionais, em fortalezas, para o sistema regional.

Experiências como criação de bancos de talentos a partir do registro da participação das pessoas em ações de EP, considerando a área cursada, o objeto de atuação e a vinculação institucional, é uma forma de utilizar-se a EP como ferramenta de gestão. Identificar as pessoas que já passaram por processos educacionais em determinadas áreas pode ser um critério que oriente o gestor na tomada de decisão sobre a alocação das pessoas na estrutura, sobre políticas de reconhecimento e promoção, e sobre a continuidade no plano de desenvolvimento profissional.

As iniciativas que focam a inclusão de profissionais, usuários e estudantes na discussão e construção dos projetos de EP também foram identificadas, tomando forma como cursos de instrumentalização para conselheiros de saúde, planejamento estratégico de serviços, e rodas de conversa com trabalhadores para rediscussão de processos de trabalho.

Outra experiência a ser destacada é a criação de Núcleos de Educação Permanente municipais, legitimados por dispositivos oficiais, como estratégia de valorização e fortalecimento da área de educação em saúde, nas estruturas formais.

Em 2011, a SES/SP e o COSEMS trabalharam na atualização do documento norteador da Política de Educação Permanente no Estado de SP, com os objetivos de re-assinalar as diretrizes da PEP, a partir da Portaria 1.996, e organizar o processo de implementação da mesma (SES/SP; COSEMS, 2011).

Ao analisar, cronologicamente, o processo de construção do SUS e considerar o momento histórico em que a PNEP surge no cenário, há que se reconhecer os avanços obtidos, num espaço de tempo relativamente curto, se comparados aos demais eixos de gestão da operacionalização do sistema.

Em síntese, pode-se dizer que os desafios que se colocam residem num maior entendimento, por parte dos gestores, sobre a importância da PEP para o desenvolvimento sustentável do SUS. A discussão sobre o aumento de financiamento, para a saúde, é fundamental, porém não deve ocorrer isolada. Demanda a proposição de um plano de ação que sustente a operação deste sistema à luz de seus princípios doutrinários.

Para tanto, refletir sobre a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS é questão central. O contingente de profissionais do SUS, envolvidos nos processos de cuidado é expressivo e dinâmico, e esta alta rotatividade do quadro de pessoal, em determinadas categorias profissionais e regiões do país, torna-se um fator crítico para a qualificação dos processos de trabalho.

Para a consolidação da EP, o diálogo deve ser favorecido em prol da construção de consensos sobre as responsabilidades e competências nas três esferas de governo, além de incluir outros atores, para o fortalecimento dos espaços coletivos.

A atual estratégia da SGTES inclui a verticalização de projetos e programas que concorrem com o financiamento da EP, e são pactuados por vezes em paralelo aos coletivos criados com a finalidade de discutir a educação em saúde, no sistema. Tais projetos passam a ser encomendados e monitorados, diretamente, pelo Ministério da Saúde, com pouca participação das esperas estaduais e municipais.

As ações de capacitação e formação voltadas às áreas de atenção, priorizadas pelo Ministério da Saúde, tais como: estruturação das Redes de Atenção à Saúde, Rede Cegonha - Materno Infantil, Urgência e Emergência, Estratégia de Saúde da Família e Rede de Saúde Mental, dentre outras; devem contemplar as especificidades regionais, e para tanto, devem permear os espaços da EP.

Já em âmbito estadual e municipal, os obstáculos a serem superados caminham, também, na dimensão operacional, como já assinalado no texto.

É fato que São Paulo foi um dos estados que mais progrediram nesta trajetória da implementação da EP, porém, com a pluralidade de instituições que podem ser parceiras, nesta construção, deve-se fazer um esforço extra para evitar a estagnação e burocratização nos fóruns coletivos.

Como mencionado anteriormente, o esvaziamento das CIES e sua baixa capacidade de intervenção, associada à atuação quase superposta dos CDQ's, demandam por um novo momento de reflexão sobre o papel das CIES e sua organização territorial, buscando compreender e encurtar o espaço entre sua atual dinâmica e a atuação desejada.

Neste momento histórico de constituição das Redes de Atenção à Saúde, está colocado o desafio da transição para um modelo de atenção centrado na Atenção Primária de Saúde. Para que esta transição se efetive, será necessário muito mais do que um incremento no financiamento para estados e municípios. As mudanças deverão ocorrer no *locus* onde o cuidado se dá, e para tanto, a Educação Permanente se constitui num espaço potente de discussão e reflexão das práticas cotidianas e fortalecimento da regionalização do sistema.

Independentemente de se pensar em aumentar ou não o número de CIES no estado, é de vital importância a revisão de seu papel como suporte técnico aos CGR's, envolvendo, ainda mais, neste processo, as universidades que, por sua vez, devem aprender que para se transformar a realidade é necessário imergir onde de fato as coisas acontecem, neste caso os hospitais, as unidades de saúde, as equipes de saúde da família, os CGR's, dentre outras tantos coletivos que o SUS contempla.

3. A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E A ATENÇÃO BÁSICA

A humanização nas práticas de saúde aparece timidamente num contexto em que o Sistema Único de Saúde (SUS) procurava estruturar-se por meio de normas operacionais no intuito de implementar estratégias e ações nos três níveis de governo.

De forma muito pragmática, tais instrumentos normativos tradicionalmente assumem uma função mais prescritiva, manifestando as linhas condutoras para implantação de ações que quase sempre acontecerão lá no nível local.

No caso da humanização, as discussões no campo da saúde transitam por diferentes correntes ideológicas e conceituais que ainda influenciam na forma como o tema é abordado em nossas políticas e práticas de saúde. O que se percebe é que, se por um lado há um acúmulo de normas e instrumentos reguladores sendo "depositados"

na rede, a humanização se apresenta como um desafio, como um referencial a ser construído à várias mãos, em constante revisão.

Sabemos que há um ponto central a ser considerado – no campo do cuidado, a saúde é produzida por meio da interação entre pessoas, que possuem valores, interesses, conhecimento e sentimentos que são mobilizados durante o ato terapêutico. Como coloca Cecílio (2007), nesta seara há relações de poder que devem ser consideradas, cuja natureza pode ser tanto racional quanto subjetiva. Estabelecer uma verdade absoluta sobre o ato de humanizar e formatá-la para consumo padronizado seria algo claramente inatingível e indesejável.

Desde sua criação, SUS se estrutura nos princípios de universalidade, equidade e integralidade; além de regionalização, hierarquização, descentralização, e participação popular como pilares organizativos do sistema.

A partir desta base estrutural, alguns autores vêm construindo um referencial para de humanização articulado ao conceito de integralidade. À luz dos três núcleos de sentido propostos por Mattos (2004) para pensar a integralidade - políticas de saúde, organização dos serviços de saúde e as práticas de saúde em si – considerando a dimensão profissional; pode-se tentar acompanhar o processo de construção e implantação da humanização na rede SUS.

Enquanto política de saúde, a humanização só aparece como tal em 2003, com a Política Nacional de Humanização (PNH).

Cabe salientar que, entre os quinze anos de intervalo da promulgação do SUS e a criação da PNH, algumas iniciativas foram tomando corpo e tiveram grande importância para a consolidação da humanização como política do SUS.

Muito antes de o termo humanização entrar em voga, sob a égide da integralidade, algumas áreas, em especial a saúde da mulher, conseguiram articular projetos cujas propostas visavam a melhoria do acesso e da assistência no SUS.

Um exemplo a ser citado foi o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1983, que foi concebido na perspectiva da atenção integral à saúde, e cuja ruptura com o modelo assistencial focado na saúde reprodutiva possibilitou a ampliação do acesso para as mulheres em

seus diferentes estágios de vida (OSIS, 1998). Fruto de um movimento social, o PAIMS apontou diretrizes que suscitaram a revisão dos cursos de capacitação direcionados aos profissionais que atuavam na área (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984), convidando-os a analisar a realidade onde cada mulher estava inserida, observando aspectos sociais, emocionais e psicológicos (OSIS, 1998).

De forma mais institucionalizada, a humanização surge com a publicação da Portaria Ministerial nº 569, de 01 de junho de 2000, que institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2000). Ainda em neste ano, com a XI Conferência Nacional de Saúde, cujo tema foi “Acesso, qualidade e humanização da atenção à saúde com controle social”, é criado o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH). Ainda que ambos os programas tenham sido lançados no mesmo ano, cada um ficou sob a coordenação de secretarias diferentes dentro do Ministério da Saúde.

No caso do PHPN, a portaria já previa como responsabilidade da esfera municipal a participação na construção do PHPN em âmbito estadual, além da necessidade de assinatura de Termo de Adesão por parte dos municípios interessados em participar (BRASIL, 2000). Tal vinculação revestiu-se como um disparador para o debate no sistema, que passou a abrir espaços para discussões entre diferentes atores sobre como o cuidado era realizado junto às mulheres que procuravam os serviços de saúde.

Para estados e municípios aderirem ao programa, o PHPN propunha três eixos condicionantes, cuja interface que mais se aproximou da Atenção Básica partiu do incentivo ao pré-natal; enquanto os outros dois eixos - *Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal*, e *Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto* estavam mais direcionados à atenção hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O outro programa do Ministério da Saúde lançado em 2000, o PNHAH, também teve o objetivo de melhoraria da assistência, porém com o enfoque na qualificação dos hospitais públicos, considerando as relações entre profissionais de saúde e usuários, bem como hospitais e comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Observa-se que desde a criação do SUS até este momento histórico, muitas iniciativas adentraram no sistema como programas, que se caracterizam por ter o tempo e a abrangência determinados por força da lei. Dentro deste contexto, nasciam também o Programa de Saúde da Família (PSF), que alçou o *status* de Estratégia de Saúde da Família (ESF) mais adiante; e a humanização, que em 2003 transformou-se em da Política Nacional de Humanização.

De acordo com Deslandes (2004), há dois pontos de observação importantes a ser considerados sobre humanização, que dizem respeito à díade “*tecnologia e fator humano*” e à “*mudança cultural*”.

No caso do primeiro ponto, como já observado por Merhy (2002), existe uma dimensão no cuidado denominada como *tecnologia leve*, que reside no campo das relações estabelecidas durante os encontros entre os atores envolvidos nos na produção de saúde. Na construção das nossas políticas, muito foi normatizado e regulado no que se refere à incorporação das tecnologias nominadas por Merhy como *duras* e *leve-duras*, que poderiam ser exemplificadas com maquinário/equipamentos e normas técnicas (tecnologia dura) e com o conhecimento científico (tecnologia leve-dura).

A sinergia resultante da interação destas tecnologias de naturezas distintas deveria fortalecer a construção de um cuidado humanizado, sem desconsiderar a importância dos recursos biomédicos tecnológicos.

Em relação à *mudança cultural*, vale reafirmar que a humanização iniciou sua história dentro do SUS no cenário hospitalar, que ainda organiza-se segundo uma lógica *médico-referenciada* (DESLANDES, 2004). A transformação desejada na forma de produzir o cuidado passa pela alteração do padrão – da formação, da organização dos processos de trabalho e das relações entre os sujeitos envolvidos.

O bônus desta origem hospitalar está na aposta de melhoria no acesso aos serviços, qualificação da assistência numa perspectiva integral, e incorporação de mecanismos de gestão que diminuam as distâncias lapidadas pelas relações assimétricas de poder, por meio do estímulo ao trabalho em equipe.

Por outro lado, o ônus passa exatamente pela cultura organizacional hospitalar ainda caracterizar-se *médico-referenciada*, com disputas de poder historicamente

estabelecidas, indo na contramão, por exemplo, do discurso instituído pelo modelo de atenção adotado como reorganizador do sistema, a partir da Estratégia Saúde da Família.

Considerando estas questões, a transposição linear da humanização para os diferentes pontos de atenção do sistema culminaria em insucessos desmotivadores.

Em discursos oficiais do Ministério da Saúde, a PNH como política transversal implica em (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004):

- *Traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde;*
- *Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos;*
- *Oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente; e*
- *Contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários.*

Fica entendido também que a humanização é *“a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão”* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Em anos recentes, a PNH avançou na proposição de princípios, métodos e diretrizes, que foram tomando forma a partir da escuta nos espaços de cuidado e nos espaços de gestão (PASHE, 2009).

No Estado de São Paulo, a implantação da Política Estadual de Humanização começou seu percurso de maneira mais institucionalizada a partir de 2003. Embora existissem ações em andamento espalhadas pelo estado, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), por meio da Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH) criou um comitê de humanização, com representação de diferentes estruturas da pasta, com o intuito de levantar o conjunto de ações desenvolvidas no campo da humanização, bem como estimular a criação de comissões de humanização dentro dos serviços hospitalares sob gestão estadual (ABREU *et al*, 2011).

A partir daí, foram planejadas quatro fases interdependentes dentro de um projeto de fortalecimento da humanização em âmbito estadual.

Na primeira fase houve sensibilização de gestores e trabalhadores, que consistiu na organização de seminários, encontros temáticos, palestras em diferentes serviços e mostra de experiências exitosas. Segundo Abreu *et al* (2011), os encontros temáticos trouxeram à discussão diretrizes e dispositivos como: Acolhimento com Classificação de Risco, Visita Aberta, Clínica Ampliada e Programa de Formação em Saúde e Trabalho; que desdobraram-se em oficinas de trabalho.

Este momento de sensibilização foi fundamental para avaliar a proximidade dos serviços e profissionais com o tema.

Na segunda fase, a intenção foi aproximar gestores e trabalhadores das diretrizes e dispositivos da PNH.

No caso das oficinas, prevaleceu o estímulo para a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), e neste processo, a SES/SP contabilizou vinte hospitais participantes. Nas ações direcionadas à Visita Aberta e Direito à Acompanhante, a adesão foi dos sessenta hospitais da SES/SP. Neste momento, a escolha da metodologia também se mostrou oportuna – tiveram a presença de facilitadores de ensino/aprendizagem, momentos de concentração e dispersão, além de propostas de intervenção.

Na terceira fase o foco principal foi a consolidação da Política Estadual de Humanização, incorporando no processo a figura do apoiador em humanização. Os apoiadores, que foram formados em parceria da Secretaria de Estado da Saúde, Ministério da Saúde e Faculdade de Medicina da USP a partir de 2008, se inseririam nas organizações no sentido de apoiar a promoção da mudança, ajudando a repensar os processos de trabalho e de gestão, considerando as singularidades institucionais.

A última fase ocorreu recentemente, e diz respeito à constituição do Coletivo Ampliado de Humanização do Estado de São Paulo, com a intenção de permear a Política Estadual de Humanização dentre os Departamentos Regionais de Saúde (DRS), municípios e conseqüentemente, os serviços.

Além de tais iniciativas, a criação dos Núcleos de Humanização dos DRS's, na condição de Diretoria Técnica de Divisão de Saúde, foi uma forma de reconhecimento institucional quanto à importância da humanização como política. Entretanto, o que se pode observar é um lento caminhar no sentido de ocupar adequadamente esta estrutura, assumindo um corpo funcional preparado para abarcar a responsabilidade de articular ações de humanização e pactuações em âmbito regional.

No que se refere aos serviços e profissionais de saúde, faz-se necessário considerar que a humanização emerge num contexto efervescente de culto à padronização para a acreditação, e que algumas das iniciativas e ações humanizadoras podem ter partido desta lógica de pontuação para certificação institucional. Chamam atenção para este aspecto Puccini e Cecílio (2004), ao colocarem que a humanização não deve ser confundida com *“compromisso mercadológico, que geralmente caracteriza um programa de qualidade institucional”*, mas deve ser olhada na perspectiva da qualificação da assistência.

Nos serviços hospitalares observa-se que houve uma evolução temporal do perfil das ações de humanização. De propostas que incluíam desde alterações isoladas de ordem estrutural ou estética, passando por atividades de convívio social para segmentos de usuários; começam a surgir ações mais consistentes como o acolhimento, a visita aberta e o direito à acompanhante. Vale ressaltar que tais iniciativas pontuais possuem dimensões e pesos distintos, porém quando trabalhadas de maneira articulada, podem de fato ressignificar as práticas em saúde.

Com o advento da PNH, observa-se que a humanização vai ganhando capilaridade nos demais pontos de atenção da rede, e começam a despontar ações voltadas para a Atenção Básica. Vários documentos técnicos norteadores são veiculados pelo Ministério da Saúde, estados e municípios, no intuito de estimular toda a rede do SUS a envolver gestores, usuários e trabalhadores na construção de novas formas de produzir saúde.

O acolhimento enquanto diretriz da PNH ocupa um espaço importante, na medida em que propicia e reorienta a organização dos processos de trabalho dentro dos serviços, permitindo aos usuários maior protagonismo no processo, conferindo autonomia às equipes de saúde e induzindo à assimilação de práticas gerenciais mais democráticas.

Neste tripé que sustenta a humanização, os profissionais da saúde são figuras centrais – o grande encontro na produção do cuidado se dá na inteiração entre usuário e trabalhador. Segundo Cecílio (2009), a *micropolítica* nas organizações de saúde caracteriza-se justamente nas relações entre os sujeitos envolvidos no cuidado, e, portanto, há de se resguardar a singularidade de cada encontro, que não é previsível, não é estanque.

Nesta perspectiva, o profissional de saúde rompe com a lógica biomédica de “atendimento para cura” e transporta-se para uma relação onde há vínculo, onde existe a capacidade de olhar o outro e captar suas necessidades, para que se possa mobilizar saberes de acordo com o que se apresenta ali, em ato.

Esta passagem não acontece linearmente, e há de se pesar algumas variáveis como a formação dos profissionais de saúde, a valorização dos trabalhadores no SUS e os modelos de gestão vigentes. No sistema educacional, desde 2001, com o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (PROMED), e mais recentemente com o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), o MS em conjunto com o Ministério da Educação vem buscando trabalhar as lacunas nas grades curriculares, no sentido de preparar os futuros profissionais para atuarem no SUS. Estas mudanças englobam revisões quanto às metodologias de ensino-aprendizagem, capacitação pedagógica dos docentes e abordagem técnico-científica adotada tradicionalmente pelas escolas (RIOS, 2007).

Por fim, outro ponto crucial são as condições de trabalho em que os profissionais atuam. Ter a disposição o instrumental adequado, carga de trabalho justa e remuneração digna são pressupostos para uma assistência de qualidade (OLIVEIRA *et al*, 2006). Apesar de ser uma frase comum, “cuidar de quem cuida” é condição *sine qua non* para que se consiga, de fato, promover este salto na qualidade da produção do cuidado. Para além de condições mínimas estruturais, o trabalhador precisa sentir-se pertencente à instituição, participando das decisões que interferirão nos processos de trabalho, e qualificando-se para o uso de tecnologias relacionais capazes de ampliar o seu ferramental de trabalho para além dos recursos de tecnologias duras e leve-duras (MERHY, 2002).

Desafios e Expectativas

A humanização ainda tem um longo caminho a percorrer, no sentido de equalizar as tensões provenientes de diferentes segmentos que são determinantes para a promoção da saúde concebida à luz da integralidade em todas as suas vertentes. Estas forças que incidem nos espaços onde o cuidado ocorre possuem interesses e conflitos particulares, e dependerá de muito diálogo e persistência para que a humanização continue contagiando todos os sujeitos que atuam neste processo. Do sistema formativo descompassado à produção e incorporação de tecnologias duras de maneira predatória, dos embates corporativos emanados dos órgãos que representam as categorias profissionais, às políticas de gestão do trabalho que pouco valorizam os trabalhadores do SUS – há de se considerar todos estes atenuantes, e mesmo assim, seguir na construção de um SUS que faça sentido aos seus princípios doutrinários.

4. DESENVOLVIMENTO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS

No que se refere ao desenvolvimento da política de educação permanente na Região Metropolitana de Campinas, analisamos o território a partir dos dados e dos instrumentos disponíveis no âmbito do DRS VII, instância regional que abrange 17 dos 19 municípios desta Região, incluindo o município de Campinas. Particularmente foram feitas a análise dos processos e dos instrumentos de gestão de educação permanente da Região de Saúde de Campinas e Oeste VII.

O DRS VII Campinas, enquanto instância regional de gestão da Secretaria Estadual de Saúde, esteve presente em todos os movimentos para a qualificação dos profissionais e dos serviços da região. Também participou da criação do Pólo de Educação Permanente do Leste Paulista, integrando sua secretaria executiva e acompanhando a execução de todos os projetos realizados na região. Ainda, nesse período, representantes do órgão regional participaram do movimento para formação de facilitadores de EP, promovido pelo MS/ENSP/Fiocruz, que contou com a presença de vários profissionais dos municípios da região.

Com a publicação da Portaria MS/GM nº 1996, de 20/08/2007, a implementação da Política de Educação Permanente passou a ser de responsabilidade das Secretarias

de Estado da Saúde (SES) e possui, nos Colegiados de Gestão Regional (CGR) e Comissões de Integração Ensino/Serviço (CIES), suas estruturas gestoras.

Em São Paulo, a implementação da EP envolve a atuação de uma estrutura estadual de nível regional, cujo papel é considerado fundamental para a efetivação da política no Estado: os Centros de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQ), criados a partir do Decreto Estadual nº 51.443, de 28/12/2006, indicando a valorização da educação permanente, na esfera estadual.

Na região de abrangência do DRS VII Campinas, a partir de então, essa área vem acompanhando o desenvolvimento dos projetos de qualificação e tem participado dos diversos espaços de fortalecimento e de pactuação da política de Educação Permanente.

Após a implantação do Pacto pela Saúde, com a valorização da gestão do trabalho e da educação na saúde, foi iniciado um processo de sensibilização junto aos gestores municipais de saúde, nas reuniões de Colegiados de Gestão Regional. Paralelamente, os gestores indicaram técnicos sensíveis ao tema para a constituição de grupos de trabalho com o objetivo de discutir as ações de educação permanente e o recurso financeiro disponível para as ações educativas, processo esse que se estendeu até 2008. A partir daí, o CDQSUS realizou uma capacitação para os profissionais que não tinham nenhuma aproximação com a educação permanente.

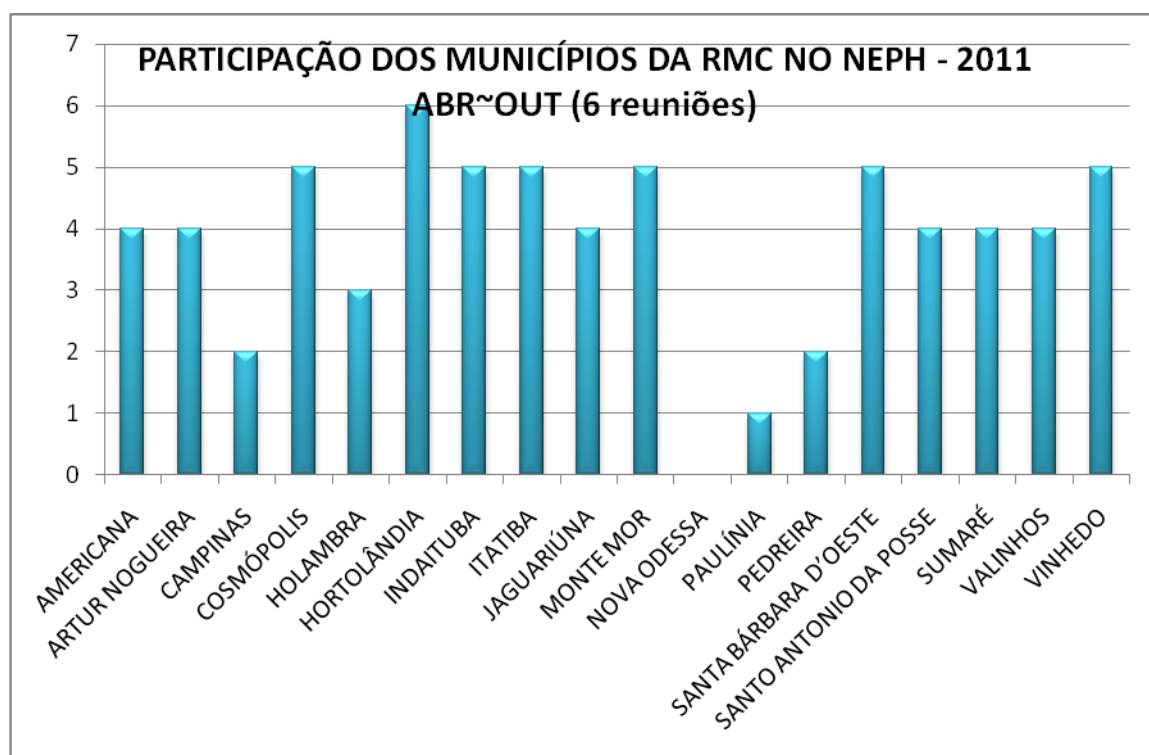
Os Núcleos de Educação Permanente são formados por profissionais da equipe de gestão dos municípios e funcionam como câmara técnica de EP para os CGR. Em suas reuniões, realizadas mensalmente, além das discussões sobre os projetos, são debatidos temas específicos da EP, como forma de ampliar e trocar conhecimento e possibilidades de desenvolver a política nos municípios. Vale destacar que a criação dos NEP, por CGR, foi um dos critérios adotados pelo grupo bipartite para garantir a liberação dos recursos da EP.

As regiões têm participação heterogênea nos NEP. O número reduzido de recursos humanos tem dificultado maior desempenho dos articuladores de Educação Permanente nos municípios, pois como acumulam diversas funções, a maior parte do tempo, no trabalho, é consumida pelos demais problemas da gestão/atenção. Somado a essa questão, há, ainda, grande rotatividade nas equipes de gestão, dificultando também as ações programadas.

Na Região Metropolitana de Campinas, alguns municípios possuem área de educação na estrutura da Secretaria de Saúde, sendo eles: Americana, Campinas,

Cosmópolis, Hortolândia, Sumaré, Valinhos. Outros contam com articulador de educação permanente e/ou equipe com conhecimento e atuante: Indaiatuba, Itatiba, Monte Mor, Santa Bárbara D'Oeste, Santo Antonio de Posse e Vinhedo. Os demais não possuem, até o momento, um profissional definido, alternando a participação do mesmo nas reuniões.

Gráfico 3 – Participação dos municípios da Região Metropolitana de Campinas – abril a outubro de 2011, num total de 6 reuniões.



Fonte:CDQ-SUS, DRS VII- 2011

Com relação às CIES, é importante ressaltar que, inicialmente, elas herdaram a configuração dos Pólos. Nessa transição, observou-se a diminuição da participação de alguns segmentos, como estudantes, movimentos sociais e, principalmente, instituições de ensino. No modelo anterior, o fórum equivalente a CIES (Pólo) era responsável pela deliberação referente aos recursos; com a Portaria 1996/07, a instância deliberativa passa a ser o CGR, cabendo à CIES o apoio técnico e articulação para a discussão da educação.

As Comissões de Integração Ensino Serviço não participam de forma sistemática das reuniões dos CGR e são os CDQ, via Núcleos de Educação Permanente (NEP), que assumem a tarefa de apoiar os CGR, em relação à discussão de EP.

Como desafios, podemos reconhecer que, de maneira geral, as CIES se desarticularam e tiveram atuação pouco expressiva na implementação da política de EP no Estado. Identifica-se a necessidade de trabalhar, junto a elas, seu papel de articulação macrorregional, a partir da configuração dada. Apesar da existência de estruturas regionalizadas, a cargo da educação permanente, ter ocasionado superposição de atribuições entre CIES e CDQ/NEP, entende-se que a CIES Leste Paulista, que congrega os municípios das regiões de Campinas, Piracicaba e São João da Boa Vista, têm se reunido nas respectivas regiões, articulando CGR, NEP e demais parceiros regionais.

Conforme preconiza a Portaria 1996, com o objetivo de implementar as ações de EP, no âmbito dos quatro CGR da área de abrangência deste DRS, foram elaborados até o momento três *Planos de Ações Regionais de Educação Permanente em Saúde - PAREPS*, documento este que propõe: a articulação com as políticas de recursos humanos; obedece a análise de necessidades e de conjuntura; propõe objetivos de curto e médio prazo; determina prioridades e seleciona estratégias e instâncias de ação. Ao mesmo tempo, a continuidade prevê os momentos de monitoramento e avaliação de processos e resultados, a partir da eficácia e da efetividade das ações, reorientando-as, quando necessário.

Os PAREPS foram construídos de forma participativa, com o envolvimento dos articuladores de EP e de áreas interessadas, tanto do DRS como dos municípios, a partir da indicação de necessidades levantadas, priorizadas e pactuadas pelos gestores nas reuniões de CGR, tendo sido desmembrados em diferentes projetos que, em sua maioria, tiveram o recurso financeiro transferido Fundo a Fundo para diversos municípios.

A descentralização do recurso financeiro tinha como objetivo agilizar o processo de EP na região, mas de modo geral, as Secretarias e os Fundos Municipais de Saúde têm enfrentado grandes dificuldades para operacionalizar tal recurso, principalmente no item pagamento de hora aula para docentes, palestrantes e monitores. Algumas Secretarias conseguiram realizar processos seletivos para facilitadores, utilizando análise de currículos e entrevistas, tendo como base o projeto aprovado, conforme orientação da CRH/SES, tais como os municípios de Amparo, Cosmópolis, Itupeva,

Jundiaí, Pedreira e Santa Bárbara D'Oeste. Outra modalidade de utilização dos recursos foi firmar convênios/contratos com Instituições Formadoras, como: Universidade São Francisco, Serviço Nacional de Comércio - SENAC e Fundação Municipal de Ensino Superior de Bragança Paulista – FESB.

O *PAREPS-2010* foi elaborado considerando as dificuldades encontradas nos planos anteriores, quais sejam: a construção dos projetos com pouca parceria das instituições formadoras; grande distanciamento entre a elaboração e execução dos projetos, prejudicando inclusive a participação dos envolvidos, e necessidade de reformulação do projeto frente ao tempo decorrido. Assim, o Plano foi construído tendo como foco a Atenção Básica, com a participação dos articuladores de AB do nível regional e municipal, sendo aprovado nos Colegiados, com indicativos em grandes eixos: educação permanente, atenção básica, gestão, vigilância em saúde.

Outro momento importante de análise e discussão sobre qualificação dos serviços e dos profissionais de saúde ocorreu a partir de julho de 2010, onde o DRS VII Campinas e o Núcleo de Estudos Políticas Públicas – NEPP - Unicamp - Apoio Institucional da SES-SP - organizaram várias Oficinas com os Colegiados de Gestão Regional para a construção do *Plano Regional de Saúde*. Essas Oficinas contaram com a participação de técnicos de diversas áreas de todos os municípios, discutindo sete eixos: Apoio Diagnóstico e Terapêutico/Assistência Farmacêutica; Apoio Logístico; Atenção Básica; Atenção Especializada; Gestão do Cuidado; Gestão Regional; Vigilância em Saúde. Com base no diagnóstico elaborado pelo NEPP (2006) e atualizações realizadas pelos municípios foram apontadas várias propostas, as quais foram priorizadas pelos gestores em reunião de CGR em dezembro de 2010. Das propostas priorizadas foi feito um recorte apontando as necessidades de qualificação para a Atenção Básica, agregando sua avaliação mais recente – QualiAB – Programa de Avaliação e Monitoramento dos Serviços de Atenção Básica do Estado de São Paulo.

Outros documentos analisados, e que indicam necessidades de ações educativas, foram os relatórios das Conferências Municipais de Saúde realizadas no mesmo ano, que apontam, dentre outras, propostas para a qualificação dos serviços, priorizando o acolhimento com classificação de risco, humanização, implantação e qualificação dos conselhos gestores, nos serviços de saúde.

Em junho de 2011, a SES, através da Coordenação Estadual de Atenção Básica, em parceria com a CRH, promoveu um encontro com o objetivo de aproximação das áreas técnicas e a construção de um Plano Regional de Educação Permanente da

Atenção Básica. O DRS VII Campinas, diante da solicitação, realizou alguns encontros internos com várias áreas a fim de identificar as ações já previstas e necessidades levantadas para curto, médio e longo prazo.

A partir das considerações das diretrizes metodológicas da Política de Educação Permanente, é que se tem procurado elaborar as ações/projetos pedagógicos elencados no PAREPS.

“A Educação Permanente deve servir para preencher lacunas e transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho; para tanto, não basta apenas transmitir novos conhecimentos para os profissionais, pois o acúmulo de saber técnico é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas e não o seu foco central.

O resultado esperado é a democratização dos espaços de trabalho; o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os atores envolvidos; a busca de soluções criativas para os problemas encontrados; o desenvolvimento do trabalho em equipe; a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento.

Na proposta da Educação Permanente em Saúde a capacitação da equipe, os conteúdos dos cursos e as tecnologias a serem utilizadas devem ser determinados a partir da observação dos problemas que ocorrem no dia-a-dia do trabalho e, que precisam ser solucionados para que os Serviços prestados ganhem qualidade e os usuários fiquem satisfeitos com a atenção prestada.

A análise de um problema institucional, local ou regional, de maneira contextualizada, possibilita descobrir a complexidade de sua explicação e a necessidade de intervenções articuladas.” (Documento Norteador – Diretrizes para a implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no Estado de São Paulo).

Concluindo, pode-se destacar a necessidade do enfrentamento de alguns desafios, para potencializar o processo de qualificação dos trabalhadores do SUS em especial os da Atenção Básica, quais sejam: equipes incompletas, falta de gerência definida e formalizada, grande rotatividade dos trabalhadores, estruturas físicas inadequadas e baixa valorização do trabalho e do trabalhador.

5. ANÁLISE DAS DEMANDAS APONTADAS OU DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DA RS OESTE E RS CAMPINAS

Pudemos observar que os projetos de EP realizados até o momento têm priorizado a utilização de metodologias ativas, buscando uma maior aproximação com os problemas vividos no cotidiano das equipes, visando encontros de forma participativa, com o objetivo de auxiliar na definição de estratégias para solução de problemas de forma coletiva e criativa. Na maioria dos projetos tem havido indicação de propostas de intervenção, como forma de integrar a teoria à prática e repensar o processo de trabalho. Uma das dificuldades na execução dessas propostas de intervenção, dentro das equipes e/ou serviços é a inexistência de espaços coletivos formalizados, com apoio do gestor e da comunidade, uma vez que o processo de trabalho ainda é voltado para o atendimento às demandas.

Os projetos são construídos conforme necessidade local/regional para serem executados nas regiões de saúde a fim de facilitar o acesso dos participantes. Mesmo assim, é possível verificar que, independente do porte do município, as indicações de profissionais se repetem, o que reforça a centralização de conhecimentos em poucas pessoas, dificultando sua capilarização, a disseminação de informações e novos processos de trabalho dentro das equipes. Todos os projetos de EP para efetivação têm sido pactuados junto aos gestores: o número de vagas, perfil de participantes, periodicidade e horário; mesmo assim, ocorre a baixa adesão e pouco compromisso dos trabalhadores até a conclusão do curso, além de pouco apoio dos gestores para a liberação dos profissionais.

É necessário sensibilizar a equipe de gestão sobre a importância do acompanhamento das equipes de saúde durante e após os processos de qualificação, como meio de aproximação da gestão à atenção, uma vez que esses são disparadores para repensar os processos de trabalho locais.

Ainda é incipiente o envolvimento das instituições formadoras nos processos de qualificação dos trabalhadores dessa região. Algumas aproximações foram realizadas informalmente ou através de docentes que compuseram as equipes de facilitadores, juntamente com profissionais dos municípios. No entanto, se faz necessário dinamizar as articulações regionais de maneira mais estruturada com as diversas instituições formadoras da região, aproveitando as parcerias já existentes.

Consideramos que ações de Educação Permanente presentes no PAREPS explicitam algumas prioridades elencadas no Plano Estadual de Saúde - 2008/2011, no que diz respeito à qualificação dos trabalhadores do campo da gestão e da atenção, à ampliação da oferta de processos educacionais em todas as regiões de saúde e, também, à descentralização do incentivo financeiro para essa finalidade.

Há uma expectativa de que a revisão do Documento Norteador da Educação Permanente, por parte do Grupo Bipartite, possa responder às questões que dificultaram o processo até o momento, visto que foi possível discuti-lo no âmbito do NEP e encaminhar sugestões de enfrentamento.

Cabe ressaltar que o trabalho que vem sendo realizado constitui-se numa política contra-hegemônica, sobre a qual há ainda certo desconhecimento; dificuldade de percebê-la como ferramenta de gestão. Além disso, não se pode esquecer que as práticas são determinadas pelo processo histórico vivido pelos diferentes atores. Vivemos um momento no SUS em que ainda há muito por fazer. Um SUS que, ao mesmo tempo em que se configura como uma política pública de inclusão precisa completar o desenho final desejado e necessário, garantindo a boa qualidade que os seus usuários precisam e merecem.

Sendo assim, com o objetivo de colaborar com a construção do Plano de Educação Permanente da Atenção Básica na RMC, serão elencados, a seguir, os projetos realizados, em andamento e previstos, desde 2008 até a presente data. Os projetos foram agrupados em três grandes conjuntos: a) projetos de EP realizados (2008 a 2010); b) projetos de EP aprovados e ainda não realizados (2008 a 2010) e; por último, c) Demandas de EP para atenção básica do DRS VII.

A) PROJETOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE REALIZADOS - 2008 A 2010 CGR CAMPINAS E OESTE VII

➤ Capacitação de Saúde Mental na Atenção Básica

Objetivo: Capacitar profissionais da Saúde Pública, em especial aqueles da Rede de Atenção Básica, através da reflexão sobre temas básicos da saúde mental e da problematização de experiências do cotidiano de trabalho, visando a formação de novas possibilidades de entendimento e intervenção, junto ao adoecer psíquico.

Público Alvo: Agentes comunitários de Saúde, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas, assistentes sociais e psicólogos.

Instituição Executora: Universidade São Francisco – Campus Itatiba

Resultados: O projeto priorizou a questão da assistência e cuidado integral, buscando superar dicotomias entre saúde mental e saúde geral, lidando com preconceitos acerca do adoecimento mental, bem como buscando instrumentalizar os participantes com relação às estratégias de atuação do cotidiano da atenção básica. Ao final os participantes apresentaram projetos de intervenção - “Projeto Terapêutico Singular”.

Aspectos positivos: parceria com instituição formadora; mobilização dos municípios frente ao tema; turmas descentralizadas por colegiado e construção de projetos terapêuticos singulares.

Aspectos negativos: a maioria dos participantes não era da Atenção Básica; muitos municípios encaminharam profissionais dos serviços de saúde mental; faltou a articulação com a área de saúde mental dos municípios e da regional.

➤ **Efetivando o Controle Social no SUS - ETSUS Franco da Rocha**

Objetivo: Capacitar os conselheiros de saúde para o exercício de sua competência legal, possibilitando a re-significação de sua atuação na formulação e no controle das políticas de saúde, visando a melhoria da qualidade da gestão e da assistência.

Público Alvo: Preferencialmente Conselheiros Municipais de Saúde, titulares e suplentes e candidatos das vagas remanescentes para os componentes dos Conselhos Locais de Saúde.

Resultado: É possível verificar sinais de mudança, na atuação de alguns conselheiros. Percebe-se maior compreensão sobre a importância da participação no planejamento, na realização de Conferências e na compreensão sobre a integralidade da saúde, fortalecendo a implementação do SUS na região.

Aspectos positivos: grande mobilização em torno do tema, nas regiões; parceria com a Escola Técnica do SUS de Franco da Rocha; processo seletivo e oficina de formação para os facilitadores; turmas descentralizadas e constituição do grupo de facilitadores de referência regional, para próximos cursos.

Aspectos negativos: não participação de todos os segmentos do conselho nos cursos; carga horária extensa; desistência de participantes ao longo do processo.

➤ **Capacitação sobre Humanização na Atenção Básica para as equipes da Região de Saúde de Campinas – (participação parcial dos municípios do CGR Oeste VII e Itatiba)**

Objetivo: Sensibilizar e instrumentalizar os participantes para a implantação dos dispositivos e princípios da PNH, na atenção básica da região, para a construção ou implementação de um novo modelo de atenção mais integral e humanizado.

Público Alvo: Profissionais das equipes de atenção básica dos onze municípios do CGR de Campinas

Resultado: O projeto propiciou a reflexão dos participantes sobre o processo de trabalho, indicando possíveis caminhos e estratégias para a implementação de novos modos do cuidado em saúde, na busca da integralidade, resolutividade e acesso aos serviços de saúde. Foram construídos projetos de intervenção por serviços/municípios, conforme a participação, sendo apresentados aos gestores como forma de garantir a co-responsabilidade no desenvolvimento dos projetos.

Aspectos positivos: mobilização das equipes municipais; construção de projeto de intervenção ao longo do curso; turmas descentralizadas no colegiado e apresentação dos projetos de intervenção ao final do curso aos gestores.

Aspectos negativos: o processo seletivo não priorizou conhecimento no tema; dificuldade de operacionalizar as várias turmas no mesmo período.

➤ **Educação Permanente para Equipes de Saúde da Família - CGR Campinas**

Objetivo: Promover a apropriação de conceitos e práticas sobre a organização e potencialidade da ESF, suas bases e diretrizes, junto aos integrantes das equipes municipais de saúde da família, que atuam na região, e inserir conceitos de EP, criando um ambiente de aprendizado e troca, dentro das equipes.

Público Alvo: Profissionais de nível universitário que atuam em Equipes de Saúde da Família, preferencialmente em coordenação e/ou gerência nos municípios, compromissados em criar uma pauta permanente de temas, junto às equipes locais.

Resultado: O projeto propiciou melhor entendimento do SUS como modelo que deve atender às necessidades locais: trabalho em equipe, foco no cidadão e família, responsabilidade, integralidade, cuidado, participação popular, planejamento participativo; auxiliou no planejamento com a equipe, na unidade.

Aspectos positivos: proposta propiciou momento para se discutir o PSF e trocar experiências entre as equipes dos diversos municípios da região; reconheceu o universo das equipes de saúde da família; docentes com acúmulo teórico e prático em saúde da família.

Aspectos negativos: dificuldades dos participantes discutirem o conteúdo com as equipes; grupo grande dificultou a metodologia; pouco envolvimento dos monitores.

➤ **Curso de Capacitação na Atenção aos Transtornos Relacionados ao Consumo de Substâncias Psicoativas - CGR Campinas**

Objetivo: Formar e capacitar profissionais da Saúde Pública, para qualificar a atenção às pessoas que apresentam transtornos relacionados ao consumo de Substâncias Psicoativas, em caráter de abuso ou dependência.

Público Alvo: Profissionais da Saúde Pública oriundos de municípios que se remetem ao CGR Campinas

Resultado: O formato da capacitação destacou-se em propor três grandes blocos de discussão, sendo eles: Aspectos Históricos, Aspectos Clínicos e Aspectos Político-Assistenciais na Drogadição; com destaque para as Políticas públicas, na atenção ao usuário de álcool e outras drogas, e a organização dos serviços – Caps.

De modo geral os participantes destacaram que o curso contribuiu para ação profissional, atualização de conhecimento, assim como aproveitamento e reflexão crítica entre teoria e prática. As avaliações, na sua grande maioria, foram referentes à satisfação, reflexão e contribuição agregados pelo processo de capacitação desenvolvido.

Aspectos positivos: tema de grande relevância para a região; parceria com instituição; docentes com conhecimento teórico e prático.

Aspectos negativos: faltou envolvimento da área de saúde mental da regional; ação sem continuidade, no âmbito regional.

➤ **Centros de Convivência e Oficinas de Trabalho: Saúde Mental e Intersetorialidade - CGR Campinas**

Objetivo: Capacitar, a partir dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, profissionais da rede pública de saúde mental, para a construção de novos conceitos e práticas, no campo da saúde mental.

Público Alvo: Profissionais da Saúde Pública, oriundos de municípios que se remetem ao CGR Campinas

Resultado: O projeto possibilitou aos participantes repensar a postura profissional, atitude e acolhimento para poder lidar com o sujeito com sofrimento psíquico, no espaço de oficinas de trabalho e centros de convivência.

Possibilitou repensar ações que possam promover a implantação de oficinas de trabalho e geração de renda e centros de convivência; buscando a intersetorialidade e a integralidade do atendimento.

Aspectos positivos: tema de grande relevância para a região; docentes com conhecimento teórico e prático.

Aspectos negativos: faltou envolvimento da área de saúde mental da regional; ação sem continuidade no âmbito regional.

➤ **Capacitação e Calibração para Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal – CGR Campinas**

Objetivo: Possibilitar a produção de um conhecimento adequado em epidemiologia, para que os profissionais de saúde bucal dos municípios produzam informações consistentes sobre as condições de saúde bucal, que subsidiem o planejamento e a avaliação em saúde bucal.

Público Alvo: Profissionais de Saúde Bucal, entre cirurgiões dentistas e equipes de apoio (THD, ACD) dos municípios do CGR Campinas

Resultado: Proporcionou uma avaliação das condições de saúde bucal dos municípios participantes, com o objetivo de colaborar na definição de políticas e estratégias localizadas ou regionalizadas, para minimizar os problemas de saúde bucal da população.

Aspectos positivos: aprendizado com relação a metodologia do levantamento epidemiológico possibilitando a multiplicação dos conhecimentos aos demais profissionais da equipe de saúde bucal do município; calibração dos profissionais para a realização do levantamento epidemiológico; docentes com conhecimento teórico e prático.

Aspectos negativos: períodos de concentração/dispersão muito longos devido a liberação do trabalho do docente; o calendário do curso dificultou o trabalho de campo em alguns municípios; a proposta não contemplou o planejamento de ações após o levantamento epidemiológico.

➤ **Qualificação da Gestão Municipal para Profissionais das Secretarias Municipais de Saúde – CGR Oeste VII**

Objetivo: Fortalecer a gestão municipal a partir do olhar epidemiológico e do pensamento estratégico, referenciados no SUS.

Público alvo: Profissionais das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios de compõem o CGR Oeste VII, DRS VII que exerçam gestão ou que sejam responsáveis pela organização de serviços de saúde.

Resultado: O curso promoveu a construção de uma rede solidária entre os participantes favorecendo o fortalecimento da regionalização e sua organização com relação ao desenvolvimento de ações estratégicas de atenção à saúde no município e na região; possibilitou, também, o desenvolvimento do cooperativismo e interesse no aprendizado, construindo solidariedade e cumplicidade, na busca de solução de problemas identificados e na superação de conflitos.

Aspectos positivos: proposta construída a partir de uma experiência exitosa do Programa Nacional de AIDS com aplicabilidade prática.

Aspectos negativos: participantes indicados pelos municípios não ocupavam cargo de gerência.

➤ **Curso de Avaliação em Saúde – CGR Oeste VII**

Objetivo: Ampliar a possibilidade de gestores, profissionais de saúde e pesquisadores de instituições formadoras conduzirem avaliações e pesquisas avaliativas, incorporando a prática da avaliação, no cotidiano do trabalho em saúde.

Público alvo: Profissionais da saúde, definidos nos municípios do CGR Oeste, a partir da identificação das áreas a serem avaliadas.

Resultado: Ao final do curso os participantes apresentaram um projeto de intervenção avaliativa que possibilitou verificar a apreensão dos conteúdos abordados, durante o

curso. Os projetos construídos foram direcionados para as áreas de atuação dos profissionais indicados.

Aspectos positivos: parceria com instituição formadora; construção de um projeto de avaliação, nos diferentes campos de atuação dos participantes.

Aspectos negativos: aulas expositivas; dificuldade em associar a teoria com a prática cotidiana; faltou acompanhamento para os projetos de avaliação construídos após o término do curso.

➤ **Educação Permanente em Regulação do Sistema Único de Saúde – CGR Oeste VII**

Objetivo: Discutir, analisar e intervir na organização e contribuir para a produção de sentidos e significados da Regulação do Sistema de Saúde em cada um dos municípios e no conjunto da região oeste, enquanto práticas de gestão fundamentais, para a concretização dos princípios de equidade e integralidade do SUS.

Público alvo: Profissionais indicados pelos gestores locais, de nível superior, envolvidos nas coordenadorias centrais de regulação, médicos reguladores e outros profissionais oriundos das áreas de planejamento e gestão, onde ainda não houver serviços de regulação instalados.

Resultado: O projeto possibilitou o conhecimento da realidade dos diversos municípios envolvidos, o que permitiu avanços nas questões conceituais, legais e necessidade de organização do processo de trabalho e composição das equipes de Regulação. A adesão e frequência dos participantes foi muito boa. Nos municípios maiores, a regulação está mais organizada e nos pequenos ainda é muito incipiente; é ainda necessário garantir maior apoio e convencimento da importância desta área junto aos gestores.

Aspectos positivos: processo seletivo para os facilitadores; coordenação com acúmulo teórico/prático no tema; descentralização dos encontros práticos; adesão dos municípios ao projeto de educação permanente.

Aspectos negativos: As propostas construídas não conseguiram ser viabilizadas em sua totalidade devido à necessidade de investimentos por parte da gestão.

➤ **Curso Processos Pedagógicos nas ações de Educação Permanente em Saúde – CGR Oeste VII**

Objetivo: Instrumentalizar os participantes para a execução de propostas pedagógicas de capacitação / desenvolvimento para trabalhadores do SUS, na lógica e pressupostos da política de EP em saúde e subsidiar a atuação nos processos de ensino-aprendizagem a partir da problematização das práticas e dos saberes.

Público Alvo: destina-se aos técnicos da atenção e da gestão, prioritariamente envolvidos com a Atenção Básica, das instâncias municipais, envolvidos com processos de formação/ desenvolvimento / capacitação dos trabalhadores do SUS.

Resultado: Ao final do processo os participantes estão aptos a problematizar as práticas e os processos de trabalho a partir dos pressupostos da EP, atuar como agentes de mudança no processo de formação/ desenvolvimento/capacitação dos trabalhadores do SUS; e também discutir e definir diretrizes que contribuam para a construção de projetos de EP.

Aspectos positivos: maior entendimento dos profissionais da atenção básica, sobre Educação Permanente.

Aspectos negativos: falta o reconhecimento da gestão de que os participantes são profissionais qualificados para o desenvolvimento de ações de EP no município.

➤ **Curso Introdutório para Equipes de Saúde da Família – Formação de Multiplicadores**

Objetivo: Discutir os temas básicos do Curso Introdutório, incluindo questões da Educação Permanente e elaborar uma programação do curso, incluindo temas.

Público Alvo: técnicos de nível universitário das Equipes da Saúde da Família.

Resultados: Compor um grupo de profissionais multiplicadores, para replicar o curso junto às equipes de saúde da família dos municípios.

Aspectos positivos: proposta da SES, atendendo solicitação dos municípios, para desencadear os cursos introdutórios, nas regiões de saúde, garantindo referências.

Aspectos negativos: os indicados não tinham acúmulo teórico prático, para atuarem como multiplicadores; dificuldades em organizar as turmas, nas regiões.

➤ **Curso de Promoção de Saúde**

Objetivo: Fortalecer a implantação da Política de Promoção da Saúde, na região do DRS VII - Campinas, consoante com a Política Nacional de Promoção da Saúde, a partir da qualificação dos profissionais que atuam, nesta área no DRS e municípios.

Público Alvo: Profissionais de nível superior que atuam, nas Áreas Programáticas no DRS VII, na gestão ou coordenação de programas e/ou projetos de Promoção da Saúde, ou na Vigilância à Saúde, ou na atenção básica, nos municípios do DRS VII Campinas.

Resultados: Curso em andamento, iniciado em agosto/2011.

➤ **Vigilância em Saúde: Estratégia para Fortalecimento e Reorganização das Redes de Atenção à Saúde dos Municípios do CGR Oeste**

Objetivo: *Momento I* - Desenvolver o papel de facilitadores do processo de EP em Vigilância em Saúde, para os profissionais indicados pelos municípios do CGR Oeste, fundamentado nos princípios da aprendizagem significativa. *Momento II* - Produzir um projeto de intervenção municipal, construindo estratégias, arranjos e dispositivos de Articulação e Descentralização da Vigilância em Saúde para as Redes de Atenção do SUS local.

Público Alvo: *Momento I* - 33 profissionais (3 por município), entre Técnicos das Vigilâncias, Coordenadores de Atenção Básica e Articuladores de EP ou outros profissionais indicados pela gestão municipal. *Momento II* - 01 profissional de cada unidade de saúde da atenção básica de cada um dos municípios (total de 120 vagas)

Resultados: Curso em andamento, iniciado em agosto/2011.

➤ **Oficinas de Debates dos Municípios do CGR Oeste**

Objetivo: Desenvolver, nos sujeitos da aprendizagem, a consciência crítica sobre importantes temas da Saúde Coletiva e disparar processos que possam fortalecer a regionalização solidária e cooperativa, entre os municípios.

Público Alvo: 04 profissionais da equipe de gestão de cada município.

Resultados: Curso em andamento, iniciado em fevereiro/2011.

B) PROJETOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE – 2008/2010 APROVADOS E AINDA NÃO REALIZADOS

➤ Discutindo referências em EP para profissionais de saúde – CGR Campinas

Objetivo: Promover a implantação e/ou implementação de espaços coletivos de encontro, troca e escuta nos Serviços de Saúde, compartilhando experiências de trabalho e ampliando a percepção do contexto vivido, buscando intervir na produção de saúde, de conhecimento e de sujeitos.

Público Alvo: Profissionais da Rede de Saúde (não coordenadores) com perfil de liderança, preferencialmente de nível universitário, devendo ser identificados pelos coordenadores de serviço, perfazendo um total de 80 participantes, divididos em 2 turmas de 40.

➤ Capacitação em Saúde do Idoso – CGR Campinas

Objetivo: Capacitar equipes da Atenção Básica dos municípios do CGR Campinas, na Atenção Integral à Saúde do Idoso

Público Alvo: Médicos e enfermeiros da Atenção Básica dos municípios do CGR Campinas.

➤ Capacitação no uso de dados e informação – CGR Campinas

Objetivo: Oferecer aos gestores municipais e regionais capacitações que potencializem definições de políticas de informação e informática em saúde que respondam à priorização de alocação de recursos suficientes para o registro, o uso, a análise e disseminação de informações em saúde para os gestores e técnicos da gestão, equipes de saúde e usuários do SUS.

Público Alvo: *Momento I* - 40 técnicos das equipes de gestão municipal. *Momento II* - 120 pessoas das equipes de trabalho (Centros de Saúde, Módulos do PSF, Ambulatórios de Especialidades, Pronto-Socorros, Centros de referência, Hospitais), divididas em 3 turmas de 40 profissionais.

➤ **Capacitação em Saúde Bucal para profissionais do PSF – CGR Campinas**

Objetivo: Capacitar as equipes de Saúde Bucal, na Atenção Básica, visando a qualidade e a resolutividade na atenção à saúde com base epidemiológica e utilização de critérios de risco, para os agravos em saúde bucal, desenvolvendo e atualizando conhecimentos técnico-científicos que propiciam a reflexão sobre os aspectos psicossociais, éticos, legais e políticos.

Público Alvo: Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica (cirurgião dentista, técnico em higiene dental e auxiliar de consultório dentário) dos municípios do Colegiado de Gestão Regional de Bragança Paulista, com 30 vagas e Campinas, com 50 vagas, perfazendo um total de 80 participantes, compromissados em se capacitar e que não participaram de nenhum treinamento anterior.

➤ **Linhas de cuidado e redes de atenção – CGR Campinas**

Objetivo: Responsabilizar os profissionais, no cuidado ao usuário, desde o momento de sua inserção, no sistema de saúde, até a satisfação possível de sua necessidade integral.

Público Alvo: Profissionais de Nível Universitário da Atenção Básica que deverão atuar como agentes multiplicadores do processo. Serão organizadas 2 turmas de 40 alunos cada, atingindo um total de 80 profissionais.

➤ **Capacitação para gerentes dos serviços de saúde – CGR Campinas**

Objetivo: Promover a construção da integralidade da assistência em saúde, identificando os principais problemas, no gerenciamento do SUS, desenhando de forma solidária estratégias, para seu enfrentamento, através da Educação Permanente de Gerentes de Serviço de Saúde da região de Campinas.

Público Alvo: Profissionais de nível universitário que atuam em Serviços de Saúde (Atenção Básica e/ou Especialidades) com diversas formações, preferencialmente, com atuação na coordenação e/ou gerência dos Serviços de Saúde, comprometidos com a criação de uma pauta permanente para trabalhar os temas, junto às equipes locais.

A capacitação deverá atingir um total de 100 profissionais, divididos em 05 grupos de 20 pessoas, com dois monitores cada, para acompanhamento das discussões.

➤ **Curso de Regulação – CGR Campinas**

Objetivo: O projeto tem por objetivo a transformação das práticas, nas áreas de regulação, avaliação, controle e auditoria, incorporando saberes frente às atuais necessidades da gestão do SUS, favorecendo a formação de redes de atenção e ampliando a resolutividade das ações, visando a consolidação do Pacto pela Saúde.

Público Alvo: 45 participantes, indicados pelos gestores locais, escolhidos entre profissionais preferencialmente de nível superior, envolvendo, em especial, Coordenadores de Complexos Reguladores ou de Centrais de Regulação, médicos reguladores e outros profissionais oriundos das áreas de planejamento e gestão, onde ainda não houver serviços de regulação instalados. Além desses, o projeto atingirá também, durante as aulas práticas, todos os membros das equipes de regulação municipais.

➤ **Fórum de EP para equipes de gestão – CGR Campinas**

Objetivo: Fortalecer a regionalização, através de arranjos solidários, garantindo o protagonismo da gestão local, na busca de ações intersetoriais, considerando as características e necessidades de cada município e promovendo a integralidade da assistência.

Público Alvo: 40 participantes, dentre Gestores e equipes técnicas de nível central dos municípios que compõem o CGR Campinas.

C) DEMANDAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA A ATENÇÃO BÁSICA DO DRS VII – QUESTÕES A SEREM TRABALHADAS SEGUNDO EIXOS PRIORITÁRIOS DEFINIDOS NO AMBITO DO PLANO REGIONAL DE SAÚDE 2011

➤ **Gestão**

- Vigilância em Saúde – Estratégias para fortalecimento e integração nas redes de atenção (saúde do trabalhador, saúde ambiental, doenças de notificação compulsória, vigilância sanitária)
- Assistência farmacêutica – reorganização dos serviços, protocolos e uso racional de medicamentos
- Capacitação, para gerentes, com foco no manejo de dados e informação para o planejamento e o trabalho em redes
- Qualificação dos Comitês regionais de mortalidade materna e infantil

➤ **Gestão do Trabalho/Educação/Controle Social**

- Educação em saúde, para usuários
- EP para equipes de serviços de saúde
- Implantação e qualificação de Conselhos Locais de Saúde
- Implantação de processos de gestão do trabalho e educação na saúde (Progesus)
- Implantação de outras modalidades de ensino para os serviços (ex. Telesaúde)
- Formação do ACS
- Introductório para as equipes do PSF
- Formação do técnico em vigilância em saúde (nível médio)

➤ **Assistência/cuidado integral**

- Integralidade das ações, na atenção básica (temáticas: idoso, adolescência, violência e saúde mental)
- Capacitação para coleta de Papanicolau
- Implantação do acolhimento com classificação de risco
- Implantação das Linhas de Cuidado de hipertensão e diabetes

6. CONTRIBUIÇÕES OBTIDAS A PARTIR DA REALIZAÇÃO DE GRUPO FOCAL

Para o levantamento de aspectos que pudessem contribuir para a qualificação dos processos de Educação Permanente na Atenção Básica utilizou-se o grupo focal, cuja modalidade é a prática, que almeja identificar as necessidades – pontos fracos e pontos fortes – das ações de EP na Região Metropolitana de Campinas.

O grupo focal é uma técnica de pesquisa qualitativa que alcançou importância junto a pesquisadores de diversas áreas que trabalham questões sobre o ser humano e suas relações com o meio em que vive, o seu comportamento e a sua subjetividade. Sua origem está associada aos grupos gestaltistas e humanistas, nas décadas de 50 e 60 do século XX. No entanto, seu aprimoramento teórico e uso mais amplo, como método de pesquisa, firmou-se na década de 70, na área médica, onde foi amplamente utilizado para pesquisas sobre usuários de narcóticos.

Tal técnica de pesquisa visa coletar dados por meio de interações grupais, ao se discutir um tópico especial sugerido pelo pesquisador (MORGAN, 1997). Além da definição acima, o grupo focal pode ser caracterizado como um recurso para compreender o processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais de grupos humanos (VEIGA, GONDIM, 2001). A técnica pode servir para dois propósitos básicos, quais sejam, a confirmação de hipóteses e avaliação da teoria ou o direcionamento para as aplicações práticas. Segundo o mesmo autor, estes dois propósitos básicos podem ser combinados em três modalidades de grupos focais.

A primeira modalidade de grupo focal foi chamada de exploratória e visa a produção de conteúdos, a criação de hipóteses, o desenvolvimento de modelos e teorias (GONDIM, 2002). A segunda modalidade foi chamada de prática e tem como objetivo básico a identificação das necessidades e expectativas, além da descoberta de outros usos, para um produto específico. A última modalidade de grupo focal é o clínico, que se dirige para a compreensão de crenças, sentimentos e comportamentos.

No que se refere à aplicação da técnica em si, Gondim (2002) afirma que cada grupo focal deve ter entre 4 e 10 participantes. Além da questão de número de participantes a autora ressalta que “quando os grupos focais não são capazes de produzir novidades nas suas discussões é sinal de que se conseguiu mapear o tema para os quais a pesquisa foi dirigida” (GONDIM, 2002, p.6). Morgan menciona, também, que é preciso

um roteiro para a pesquisa, mas, que o mesmo deve permitir um aprofundamento progressivo e a fluidez da discussão.

No âmbito desse projeto, a realização do grupo focal incluiu a seleção e convite dos participantes, bem como a elaboração de um roteiro com questões norteadoras. Vale destacar, também, o papel do coordenador e dos observadores na condução de um grupo focal, o qual deve ser capaz de cobrir a máxima variedade de tópicos relevantes, sobre o assunto, e promover uma discussão produtiva.

Preparação do Grupo Focal

A intenção com a realização do grupo focal foi adentrar em questões oriundas do próprio processo de trabalho, por meio de aspectos que são considerados pertinentes pelos trabalhadores, usuários e gestores da AB. Interessou, também, aumentar o grau de compreensão dos processos relacionados às necessidades e à operacionalização de iniciativas que envolvam a Educação Permanente, buscando conhecer os aspectos que se interpõem entre os objetivos explicitados e os resultados que não são alcançados.

Descrição do desenvolvimento de grupo focal

O grupo focal foi realizado no dia 04 de novembro de 2011, no Auditório do NEPP, com a participação de 7 profissionais envolvidos com a atenção e a gestão da Atenção Básica, para levantamento de aspectos a serem contemplados, no Plano de Educação Permanente para a AB da RMC.

O grupo participante foi convidado, previamente, por meio de contato telefone e carta convite enviada por e-mail. Todos os participantes foram esclarecidos quanto ao objetivo e o projeto, realizado através de uma parceria entre a Agencia Metropolitana de Campinas (AGEMCAMP) e o Núcleo de Estudos em Políticas Públicas (NEPP) da UNICAMP. Utilizou-se o instrumento “Termo de Consentimento Esclarecido e Livre”, no qual os participantes foram informados quanto ao objetivo do projeto, que visa a elaboração do plano de educação permanente destinado à qualificação dos trabalhadores inseridos nas unidades de atenção básica dos municípios da RMC e o fortalecimento da Atenção Básica, na região.

Também foi esclarecido que as informações e os benefícios obtidos com a pesquisa possibilitarão qualificar a estruturação do Plano de Educação Permanente dos municípios da RMC, para melhoria da organização dos serviços, das práticas profissionais e para maior informação dos usuários dos serviços de saúde, bem como contribuirão com o campo de conhecimento. Assim, garantiu-se aos participantes que, os dados obtidos serão usados apenas nessa investigação, não sendo divulgada a identidade dos mesmos. É relevante destacar que todos os profissionais demonstraram interesse em colaborar com informações, dados e reflexões, respondendo de modo sistemático as questões norteadoras.

O grupo focal teve duração de três horas, com a presença de três pesquisadores do NEPP: um coordenador e dois observadores. Os dados coletados e analisados são apresentados a seguir.

Análise do Material Coletado

A realização do grupo focal foi altamente positiva, contando com a participação de 7 profissionais com experiência na área de gestão e/ou apoio à gestão, conferindo legitimidade ao instrumento de coleta de dados utilizado. Infere-se que o instrumento levou o grupo à problematização da realidade, dos limites e possibilidades de Educação Permanente, no âmbito regional e municipal.

Primeiramente, observou-se que os participantes foram unânimes, quanto à leitura da realidade na qual a EP vem sendo desenvolvida e ofertada na região. A falta de informação sobre a EP e a falta de vontade política podem ser considerados os grandes obstáculos ao desenvolvimento e a implantação de um plano de EP.

Constatou-se, ainda, que, os municípios possuem realidades muito diferenciadas. A existência de tal diferenciação requer uma estratégia voltada ao nível municipal e regional, cujo foco deverá objetivar a formação de “facilitadores” ou “facilitadores” para o desenvolvimento de ações de EP. Estes deverão atuar em conjunto com os articuladores da AB, visando a divulgação e a conscientização dos profissionais quanto às diretrizes e metodologia da EP, resignificando o papel da EP, junto aos gestores locais e trabalhadores SUS.

O grupo destacou que as ações de EP não devem homogeneizar os serviços, mas considerar as especificidades de cada unidade, de cada município, de cada território. Para tanto, as ações de EP precisam ser sustentadas por uma metodologia problematizadora do trabalho, ocorram de forma contínua e permanente, junto às equipes de saúde.

Sistematização dos principais aspectos obtidos no Grupo Focal

A) Aspectos que dificultam o desenvolvimento do Plano de Educação Permanente

- A EP é pouco conhecida pelos gestores, que continuam com a visão de cursos específicos, para categorias profissionais distintas;
- Falta de matriciamento na Atenção Básica; não existe discussão de casos, redes informatizadas, grupos de apoio à educação permanente;
- Os municípios possuem pouca experiência em EP;
- Poucas unidades de saúde implantam ações de EP, partindo da problematização da prática e pactuando mudanças, nos processos de trabalho;
- Desconhecimento da metodologia de EP, por parte dos profissionais e gestores;
- A rotatividade dos gestores compromete as ações de EP, uma vez que elas dependem muito da vontade política dos mesmos;
- A visão do gestor condiciona como a EP vem sendo estruturada e ofertada em cada município;
- Há dificuldades de envolver os profissionais com as propostas de capacitações “prontas”, que são oferecidas pela SES;
- As propostas de EP existentes possuem horários inadequados e incompatíveis com os horários dos profissionais;
- As capacitações tradicionais são fragmentadas, para determinados profissionais, não levando em conta o trabalho em equipe e multiprofissional;
- Há gestões que não incentivam as ações de EP, nem a participação de seus profissionais;
- Falta de reconhecimento e de incentivo por parte dos gestores acabam por desestimular ou desmotivar as ações de EP, dentro das Unidades;
- Dificuldades de comunicação entre os gestores e as unidades;
- Os horários das capacitações e os deslocamentos necessários dificultam a

- participação dos profissionais de saúde;
- Os temas educativos realizados por listas de cursos não são representativos da realidade regional;
 - O Pareps não tem se demonstrado eficaz, pois tal processo não tem considerado a problematização das demandas;
 - Muitos cursos não coincidem com a realidade e necessidade dos profissionais;
 - Há projetos que são pactuados dentro dos parâmetros dos Pareps, mas os municípios não apóiam a participação dos seus profissionais.

B) Aspectos considerados relevantes para a elaboração do Plano de Educação Permanente.

- A EP deve ser considerada como instrumento de gestão;
- Existe grande diversidade de ações e propostas de EP na região;
- Necessidade de constituir gerencia e grupo de EP nas UBS;
- Direcionar as ações de EP para o Programa Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde;
- A discussão de casos, a partir da realidade das equipes de saúde, tem se demonstrado uma metodologia eficaz, para o trabalho de EP, nas unidade de saúde;
- Necessidade de investir nos trabalhos das equipes multiprofissionais, com discussão de casos e reuniões de EP;
- O Estado precisa investir na formação de “socializadores” ou “facilitadores”, para divulgar e promover a EP nos municípios;
- Necessidade de investir em métodos de comunicação;
- As ações de EP devem manter seu foco nos problemas cotidianos, enfrentados pelas equipes de saúde;
- A EP deve envolver os gerentes de serviços; propor uma coordenação para a EP;
- Nos níveis municipais e regional, o trabalho de EP deverá focar a formação de facilitadores para o desenvolvimento de EP;
- Necessidade de fazer um trabalho voltado, tanto para a gestão quanto para os facilitadores da EP;

- Propor formações que consideram o trabalho multiprofissional, pois na própria ação de EP, os modelos são pensados em capacitações separadas, por categorias profissionais;
- Criar critérios que envolvam os gestores, as equipes, os facilitadores, para fazer com que as intervenções de EP cheguem até suas práticas;
- O plano deve conter um módulo que, após formar os facilitadores da EP, deverá intercalar-se situações práticas de intervenção; para qualificar os profissionais, por meio da EP, de acordo com as necessidades de suas equipes;
- Necessidade de ouvir a demanda dos profissionais; definir protocolos a partir das diferentes realidades das equipes de saúde; reconhecer o papel de cada profissional e o papel do cuidado em cada unidade;
- Necessidade de definir equipes locais, para garantir as discussões sobre EP e avaliar suas intervenções;
- Envolver os articuladores da AB, pois eles conhecem os municípios e os serviços;
- Atender os problemas de trabalho das equipes, mobilizando as equipes multiprofissionais para a reflexão e intervenção, nos processos de produção de saúde;
- As ações de EP não devem homogeneizar os serviços, mas considerar as especificidades de cada unidade;
- Fortalecer os Núcleos de Educação Permanente, nos municípios;
- Resignificar o papel do facilitador da EP;

C) Sugestão de conteúdo e público-alvo para iniciativas de EP na AB

- Qualificação do PSF;
- Qualificação do ACS;
- Gestão de Política de Saúde;
- Educação permanente e humanização do SUS;
- Noções de cuidado como processos que envolvem instrumentos de gestão do cuidado, protocolos, grupos de riscos, matriciamento, discussão de casos etc.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 - Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Informe da Atenção Básica. Os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família. Brasília, DF.: Ministério da Saúde, ano II, n. 10, jun., 2001.

_____. Ministério da Saúde. Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Institui o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS (ProgeSUS)*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=27190&janela=1>. Acesso em: 02 fev. 2012.

_____. Ministérios da Saúde e da Educação. *PRÓ-SAÚDE: Objetivos, Implementação e Desenvolvimento Potencial*. Brasília: Ministérios da Saúde e da Educação, 2007. Disponível em: <http://www.prosaude.org/publicacoes/pro_saude1.pdf>. Acesso em: 02 fev 2012.

_____. Ministérios da Saúde e da Educação. Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde - PET-SAÚDE. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. *Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde*. Disponível em: <<http://www.prosaude.org/leg/pet-saude-ago2008/1-portariaINTERMINISTERIAL-1.802-26agosto2008-PET-Saude.pdf>>. Acesso em: 02 fev 2012.

_____. Ministérios da Saúde e da Educação. Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. *Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria2_2087_02092011.pdf>. Acesso em: 02 fev 2012.

_____. 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*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Políticas de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde*. Brasília, DF.: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. *Cartilha da PNH*. Gestão e Formação no processo de trabalho. Brasília, DF.: Ministério da Saúde, 2004, 18 p.

_____. *HumanizaSUS, Gestão Participativa e co-gestão*. Brasília, Df.: Ministério da Saúde, 2006, 20 p.

_____. *HumanizaSUS. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília, DF.: Ministério da Saúde, 2004, 51 p.

_____. Portaria nº 1996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 2007

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde - Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9)

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. A educação permanente como estratégia de gestão de coletivos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. *Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde - Unidade de Aprendizagem Análise do contexto da Gestão e das Práticas de Saúde*. Brasília, DF.:MS.; Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2005, p. 123-133 (Texto 7).

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

DAVINI, M. C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, DF.: Ministério da Saúde, 2009, v.9. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde, 2006).

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface – Comum., saúde, educ*, v. 11, n. 23, p.427-38, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n23/a03v1123.pdf>>. Acesso em: 12 out 2011.

GONÇALVES, O. S. J.; RAMOS, D. L. P.; SEIXAS, P. H. D. A política de educação permanente no Estado de São Paulo como estratégia de qualificação dos trabalhadores do SUS. In: IBÁÑEZ, N., ELIAS, P. E. M., SEIXAS, P. H. D. (Org.). *Política e Gestão Pública em Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec/Cealag, 2012, p. 781-794.

MATTOS, R. A. de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, v.20, p.1411-1416,2004. Disponível em: <[ttp://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n5/37.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n5/37.pdf)>. Acesso em: 11 out 2011. 1416. ISSN 0102-311X

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface Comunicação, Saúde e Educação*. v.9, n.16, p.161-77, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a15.pdf>>. Acesso em: 15 out 2011. ISSN 1807-5762.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: IBÃNEZ, N.; ELIAS, P. E. M., SEIXAS, P. H. D. (Org.). *Política e Gestão Pública em Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec/Cealag, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório Mundial de Saúde 2008: A atenção primária à saúde: agora mais do que nunca*. Brasília: OMS; 2008.

POLIZZARI A.; KRIEGL M. L.; BARON M. P.; FINCK N. T. L.; DOROCINSKI S. L. Teoria da aprendizagem significativa segundo Ausubel. *Rev. PEC, Curitiba*, v.2, p. 37 – 42, jul. 2001-jul. 2002. Disponível em: <<http://www.faculdadeages.com.br/noticias/textosselecionados.pdf>>. Acesso em 07 ago. 2011.

PUCCINI, P. de T.; CECILIO, L. C. de O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cad. Saúde Pública*. v.20,n.5, p.1342-1353, 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n5/29.pdf>>. Acesso em :10 ago 2011 ISSN 0102-311X.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde; COSEMS. Avaliação da política de EP no Estado de São Paulo: identificação dos avanços dos avanços e retrocessos que ocorreram na gestão da Educação na Saúde. 2008/2009/2010. 205p. Disponível em: <http://200.144.0.79/resources/crh/cefor/evento/atualizacaodomaterialdisponilizadoonocddistribuidoaosparticipantesnodia221010/documento_03_revisto.doc>. Acesso em: 12 out. 2011.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde; COSEMS. *Documento norteador da Política de Educação Permanente em Saúde no SUS/SP – Documento em atualização maio/junho 2011*. São Paulo: Secretaria da Saúde; Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de São Paulo, 2011, 59p.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Conselho Secretários Municipais de Saúde. *Diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no Estado de São Paulo*. São Paulo. 2008. 72 p.

SOUZA R. S.; MENDES, J. D. V.; PORTAS. S. L. C., BARROS, S.; VALLIM, S. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Plano Estadual de Saúde 2008 – 2011. São Paulo: SES/SP. 2008. p. 65 – 87

WIGGINS, G.S. The analysis of focus groups in published research articles. *Canadian Journal of Program Evaluation*, v.19, n.2, p.143-64, 2004.

WESTPHAL, M.F.; BÓGUS, C.M.; FARIA, M.M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Bol Oficina Sanit Panam* v.120, n. 6, p 472-82, 1996.



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

NEPP

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Cidade Universitária "Zeferino Vaz"

Av. Albert Einstein, 1300

Campinas - SP - Brasil

CEP. 13083-852

TEL: (019) 3521-2495 / 3521-2499

FAX: (019) 3521-2140

E-mail: nepp@nepp.unicamp.br

Homepage: www.nepp.unicamp.br

