

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

CLEUSA MARIA PACK

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: POTENCIALIDADES E DESAFIOS
COTIDIANOS EM UM NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA

Porto Alegre

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: POTENCIALIDADES E DESAFIOS
COTIDIANOS EM UM NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA

Autora: Cleusa Maria Pack

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Linha de pesquisa: Políticas, avaliação e atenção em saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Roese

Porto Alegre

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

CLEUSA MARIA PACK

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: POTENCIALIDADES E DESAFIOS
COTIDIANOS EM UM NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de mestre no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela comissão formada pelos doutores:

Profa. Dra. Adriana Roese
Orientadora e Presidente da Comissão

Prof. Dra. Cristianne Maria Famer Rocha
Membro da Comissão

Prof. Dr. Dário Frederico Pasch
Membro da Comissão

Prof. Dra. Carla Garcia Bottega
Membro da Comissão

Porto Alegre

2016

CIP - Catalogação na Publicação

Pack, Cleusa Maria

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: POTENCIALIDADES E
DESAFIOS COTIDIANOS EM UM NÚCLEO MUNICIPAL DE
EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA / Cleusa Maria Pack. --
2016.

101 f.

Orientador: Adriana Roese .

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2016.

1. Educação em Saúde. 2. Política de Capacitação de
Recursos Humanos em Saúde. 3. Saúde Pública. I.
Roese , Adriana , orient. II. Título.

Cleusa Maria Pack

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: POTENCIALIDADES E DESAFIOS
COTIDIANOS EM UM NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA

Aprovada em 27 de Outubro de 2016

APROVADA POR:

Profa. Dra. Adriana Roese
Orientadora e Presidente da Comissão

Prof. Dra. Cristianne Maria Famer Rocha
Membro da Comissão

Prof. Dr. Dário Frederico Pasch
Membro da Comissão

Prof. Dra. Carla Garcia Bottega
Membro da Comissão

*É tão estranho ainda ter saída
uma porta só abre e fecha quem
vê ou imagina abrir e fechar é
seu desejo*

*a porta segue seu desígnio e
você está aqui pra quê*

*te abre e deixa os desejos
fluírem*

ou

*te fecha até que a amargura
corroa teus melhores fluídos.*

(Júlio Alves)

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha mãe Nelzira de Ramos Pack, que me apoiou desde o início da minha caminhada;

Agradeço à minha orientadora, Adriana Roesse, pela parceria, compreensão, por me dar alternativas a seguir e pelo exemplo;

Agradeço à minha amiga Geana Santos, por me indicar um caminho;

Agradeço às minhas amigas, amigos e colegas de trabalho e a toda equipe do NUMESC Gravataí por fazer parte de momentos que de algum modo me ajudaram a chegar até aqui;

Agradeço ao meu amigo Estanislau de Lima Barros pelo encorajamento, apoio e auxílio;

Agradeço a Jornalista Ana Muller, pelo auxílio e motivação.

Agradeço ao Grupo de Orientação Aberto (GAO), coordenado pelas professoras Cristianne Maria Famer Rocha e Adriana Roesse, pela contribuição na construção deste trabalho.

E principalmente Oscar Ortiz, pelo companheirismo, auxílio apoio e compreensão em todos os momentos, inclusive por entender a minha ausência.

RESUMO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é um processo proposto para a melhoria da atenção à saúde. É um conceito abrangente e, por vezes, distinto, mas compreendido como práticas que buscam a melhoria dos processos de trabalho em saúde. Este estudo teve como objetivo analisar a experiência da autora na implantação de um Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva, de Gravataí, um município da região metropolitana de Porto Alegre no Rio Grande do Sul. Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva com base nos registros de diário de campo com uma proposta analítica de discutir as categorias temáticas empíricas e embasada teoricamente. O cenário da pesquisa foi o NUMESC em Gravataí, que entrou em funcionamento no ano de 2015. O NUMESC surgiu de uma proposta nascida no Rio Grande do Sul, resultante da parceria da Secretaria Estadual de Saúde (SES), através da Escola de Saúde Pública (ESP/RS), com os municípios. Foi pensado como alternativa para diminuir as lacunas entre as linhas gerais orientadas pela PNEPS, as adotadas nos estados e municípios, facilitando as pautas conjuntas em relação ao tema EPS. A análise dos dados permitiu a construção de três categorias empíricas: O Desafio de Implantar um Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva; Educação Permanente em Saúde: o cotidiano na prática; Desafios e potencialidades enfrentados para a implantação da Educação Permanente em Saúde. Em relação aos resultados, conclui-se que é necessário contextualizar o conceito e a prática da EPS, além de planejar a construção de um programa de EPS condizente com a realidade, mas estas iniciativas não podem se restringir ao planejamento. Por fim, salienta-se que a EPS no cotidiano é constituída de processos simples, mas que devem estar de acordo com a realidade de cada espaço de trabalho.

Descritores: Educação em Saúde, Política de Capacitação de Recursos Humanos em Saúde, Saúde Pública.

RESÚMEN

La educación permanente en salud (EPS), es un proceso propuesto para mejorar la atención en la Salud. Es un concepto global, y fácilmente comprendido como una práctica que busca mejorar los procesos en el trabajo en la salud. Este estudio tuvo como objetivo relatar las experiencias cotidianas en la implantación de un Núcleo Municipal de Educación en Salud Colectiva (NUMESC), de un municipio de la región metropolitana de Porto Alegre en el estado de Rio Grande del Sur (RS). Identificando los desafíos y potencialidades de implantar estrategias de EPS y describiendo el proceso de implantación del NUMESC. Trátese de un estudio de investigación cualitativo y descriptivo con base en los registros de un diario de campo utilizado en la investigación, complementando el curso metodológico con un análisis temático que se divide en pré-análisis, búsqueda de material y tratamiento de los resultados. Con la intención de contextualizar el objetivo de estudio de este trabajo, inicialmente se comienza a trazar un panorama del histórico de la EPS en Brasil, que va hasta la implantación de los Núcleos de Educación en Salud, seguido de las narraciones de la investigadora sobre la experiencia en la implantación de un NUMESC. El ministerio de la Salud (MS), utiliza la Política Nacional de Educación Permanente en Salud (PNEPS), como una estrategia para la formación de los profesionales en salud, sabiendo que la formación de los trabajadores tiene una relevancia para la prestación de un servicio dentro de lo instaurado por el Sistema Único de Salud (SUS). O NUMESC surgió de una propuesta nacida aquí no Rio Grande do Sul, como resultado del convenio entre la Secretaria Estadual de Salud (SES), Escuela de Salud Pública (ESP/RS) como una alternativa para disminuir las lagunas entre las líneas generales orientadas por la PNEPS y las adoptadas por los estados y los municipios, facilitando las pautas conjuntas en relación al tema de las EPS. El centro de la investigación fue el NUMESC de Gravataí, el cual entró en funcionamiento en el año de 2015. En relación a los resultados se puede concluir que es necesario contextualizar el concepto y la práctica de la EPS, siendo importante planificar para construir un programa de EPS de acuerdo con la realidad, que en la práctica no puede quedar restringido apenas a la planificación y finalmente la EPS en la práctica está constituida de procesos simples, y que deben estar de acuerdo con la realidad de cada espacio de trabajo.

Descriptorios: Educación en Salud, Política de capacitación de los Recursos Humanos en Salud, Salud Pública.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APNVG: Associação de Proteção à Natureza do Vale do Gravataí

BVS: Biblioteca Virtual em Saúde

CES: Conselho Estadual de Saúde

CIB-RS: Comissão Intergestora Bipartite do Rio Grande do Sul

CIES: Comissão de Integração de Ensino e Serviço

CIDA: Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional

CGR: Conselho Gestor Regional

CONASEMS: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CRS: Coordenadoria regional de Saúde

EC: Educação Continuada

EP: Educação Permanente

EPS: Educação Permanente em Saúde

FIOCRUZ: Fundação Instituto Oswaldo Cruz

MS: Ministério da Saúde

NOB-RH/SUS: Norma Operacional Básica dos Recursos Humanos na Saúde

NUMESC: Núcleo Municipal de Educação e Saúde Coletiva

NURESC: Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva

ONG: Organização não Governamental

OMS: Organização Mundial da Saúde

OPAS: Organização Pan Americana de Saúde

PEPS: Polos de Educação Permanente em Saúde

PASCAP: Programa de Adestramento em Saúde da América Central

PNEPS: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PMS: Plano Municipal de Saúde

PROVAB: Programa de Valorização do Profissional da Assistência Básica

RESC: Rede Estadual de Saúde Coletiva

NURESC: Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva

RS: Rio Grande do Sul

SILOS: Sistemas Locales de Salud

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

SGTES: Secretaria Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

UFRGS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UNESCO: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

TABELA DE IMAGENS

Figura 1 Margens do Rio Gravataí local onde iniciou o povoamento da cidade	20
Figura 2 Mapa do Estado do Rio Grande do Sul, evidenciando o Município de Gravataí.....	21
Figura 3 Representação do mapa do Município de Gravataí, com as suas regiões administrativas.....	23
Figura 4 Diagrama representando a EPS e sua interação com as demais instâncias	40
Figura 5 Quadro comparativo representando as diferenças entre a EC e a EP	48

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1. Os passos que me trouxeram à construção do tema de pesquisa.....	14
1.2. Gravataí: um histórico do cenário de pesquisa.....	18
2 REFERENCIAL TEÓRICO	24
2.1 A construção da política de educação em saúde na América Latina e países do Caribe	24
2.1.1 A construção da política de educação em saúde no Brasil: questões teóricas e legais	28
2.1.2 A Contextualizando a inserção do NUMESC no Estado e na SMS de Gravataí	38
2.2 A Educação Continuada e a Origem da Educação Permanente em Saúde: no cotidiano as práxis dos profissionais de saúde.....	41
3 OBJETIVO	49
3.1 Objetivos Específicos	49
4 PERCURSO METODOLÓGICO	50
5 RESULTADOS	53
5.1 O Desafio de Implantar um Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva	53
5.2 Educação Permanente em Saúde: O Cotidiano na Prática	58
5.3 Desafios e potencialidades enfrentados para a implantação da Educação Permanente em Saúde.....	69
6 ARTIGO CIENTÍFICO	78
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS	97

1 INTRODUÇÃO

1.1 Os passos que me trouxeram à construção do tema de pesquisa

O presente estudo tem como tema de pesquisa a Educação Permanente em Saúde (EPS), no contexto da implantação de um Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC). A pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), tendo como linha de investigação o planejamento e a gestão em saúde.

Como o trabalho está vinculado a um projeto que aborda as potencialidades e as fragilidades dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), considerei importante buscar referências para entender as estratégias utilizadas nos processos relacionados à Educação Permanente em Saúde. Optei pelo tema por acreditar ser uma ferramenta para promover a melhoria da qualidade dos serviços dentro da perspectiva de que investir nos sujeitos, os trabalhadores em saúde, é uma decisão que possibilita transformações nas equipes, logo qualificando o trabalho em saúde.

Há diversos conceitos para definir a EPS, já que se trata de um processo que deve estar identificado com a realidade e o momento vivenciado dentro da instituição ou de um determinado espaço, podendo ter diferentes significados. Os conceitos aqui trabalhados têm um conteúdo diverso, os quais contribuem e ajudam a definir a abrangência da EPS, tendo em comum: a prática educativa de acordo com a realidade local, a melhoria do trabalho com o foco na formação e contribuição do sujeito.

O conceito que melhor descreve a EPS é referido por Ceccim e Feuerwerker (2004), como uma proposta de ação estratégica para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos implicando no trabalho articulado entre os sistemas de saúde – em suas várias esferas de gestão e as instituições de ensino. Assim, colocaria em evidência a formação para a área da saúde como construção da educação em serviço ou da EPS, promovendo a agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e a participação popular.

Ao escrever sobre o tema de pesquisa, considero importante compartilhar os caminhos que me levaram a pesquisar e desenvolver minhas atividades profissionais, voltadas à Educação Permanente em Saúde. Desde criança, sempre fomos questionados sobre o que queremos ser quando crescer. Na época da minha infância nunca planejei ser bióloga e muito

menos professora, mas no meu primeiro emprego, em um estabelecimento comercial, logo pensava que meu trabalho deveria ser importante para o público, que não poderia ter um fim meramente comercial. Pela janela deste local, enxergava o único hospital da cidade e almejava trabalhar lá.

Ingressei no hospital trabalhando na área administrativa e logo me interessei de fato pela saúde. No meu primeiro vestibular tinha três opções de preferência, sendo que minha primeira opção foi o Curso de Enfermagem, a segunda Biologia e a terceira Filosofia. No dia da prova, conversando com a pessoa responsável pela sala onde seriam aplicadas as provas, ela me contou que cursava Biologia, falou-me do currículo, explicou que se tratava de um curso amplo e que os profissionais poderiam atuar em diversas áreas. Imediatamente a possibilidade de ampliar as opções de campo de trabalho me motivou, deixei as outras opções de lado e fui cursar a Graduação em Ciências Biológicas na Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Ainda frequentando a graduação em Ciências Biológicas, sempre direcionei meu currículo para a Saúde Pública. Quando era permitido realizar disciplinas de livre escolha, buscava temas que pudessem contribuir para a minha formação enquanto trabalhadora em saúde, pois este era o meu objetivo de vida profissional. Ao concluir a graduação, estava apta para exercer a profissão de bióloga tanto nos campos de pesquisa como na sala de aula, o que considerei um ponto de chegada a um objetivo e, de partida para outras metas da minha vida profissional.

Enquanto bióloga e trabalhadora em saúde atuando no campo do planejamento, no município de Gravataí, tinha como função elaborar os projetos ligados aos recursos destinados para a Vigilância em Saúde, pois era necessário um profissional técnico, com conhecimento para elaborar projetos pertinentes à área de atenção à saúde. O Ministério da Saúde, destino da maioria dos projetos elaborados pela Secretaria Municipal da Saúde de Gravataí (SMS), investia ao destinar recursos para os municípios e, por isso demandava por pessoas especializadas para formular projetos técnicos adequados às necessidades de investimento e compatíveis com as características da saúde local. Com o objetivo de explorar a capacidade em elaborar projetos optei por cursar uma especialização na área. A Fundação Instituto Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) estava oferecendo a Especialização em Elaboração de Projetos na Área da Saúde, oportunidade que não desperdicei por achar que teria aplicação no meu trabalho, ainda no setor de projetos.

Ao concluir a Especialização, a demanda por projetos aumentava, então o Setor de Projetos em Saúde passou a contar com uma equipe múltipla, formada por arquitetos, enfermeiros e contadores. Estava formado o Setor de Planejamento da Secretaria de Saúde e eu continuava com a responsabilidade de elaborar projetos para captação de recursos, ou cooperações técnicas entre instituições que tivessem este mesmo propósito. Neste momento, não mais com projetos focados somente na Vigilância em Saúde, havia encaminhamentos para todos os níveis de atenção à saúde.

Por atuar também como profissional da educação, constantemente chegavam demandas relacionadas à educação na saúde. Este tema, muitas vezes distante, agora era uma realidade municipal e trazia a necessidade de ter pessoal com formação para debater, nos fóruns já instituídos e colaborar nos processos de implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Desta forma, passei a assumir esta função.

A PNEPS é uma forte estratégia de valorização profissional e do aprimoramento do trabalho em saúde, contribuindo para a consolidação do SUS. Esta Política foi estabelecida através da Portaria nº 198/04, tendo alterações significativas através da Portaria nº 1996/2007, ainda em vigência. Atualmente alterações na Política vêm sendo realizadas com objetivo de melhorar os processos de trabalho no SUS. O Ministério da Saúde utiliza a PNEPS como uma ferramenta para a valorização dos serviços e profissionais em saúde.

A EPS iniciou sua trajetória no Brasil por volta da década de sessenta, impulsionada por instituições internacionais, com a intenção de promover a melhoria dos serviços de saúde, após, passou por mudanças relacionadas com períodos políticos e sociais na história do País, tais alterações foram desencadeadas a partir da Reforma Sanitária e na homologação da Constituição Federal no ano 1988.

Enquanto profissional da saúde e da educação, a temática era familiar, no entanto, era necessário buscar subsídios para trabalhar com este campo, com a compreensão dos processos específicos da Educação na Saúde. Novamente considerei necessário buscar uma formação na área; oportunamente, fui convidada a cursar uma Especialização em Educação em Saúde, oferecida pelo Hospital Sírio Libanês e o Ministério da Saúde. Ao frequentar o curso, comecei a entender a importância deste tema no cotidiano de nosso trabalho em saúde, e que a forma de abordagem diferenciada poderia ajudar os profissionais a se colocarem como sujeitos atuantes no seu trabalho, abrindo possibilidades que iriam se refletir nos serviços e na atenção ao usuário. Neste período, percebi que tinha potencial e disponibilidade para trabalhar com o tema da Educação em Saúde.

Assim, concluí a especialização acreditando que a Educação Permanente em Saúde é impactante enquanto instrumento de desenvolvimento para os serviços e para os profissionais de saúde. No mesmo período, ingressava no Mestrado em Saúde Coletiva na UFRGS, buscando ampliar e aprofundar meu conhecimento no campo da saúde, embasada por concepções críticas aplicadas na minha área de trabalho.

As questões referentes à educação em saúde passaram a fazer parte do meu cotidiano de trabalho, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde atingia a esfera de maior capilaridade, a municipal. Então, chegava o momento em que os municípios deveriam assumir a sua responsabilidade enquanto nível de gestão para efetivar sua implementação.

Quando a gestão da Secretaria Municipal da Saúde fez a opção de implantar o Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC), por fazer parte da equipe de planejamento e por estar acompanhando as tratativas em relação à implantação dos processos de Educação na Saúde, eu representava a Secretaria de Saúde de Gravataí, na Comissão de Integração Ensino e Serviço (CIES), e no Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva (NURESC), da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde. Este era o local em que ocorriam os fóruns de discussão em relação à educação e saúde e, uma das pautas mais importantes nos encontros do fórum era a formalização dos núcleos municipais.

O NURESC foi instituído pela Portaria Estadual nº 039 de 01 de dezembro de 2000, é a instância regional responsável por desencadear uma política de formação e de educação continuada permanente junto aos municípios, e assim, deu início nas articulações para implantar os Núcleos Municipais. Como resultado destas articulações e propostas no ano de 2013, foi aprovada pela Comissão Intergestora Bipartite (CIB/RS), a Resolução 590/13 que regulamentava os núcleos de educação municipais.

Tendo o projeto formalizado e instituído, fui convidada a deixar o Setor de Planejamento em Saúde e colaborar na implantação do NUMESC em Gravataí. Desafio aceito.

No NUMESC, os primeiros desafios consistiram em compor uma equipe de trabalho, fazer uma análise da situação em relação à formação para o trabalho que já estavam em desenvolvimento. A partir das reflexões sobre minha atuação, surgiram questionamentos importantes em relação aos processos de EPS, que geraram o interesse em pesquisar o tema, dentro no cenário descrito por mim e pela vivência de implantação do núcleo:

- Como ocorreu o processo de implantação do NUMESC Gravataí?

- Como o conceito de EPS é compreendido entre os profissionais de saúde, coordenadores de áreas e gestores?
- Quais as estratégias de EPS foram desenvolvidas no município?

Esses questionamentos constituíram as análises do presente estudo, compostas a partir das percepções do caminho percorrido, desde a proposição do projeto de implantação de um Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva no Município de Gravataí, e os principais desafios após instituído, início das atividades e no decorrer do processo de estruturação de uma proposta de formação para o trabalho orientada pela PNEPS.

Na construção da minha dissertação, trago uma breve descrição do município de Gravataí e sua rede de serviços de saúde para localizar o leitor. Exploro, na revisão teórica, o histórico, a revisão conceitual, as iniciativas, os movimentos que culminaram na instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, no Brasil, seus desafios e potencialidades. Para isso, busco as suas origens dentro do referencial teórico, o início das ações de propositura da EPS como um processo desencadeado conjuntamente pelos países da América Latina e Caribe.

Após a construção dos objetivos e do percurso metodológico, apresento, nos resultados e discussão, a construção de três categorias temáticas:

- 1) O Desafio de Implantar um Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde Coletiva, Educação Permanente em Saúde;
- 2) O Conceito no Cotidiano da Prática;
- 3) Os Desafios e Potencialidades Enfrentados para a Implantação da Educação Permanente em Saúde.

Nos resultados, relatei a experiência e as vivências, enquanto trabalhadora em saúde no NUMESC. Compreendo que os relatos do vivenciado vão contribuir para a compreensão da realidade enfrentada pelos serviços, frente às estratégias e teorias orientadas pelo Ministério da Saúde, e assim, auxiliar na construção de propostas conjuntas nos espaços de discussão e decisão em relação à Educação Permanente em Saúde.

1.2 Gravataí: um histórico do cenário de pesquisa

Gravataí é um município que dista 30km da capital do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, que investiu na sistematização do NUMESC logo após o estabelecimento da

resolução que os instituiu. Para relatar a trajetória percorrida, considero importante contar um pouco da história da cidade e descrever suas características para ambientar a pesquisa.

Caribebe-Guaçu, Pindobuçu, Potiguara ou Ara Abaeté, traduzindo, O Grande Anjo Caibé, esse é o nome do Cacique da Tribo dos Carijós que habitavam as terras da cidade, hoje denominada Gravataí, na época chamada de Caibe no Século XVIII. Contam as lendas locais que o forte e poderoso cacique alardeava, que fora gerado por uma mulher, mas era mesmo filho de um anjo e que seus filhos e netos vinham ao mundo com dentes e falando (GRAVATAÍ, 2016).

O Município de Gravataí foi fundado em abril de 1763 com a criação da Aldeia de Nossa Senhora dos Anjos, quando a coroa portuguesa com o objetivo de expandir-se pelo sul do continente americano, distribuiu as cartas de sesmarias para povoadores de terras. Os colonizadores Pedro Gonçalves Sandoval, de origem peruana e João Lourenço Veloso, de açoriana. Receberam as primeiras parcelas de terra, por já habitar o Rincão de Gravataí, que estava localizado nos campos de Viamão (GRAVATAÍ, 2016).

Índios da tribo Guarani, trazidos pelos açorianos, foram alocados nas proximidades do rio Gravataí, dando início ao povoamento da Aldeia dos Anjos, o que continuou com a chegada de José Marcelino de Figueiredo, pois trouxe com ele os Índios Tapes, foragidos das missões jesuíticas do Uruguai, com eles foi construída a primeira escola, moinho e olaria. Embora o povoamento tenha sido iniciado bem antes, a fundação da Aldeia dos Anjos foi oficializada em 8 de abril de 1763 e era formada por um vasto território que incluía as terras aonde atualmente é Porto Alegre (GRAVATAÍ, 2016).

A Aldeia Nossa Senhora dos Anjos foi emancipada da Freguesia de Nossa Senhora da Conceição de Viamão, em 1806 e foi transformada em um distrito de Porto Alegre. A emancipação de Porto Alegre aconteceu em 1880, que então passou a ser chamada de Vila Nossa Senhora dos Anjos de Gravataí, hoje Gravataí (GRAVATAÍ, 2016).

Localizada às margens do Rio Gravataí (Figura 1), o nome da cidade teve origem em uma espécie de bromélia abundante no seu território, conhecida como Gravatá, na língua Tupi-Guarani e, Hy no mesmo idioma significa rio, Rio dos Gravatás é a tradução para o nome da cidade de Gravataí (GRAVATAÍ, 2016).

Figura 1. Margens do Rio Gravataí, local onde iniciou o povoamento da cidade.



Fonte: APNVG-RS, (2016).

O desenvolvimento econômico da cidade teve como base o cultivo da mandioca, cuja farinha era artigo de exportação inclusive para fora do país pelas margens do rio, na região do Passos das Canoas. A farinha de mandioca garantiu o desenvolvimento da cidade até a primeira metade do Século XX. Nos anos de 1930, a cidade tem uma fase desenvolvimentista, com instalação da energia elétrica e a construção de uma via ligando o Município a Porto Alegre. Atualmente, Gravataí é interligada com a região metropolitana por importantes rodovias, as Rodovias Federal 290 e Estaduais RS 118, a RS 020 e RS 030, sendo acesso ao Litoral e à Serra Gaúcha.

Nas décadas de 1960 e 1970, as primeiras indústrias instalaram-se no município, dando início ao distrito industrial, hoje, com grande importância para a economia municipal, embora até o início dos anos 2000 a cidade tenha sido considerada como dormitório, ou seja, seus habitantes trabalhavam na capital e retornavam para seu município à noite ou nos finais de semana. Os seus habitantes moravam no município e trabalhavam na capital e outras cidades circunvizinhas. Este quadro começou a se alterar no final dos anos de 1990. O crescimento populacional foi significativo quando a General Motors (GM), indústria automotiva, anunciou as instalações de seu complexo no município. A partir daí a população que era de 157.000 habitantes no ano de 1997, passou para 255.762 habitantes em 2010, causando o aumento da demanda por serviços oferecidos no SUS (IBGE, 2016).

Atualmente, Gravataí é uma cidade de grande porte, mas mantém seus ares de cidade do interior, com tradições mantidas pelas famílias açorianas que fundaram a região, e o

tradicionalismo gauchesco que têm inserção em todas as camadas da sociedade. Na região central está localizada a sede administrativa do governo municipal, em que estão centralizadas a maioria dos serviços, têm uma região urbana centralizada em grandes aglomerados populacionais e uma extensa região rural, que faz divisa com cinco municípios, sendo eles Cachoeirinha, Viamão, Alvorada, Glorinha, Taquara, São Leopoldo, Sapucaia, Esteio e Novo Hamburgo. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH M), no ano de 2010 foi 0,736 (IBGE, 2016). O IDH de Gravataí representa que o município encontra-se em um nível de mediano a bom de desenvolvimento.

Figura 2. Mapa do Estado do Rio Grande do Sul, evidenciando o Município de Gravataí.



Fonte: Wikipédia, (2016).

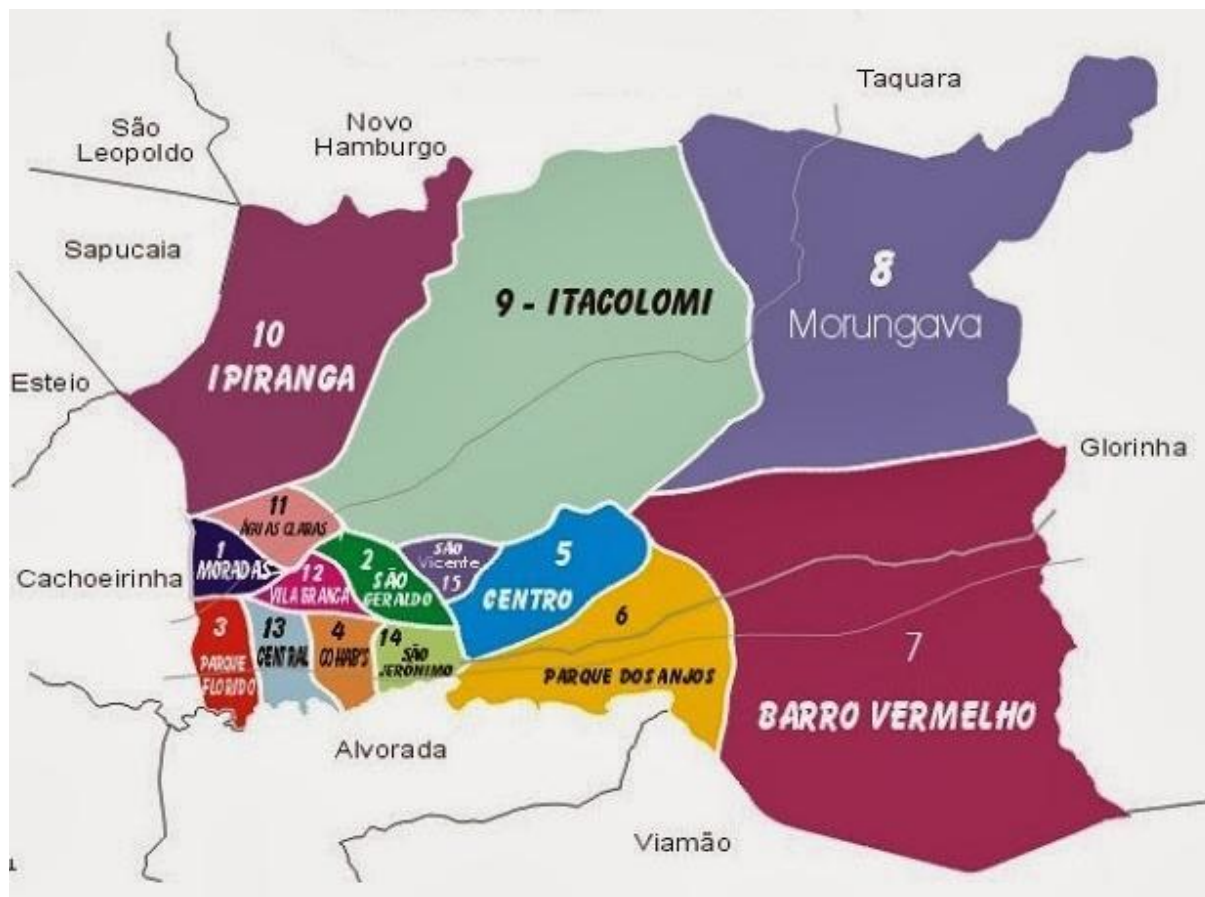
A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Gravataí foi instituída em 1994, na sua criação o quadro de pessoal era restrito, mas dava conta da pequena rede de serviços municipais. Quando se desencadeou o processo de municipalização dos serviços de saúde, em 1996, muitos servidores da esfera estadual e federal passaram a compor os quadros da SMS e, os serviços destas instâncias existentes na cidade, passaram para a responsabilidade da rede municipal. Estes movimentos resultaram no aumento do quantitativo de trabalhadores e também da rede de serviços de saúde (GRAVATAÍ, 2016).

Anos mais tarde, devido ao crescimento populacional, a intensa demanda por serviços e as diversas normatizações do SUS, a secretaria passou a contar com equipes de saúde mais complexas e várias categorias profissionais ingressaram nas equipes de trabalho da SMS. Um dos fatos que marcaram essa transição foi a habilitação do município para a Estratégia da Saúde da Família em 2005 e a habilitação para a Gestão Plena do Sistema de Saúde, no ano de 2006 (GRAVATAÍ, 2016).

Atualmente a rede municipal de saúde é composta por 42 serviços entre unidades tradicionais de saúde (UBS), unidades de estratégia de saúde da família (ESF), serviços especializados e de urgência. Há prestadores de serviços privados que têm contratualização para prestar serviços aos SUS, incluindo um hospital geral (GRAVATAÍ, 2016).

A Atenção Primária em Saúde é formada por vinte e oito Unidades Básicas de Saúde, sendo que dez ainda funcionam no modelo tradicional de atenção e dezoito pertencem a ESF. O município conta com quarenta e três equipes de ESF, tendo uma cobertura de 53% do território municipal, sendo que na região rural do município a cobertura é de 100%. Quando o município optou pela adesão a ESF, houve a decisão da gestão, de habilitar primeiramente as unidades localizadas no setor rural, devido à localização e a dificuldade de acesso aos demais serviços. Inicialmente esta cobertura foi parcial, e com a expansão da Estratégia gradualmente toda a extensão rural do município passou a ser atendida (GRAVATAÍ, 2016).

Figura 3. Representação do mapa do Município de Gravataí, evidenciando suas regiões administrativas.



Fonte: Prefeitura Municipal de Gravataí, (2016).

Ressalta-se que o primeiro passo para disparar iniciativas em busca de novas práticas de Educação em Saúde na rede foi o reconhecimento pela equipe de que era preciso investir em iniciativas relacionadas à formação dos profissionais da rede.

Em suma, com este cenário era necessário materializar uma proposta viável de fortalecimento da força de trabalho, garantindo aos profissionais, gestores e usuários uma alternativa de melhoria dos espaços de trabalho que compreende o universo do SUS em Gravataí.

O referencial teórico que traz este estudo fundamenta esta necessidade.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Quando me propus a estudar a Educação Permanente em Saúde percebi a importância de conhecer seu conceito, o seu percurso, desde a sua inserção em conjunto com países da América Latina até a implantação da Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil. Então me proponho aqui relatar os resultados desta busca desde as origens até a sua fundamentação como um processo complexo que subsidia os trabalhadores e gestores em saúde na busca pela melhoria da atenção à saúde.

2.1 A construção da política de educação em saúde na América Latina e países do Caribe

A EPS é uma estratégia pensada e debatida há alguns anos, na América Latina desde que alguns países, tomaram a iniciativa de se reunir para planejar e instituir o processo, articulando alternativas conjuntas para a América Latina e Caribe, com o apoio da OPAS. Tendo a intenção de compreender como se desenvolveu a trajetória da EPS desde a sua idealização até a sua consolidação no Brasil como uma Política pensada para a mudança de práticas e crescimento dos profissionais de saúde, a construção teórica aqui debatida tem o objetivo de compreender o contexto histórico e a sua atualidade.

Ao pesquisar a EPS na América Latina, constata-se que a terminologia é ampla, encontram-se denominações como Educação Médica, Educação para Profissionais da Saúde e Educação para Especialização ou Educação para Médicos e Enfermeiros. Talvez isso se deva ao fato de que muitos países, aqui pesquisados, não trabalham com a lógica de equipes de saúde multidisciplinares constituídas em seus serviços, o que é um fator impactante nas metodologias e processos de trabalho e, por isso, o planejado em relação à EPS tem diferenciais.

A Organização Mundial de Saúde, reunida em Genebra, no ano de 1973, coloca em pauta e começa a debater a educação dos profissionais trabalhadores da saúde. Coincidentemente, a UNESCO também tratava da solução para problemas na educação adulta nos países em desenvolvimento. A pauta era discutida em nível mundial, tanto que na Europa e América do Sul, já haviam pesquisadores escrevendo sobre as potencialidades do trabalho como fonte de desenvolvimento para experiências de aprendizagem. O Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos continuou em debate, através da UNESCO, ao longo dos anos, despertando o interesse dos países da região e de outros mais distantes como o

Canadá que financiou, durante muito tempo, os debates sobre os problemas e as contradições entre o avanço da ciência e tecnologia e a persistência dos problemas de saúde ou ainda o seu agravamento. Os conflitos entre a formação dos profissionais de saúde e a atuação nos serviços continuam sendo considerados pontos críticos dos problemas de saúde, o que entrou em debate e teve a contribuição de áreas da educação para solucionar esta problemática (OMS, 1993).

Em 1979, iniciou-se um programa nas Américas, promovido pela OPAS e a Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional (CIDA), tendo como países participantes Bolívia, Cuba, Colômbia, Equador, Guatemala, Nicarágua e República Dominicana. O objetivo era estabelecer e desenvolver programas permanentes de educação para o conjunto de profissionais de saúde. Os países participantes ressaltaram a necessidade de formar um grupo multidisciplinar responsável pela educação dos profissionais de saúde em cada Ministério da Saúde, com o compromisso e a capacidade de avaliar, e planejar programas de EP para profissionais de saúde nos países da América Latina e Caribe (VIDAL et al., 1986).

O marco deste Projeto Regional foi que, em cada país, destacou-se a importância de destinar um grupo multidisciplinar, responsável pela Oficina de Recursos Humanos dos Ministérios da Saúde, com capacidade de programar e avaliar os Programas de Educação Permanente e Contínua para o Pessoal da Saúde, principalmente para os que atuam na Atenção Primária (VIDAL et al., 1986).

Segundo Lopes et al. (2007), a OPAS identificava falhas e necessidades na formação dos profissionais que atuavam nos serviços de saúde e impulsionou um processo de incentivo à melhoria dessas práticas, o que desencadeou uma sucessão de iniciativas internacionais e locais para melhorar os processos de saúde de forma planejada.

No início dos anos de 1980, houve um forte incentivo aos esforços dos participantes para avançar em relação a um processo de melhoria Educação em Saúde da América Latina. Nesse contexto, surgiam iniciativas locais relacionadas à realidade local dos países constituintes do grupo de discussão, que tinha em sua composição países da Região Caribenha. Na Colômbia, o Projeto de Participação da Docência nos Serviços iniciou-se no final dos anos de 1970; simultaneamente às ações de Educação Continuada (EC), em Cuba alcançavam um grau de desenvolvimento considerável. Neste mesmo período, o Projeto de Preparação para a Estratégia de Pessoal da Saúde no Brasil encontrava-se em fase de desenvolvimento (VIDAL et al., 1986).

No princípio dos encontros, todas as tentativas de construir uma proposta estavam centradas em encontrar novas metodologias alternativas, baseadas na teoria construtivista, e incluíam uma busca pelas mudanças do pensamento e da prática. Esta proposta não entrava em embate com as concepções vigentes, assim não apontavam para grandes mudanças. Uma boa parte das construções em grupo ficou concentrada em tirar propostas para instrumentalizar as equipes de trabalho em todos os níveis de atenção, principalmente local. Primeiramente as habilidades técnicas foram priorizadas, para impulsionar a mudança de pensamento. Com exceção do Brasil, que começou a colocar em práticas alternativas como a participação do controle social e intervenções que priorizavam a razão, a finalidade dos processos de EPS, e a sua relação com as demais políticas do setor saúde surgiram poucos avanços (ROSCHKE; DAVINE; HADDAD, 1993).

Os relatórios observados durante essa pesquisa deixam explícito que estes eventos fortaleciam a troca de experiências e soluções conjuntas para problemas locais e de outros países, mesmo com diferenças na cultura, no sistema político e no panorama social. Era perceptível que haviam resultados positivos para o avanço das tratativas e propostas para a problemática da educação e melhoria dos serviços de saúde na América Latina.

Em 1980, o Programa de Educação Continuada, começou a mostrar seus frutos na maioria dos países participantes. No mesmo ano, o Programa de Adestramento em Saúde da América Central e Panamá (PASCAP), foi designado como centro de referência do Programa de Educação Contínua. Em 1981, na Costa Rica, foi organizado o primeiro encontro de avaliação da EC envolvendo os países participantes da proposta, sendo considerado que a participação da OPAS foi de grande importância para a organização e implementação do Programa, e a motivação dos responsáveis em cada país foi um fator crucial para a efetivação do projeto. Outra avaliação ocorreu em 1984, em que além dos resultados positivos dos programas instituídos em cada país, foi debatida a importância de garantir financiamento para atividades educacionais, destinar recursos humanos adequados e com capacidade técnica para a formação dos profissionais de saúde (VIDAL et al., 1986).

Nesta época, o que causa estranhamento são as terminologias adotadas por órgãos internacionais como “adestramento” e “recursos humanos”, demonstrando uma visão de educação continuada nascida na indústria para promover programas verticais e de uma educação que não se aproxima da problematização e da construção de possibilidades, a partir das realidades e necessidades locais em saúde.

Sucessivos encontros regionais foram realizados para avaliar a implantação dos processos de EP na AL e Caribe, além de trazer ideias de outras realidades, também traziam as novidades propostas e exitosas de outras localidades, ali representadas. Dentre estas estavam as organizações de Sistemas Locais de Saúde, os Territórios de Saúde, a reorganização dos serviços e a participação social, consideradas iniciativas exitosas. À medida que as práticas metodológicas avançavam, chegava-se à conclusão de que o conhecimento e a técnica não são os únicos componentes das necessidades de EP, mas também as insuficiências identificadas para cada categoria profissional. Portanto, foi necessário pensar em mudança na concepção das equipes de trabalho que deveriam deixar de buscar o resultado final para pensar em quantificar as metas programadas (ROSCCHKE; DAVINI; HADDAD, 1993).

A cada encontro de avaliação chegava-se à conclusão de que este programa atingira grande parte de seus objetivos, facilitando o estabelecimento de estruturas adequadas de EC, em muitos dos países participantes, além de promover um modelo genérico de material, para aplicação de elaboração de módulos para educação dos profissionais e auxiliares de saúde em diversos países, mas sempre chamando a atenção para a necessidade de aplicar recursos financeiros e investir em pessoal adequado para elaborar programas de educação contínua nos países. Desde então, programas para formação de profissionais da área da saúde começam a ser mantidos por instituições governamentais e com fins lucrativos, persistindo ao longo do tempo, na América Latina, constantes avaliações que traziam mudanças, pois a técnica e procedimentos para avaliar a produção profissional eram conhecidos. Nas escolas da América Latina, as teorias não se diferenciavam muito, mas é importante respeitar a realidade e as necessidades locais. A partir destes movimentos, os países envolvidos começavam a trilhar seu próprio caminho, mas tendo como referencial as decisões combinadas e negociadas para a América Latina (VIDAL et al., 1986).

As experiências dos anos 80 se destacaram durante esta época e facilitaram a construção de uma proposta coletiva de intervenção. Elas se baseavam no trabalho como campo de aprendizagem, o que resultou em um documento construído no encontro organizado pela OPAS, no ano de 1988, no México, este caracterizando-se pela forte defesa da Educação Permanente para os trabalhadores da saúde (ROSCCHKE; DAVINE; HADDAD, 1993).

Para Roschke, Davine e Haddad (1993), a busca pela melhoria dos serviços de saúde na América Latina e no Caribe, partiu da ideia de construir conjuntamente alternativas para aprimorar a prestação de serviços e implementá-las continentalmente. No decorrer deste processo, concluiu-se que não era possível elaborar uma proposta única para um território tão

extenso, com tanta diversidade cultural e condições sociais diferenciadas. Os representantes dos países envolvidos neste planejamento, ao conhecer e discutir as propostas exitosas das nações ali representadas, chamaram a atenção para a natureza diversa dos problemas, necessidades e potencialidades em relação à EPS. A avaliação contínua em fóruns organizados proporcionou novas propostas, reorganizações, aprofundamento dos processos implantados e avaliação das estratégias e necessidades que viriam a contribuir para o enriquecimento dos métodos utilizados ao implantar a EPS nos países da América Latina e Caribe.

Esses conceitos desenvolveram-se gradualmente, na América Latina, embora a essência da aprendizagem significativa tenha surgido posteriormente com a continuidade dos debates.

Ao pesquisar sobre os conceitos da Educação em Saúde na América Latina e Caribe, observei que o termo EPS é muito utilizado no Brasil, nos demais países, o termo EC é o mais propagado. A terminologia específica para a educação permanente na saúde contribui para alicerçar as práticas, destacando a importância das ações educacionais para a saúde baseada nas vivências de seu cotidiano.

2.1.1 A construção da Política de Educação em Saúde no Brasil: questões teóricas e legais

Com a discussão desencadeada na América Latina e países do Caribe, no Brasil, em 2003, foi implantada uma política pública voltada para o desenvolvimento dos sistemas de saúde, ancorada na aprendizagem significativa, como mecanismo efetivo de formar trabalhadores em saúde. O termo Educação Permanente em Saúde passa a ser utilizado e os sistemas de saúde começam a trabalhar com o conceito de Educação Permanente e os recursos humanos da saúde (BRASIL, 2004).

A trajetória, até então apresentada, demonstra claramente que as metodologias utilizadas para introduzir e estabelecer propostas em relação à educação para a saúde têm bases democráticas e respeitam as peculiaridades locais, incentivando a prática libertária dos sujeitos envolvidos no campo da saúde. Este panorama é fruto de um percurso construído sobre objetivos e metas de melhoramento dos serviços de saúde e do trabalho profissional.

Antes da instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), foram constituídos outros passos importantes que resultaram neste desfecho, e

contribuíram na caminhada dos processos de formação dos profissionais nos quadros do SUS. Estas iniciativas tinham a intenção de dar início a um novo processo de conhecimento e de trabalho, com potenciais de transformação do cotidiano, do sujeito e das equipes que atuavam no serviço de saúde (LOPES et al., 2007).

A evolução conceitual de EC para uma Política de Educação Permanente em Saúde aconteceu pelos movimentos de mudanças na gestão, na atenção à saúde e no entendimento de que era necessário abarcar a educação para profissionais de saúde. O conceito passou a considerar a importância de compor um Quadrilátero da Formação, que deveria contemplar a mudança nas práticas, aliadas à formação dos profissionais, assim passou-se a adotar o termo Educação Permanente em Saúde (EPS) (CECCIM, 2005).

No Brasil, o percurso da EPS é longo e começou impulsionado pelo mesmo movimento que ocorreu na América Latina, internamente ganhando forças no Movimento da Reforma Sanitária. Esta foi uma das defesas do movimento, decorrente de suas proposições, a luta pelo estabelecimento de uma estratégia de formação para os profissionais de saúde tendo como propósito a melhoria dos serviços, questão que perpassou nas sucessivas conferências de saúde. A problemática da formação foi motivo de luta dos gestores e dos próprios profissionais de saúde, ainda contou com o acompanhamento dos Conselhos de Saúde, em cada instância, que atuavam conjuntamente na defesa de uma estratégia de mudança nas práticas de saúde, tendo como meta a formação para o SUS.

O Movimento da Reforma Sanitária foi motivado, dentre outros atores, por profissionais de saúde que buscavam transformações na sua área e para o sistema de saúde. Tinha como motivação a busca por melhores condições de vida da população e, a este movimento deve-se muitas conquistas como o acesso universal à saúde, garantido pela Constituição Federal e o estabelecimento do SUS.

Remontando a história da formação em saúde, em 1977, na VI Conferência Nacional de Saúde, a EC foi referida pela primeira vez como uma necessidade inerente ao profissional sanitário, pois era necessário adquirir conhecimentos, além da formação inicial. Na VII Conferência, em 1980, a educação continuada veio relacionada a projetos de extensão de cobertura, ressaltando propostas que visavam à implantação de programas de integração docente-assistencial. As Conferências Nacionais de Saúde de 1986 e 1992 chamaram a atenção para a importância da formação de recursos humanos, formação dos profissionais de forma regionalizada e integrada, a inclusão no currículo de ensino em saúde das práticas

integrativas, capacitação e reciclagem permanente, além da convocação de conferências específicas para o tema (LOPES et al., 2007).

Neste intervalo de tempo foi promulgada a Constituição Federal, garantindo o direito à saúde, estabelecendo o SUS e os seus princípios, determinando ainda garantia de acesso de toda a população, o que resultou na necessidade de ter um sistema de saúde organizado para atender a população de forma integral, demandando cada vez mais a busca por um profissional preparado para atuar neste Sistema.

Ainda em 1986, ocorre a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde que teve como tema a política de recursos humanos rumo à reforma sanitária. Constando em seu Relatório Final (BRASIL, 1986), a necessidade de articulação mais estreita entre as instituições que prestam serviços e aquelas que formam o profissional de saúde; a importância dos trabalhadores em saúde participarem em discussões sobre a formação de recursos humanos na perspectiva do trabalhador de saúde; a inadequação da formação de mão de obra em saúde em relação às necessidades de saúde da população brasileira e às necessidades dos serviços; e proposição do processo de educação continuada em serviço (LOPES et al., 2007).

Chega-se à conclusão de que o saber da área estava fragmentado em campos profissionais, fazendo com que cada profissional dominasse somente uma parcela do conhecimento necessário à atenção em saúde. Além da divisão técnica, chamou atenção a divisão social do trabalho pela repartição das tarefas em diferentes níveis de complexidade, o que fortalecia a hierarquização dos serviços em saúde (BRASIL, 1986).

Pode-se perceber ainda que, apesar de ser pensado um conceito mais abrangente de educação em saúde, utilizavam-se critérios engessados e que figuravam como educação continuada, tais como recursos humanos, mão de obra e a divisão técnica do trabalho. Porém, é necessário relativizar esta questão, na medida em que havia uma preocupação ou mesmo tentativa de reflexão sobre um modelo mais adequado para a formação em serviço.

Com a regulamentação do SUS, pela Lei nº 8080/90 (BRASIL, 1990), tornou-se imprescindível organizar os processos educativos, e os municípios deveriam assumir o compromisso de formar e ordenar os recursos humanos do SUS. Uma vez que a normativa estabelece responsabilidades em diferentes esferas, passa a ser um fator imprescindível para oferecer os serviços, conforme preconizado pelos princípios do SUS.

A II Conferência Nacional de Recursos Humanos na Saúde, ocorrida em 1993, já trabalhou com o conceito de aproximar educação, trabalho e, o ambiente de trabalho ser o próprio espaço de aprendizado baseado nas práticas cotidianas (LOPES et al., 2007).

A participação social na construção do SUS foi um fator importante para a sua constituição. A organização dos representantes garantiu os interesses e a defesa das necessidades da população. As conferências de saúde são um exemplo da participação da sociedade civil, discutindo e apontando soluções para os problemas que envolvem a saúde da população. As Conferências de Recursos Humanos da Saúde não foram diferentes e o público mais interessado, os profissionais de saúde, debateram questões importante para a construção de melhores relações entre o trabalho e saúde.

A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde de 1996 (NOB/RH-SUS) trouxe o seu conceito de Educação Permanente:

Constitui-se no processo de permanente aquisição de informações pelo trabalhador, de todo e qualquer conhecimento, por meio da escolarização formal ou não formal, de vivências, de experiências laborais e emocionais, no âmbito institucional ou fora dele. Compreendendo a formação profissional, a qualificação, a requalificação, a especialização, o aperfeiçoamento e a atualização. Objetivando o melhoramento, ampliação da capacidade laboral, levando em conta as suas necessidades individuais, na equipe e da instituição em que trabalha. Este conceito amplo e abrangente desencadeou uma profunda mudança de valores em relação à formação dos profissionais, ao mesmo tempo que estabeleceu responsabilidades para cada esfera do SUS e de seus gestores para promover e desencadear o melhoramento de seus quadros de RH, em benefício da população atendida (BRASIL, 1996).

A normativa deixa clara a importância da formação dos profissionais para a qualidade da atenção à saúde, e que as escolas de formação de profissionais em saúde, em todos os níveis, deveriam estar afinadas com os princípios do SUS. Estabelecer responsabilidades por esfera de gestão para a formação dos profissionais de saúde foi outro importante passo para assegurar o comprometimento dos gestores de saúde com o melhoramento da formação profissional no campo saúde.

No ano de 2003 começaram a ser pauta na agenda do MS as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e, neste ano, é criada a Secretaria Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). O órgão nasceu com o compromisso de organizar a lógica da educação na saúde e ordenar o compromisso das demais instâncias com o processo de educação no trabalho, realizando um ordenamento da gestão da educação na saúde. Este ato contribuiu para fundamentar a EPS como uma prática de política e fomento na saúde, porque institui uma secretaria responsável por dedicar-se exclusivamente aos processos de educação no trabalho, sem dúvida é um marco e uma conquista importante na história da

saúde e seus processos, bem como na valorização dos trabalhadores, com o objetivo de qualificar os serviços de saúde (BRASIL, 2006).

A instituição da Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde tem a importância de organizar a formação dos trabalhadores no SUS, desencadeando processos que serão determinantes para a EPS e sua efetivação como meta constante do SUS, organizada pelo MS, resultando na aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) da PNEPS.

Essa foi uma conquista importante para a área da saúde, após anos de luta e defesa de reformulações neste setor, assume uma equipe no Ministério da Saúde com uma visão de gestão democrática e popular, e muitos dos que participaram na construção e defesa de um sistema de saúde universal, participaram da Reforma Sanitária enquanto sociedade civil, defendendo uma atenção à saúde mais humanizada e qualificada, passaram a ocupar cargos diretivos no MS. A partir deste momento, como gestores, passaram a incentivar políticas mais abrangentes para o SUS, dentre elas a PNEPS.

A Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) teve, em seu processo de implementação, a criação de muitos programas com o objetivo de adequar a formação e qualificar a atuação dos profissionais de saúde. A sua construção passou por diversas instâncias de negociação, com a participação de representantes da sociedade, gestão, profissionais, conselhos e controle social. É possível, assim, afirmar que a organização do sistema de saúde brasileiro é um fator essencial para assegurar estes avanços.

A Portaria nº 198 de 2004 GM/MS institui a PNEPS como estratégia do SUS a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores em saúde, onde o aprender e o ensinar se tornariam práticas do cotidiano das organizações (BRASIL, 2004). Esta Portaria instituiu os Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (PEPS), que foram oficializados com o objetivo de promover a articulação em nível nacional, mas de forma regionalizada, abarcando todos os atores envolvidos no pensar e realizar a formação dos profissionais que constituíam os quadros do SUS (BRASIL, 2004).

Com o estabelecimento de uma política ordenadora de metas e responsabilidades, os gestores sentiam-se guiados para adotar medidas e executar as normativas direcionadas pelo MS, a definição de recursos para a EPS foi motivadora de iniciativas importantes, o que desencadeou uma sequência de ações, resultando na evolução de tratativas, propostas e acordos entre instituições para fomentar atividades de formação no campo da saúde.

Os PEPS envolviam representantes de instituições de ensino, gestão, de trabalhadores Conselhos Municipais de Saúde e outras instituições. Tinham a função de promover a

formulação dos atores de cada local, induzir processos de transformação das práticas de saúde, formular políticas de formação e de desenvolvimento com bases geopolíticas, por territórios e estabelecer relações cooperativas com os demais Polos de Educação Permanente em Saúde. Cada polo era referência de uma determinada região e apresentava suas necessidades para EPS. A cada definição das regiões eram encaminhadas para a Comissão Intergestora Bipartite que enviava para a aprovação no Conselho Estadual de Saúde (CES). Cada polo poderia se constituir um Conselho Gestor e deveria ter uma Secretaria Executiva (BRASIL, 2004).

Garantir a instituição dos Polos foi definitivo para fundamentar a EPS como uma discussão regionalizada, local e democrática. Assim, as garantias para que todas as instâncias envolvidas na gestão da PNEPS estariam representadas nos fóruns de debate, além de se abrir as oportunidades para todos os atores envolvidos na formação em saúde, acompanhar e participar em todos os aspectos, até mesmo a utilização do seu financiamento.

A responsabilidade de reunir periodicamente estes fóruns ficou ao encargo das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), ligando os municípios sob sua jurisdição, sendo que nenhum município deveria ficar sem representação no colegiado que discutia de forma articulada as questões pertinentes à EPS. O Colegiado tinha a função de trabalhar com a perspectiva de construir, nos espaços locais, microrregionais, regionais, estaduais e interestaduais, a capacidade de pensar e executar a formação profissional e o desenvolvimento das equipes de saúde, dos agentes sociais e dos parceiros intersetoriais (BRASIL, 2004).

Os Polos passaram a funcionar como parte do SUS, onde se articulavam as estratégias interinstitucionais para a gestão da EPS e o diálogo livre, era uma premissa para a construção das políticas no campo do desenvolvimento dos profissionais.

Apesar do contexto histórico da PNEPS, e após, a Portaria que a institui, a temática era uma novidade, principalmente para os gestores da saúde. Foi necessário um esforço conjunto para vencer obstáculos, como a dificuldade em compreender a sua importância, a sensibilização para o tema, investir em pessoal capacitado para implementar propostas de EPS com o entendimento de que era uma ação do trabalho, no trabalho e para o trabalho. Essas adversidades eram fortemente percebidas nos municípios, a esfera mais distante do MS, e aquela que tem maior interface com o usuário.

Esta era o espaço de debate local regional, interinstitucional, coordenador dos debates e decisões políticas sobre a PNEPS, mas não operacionalizava a educação em saúde. Estes fóruns tinham uma interlocução com comissões e demais colegiados que discutiam recursos e

financiamentos da Educação em Saúde, sugerindo pactuações em relação à gestão, planejamento e apoio da educação na saúde e garantindo que as necessidades da população de forma indireta fossem priorizadas (BRASIL, 2004).

Com a instituição dos PEPS toda e qualquer temática da EPS era referenciada para o fórum e dele saíam os encaminhamentos de projetos e financiamentos. Como era uma instância regional a ampla participação ainda era restrita, mas contava com representantes da educação em saúde, da atenção à saúde e do controle social.

Essa constituição ainda era uma realidade distante dos municípios e muitos não tinham representação, seja pela dificuldade de acesso, ou pela percepção restrita das temáticas ali colocadas. Os recursos para financiamento dos projetos apresentados nos polos, vinham do MS direcionados, principalmente, para a implementação dos projetos dos Polos de EPS pactuados pelos Conselhos Gestores, Comissões Intergestores Bipartites e Conselho Estadual de Saúde de cada estado. O financiamento se daria por apresentação de projetos, encaminhados para análise técnica do MS.

Era nos PEPS que as tratativas em relação à educação e ao ensino em serviço, passaram para a responsabilidade de gestores e instituições formadoras de profissionais de saúde, de forma regionalizada, excluindo a maioria dos representantes municipais. Os participantes tinham interesse de buscar apoio financeiro para as atividades e não buscavam uma mudança nas concepções ou avanços da EPS. Os Polos constituíram uma das primeiras iniciativas de descentralização das questões em relação à EPS, porém não conseguiram atingir seus objetivos, devido às dificuldades de inserção, apropriação, deslocamentos e recursos para a participação.

Essa conformação, muitas vezes, tornava-se excludente, pois nem todos os interessados em participar com projetos, tinham facilidade de participar das discussões em níveis regionais, dada a distância geográfica, dos fóruns e a dificuldade de acesso e o domínio do tema.

O princípio e a finalidade dos Polos eram a democratização das relações e das discussões a respeito da educação na saúde, mas a sua organização determinou a hierarquização das decisões, que se tornaram excludentes. Embora essa tenha sido uma das primeiras experiências de descentralização da EPS, não tiveram continuidade, porque se avaliou que não era ainda a organização democrática que se buscava. A sua extinção provocou um vazio de iniciativas durante um determinado período, das tratativas e investimentos na EPS e a desmobilização dos atores envolvidos.

Nos Polos, os sujeitos experimentaram desconfortos, evidenciaram conflitos e vivenciaram experiências que proporcionaram condições para a superação da compreensão desses espaços como mera fonte de captação de recursos para financiamento de projetos; e para a percepção da EPS como um processo que está relacionado à mudança de prática, possível a partir da problematização do processo de trabalho (NICOLETTO et al, 2009).

A intenção ao instituir os PEPS era fazer avançar na descentralização das questões relativas à EPS. Por serem fóruns regionalizados ocorreu o inverso, os representantes ainda desconheciam a temática e as decisões ficavam centralizadas entre secretarias estaduais e instituições de educação. Com isso os PEPS, foram esvaziados e, as tratativas em relação à EPS, perdem-se por um tempo, ficando sob a responsabilidade do MS, que era o órgão propulsor da EPS e, por isso, tinha a propriedade do conhecimento sobre a temática.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, a EPS deve ser organizada de modo loco regional e por polos que são instâncias colegiadas, instituídas com o objetivo de articular o diálogo, a negociação e as pactuações interinstitucionais relacionadas à educação na saúde. O MS, neste momento, estabeleceu o Pacto pela Saúde, que trouxe reorganizações e objetivou a responsabilização e o comprometimento de todas as esferas com os temas da gestão em saúde (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Saúde foi instituído pela Resolução de nº 399 de 2006, com o objetivo de fortalecer a cooperação entre os entes federados, garantindo que a União, os Estados e os Municípios estejam organizados na atenção integral aos usuários. Um dos seus focos principais foi o fortalecimento da Atenção Básica em Saúde (ABS), e um dos requisitos para atingir esta meta era de desenvolver ações de qualificação dos profissionais da ABS, por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família. Assim, com o Pacto já estabelecido, um conjunto de reformas foi desencadeado, trazendo modificações nos instrumentos de gestão do SUS. A EPS foi reafirmada como estratégia para a formação dos profissionais de saúde. Neste período, os PEPS começam a perder força, devido ao seu esvaziamento, havendo um distanciamento dos grupos que realmente desencadeavam os processos de formação, dificultando o avanço de um trabalho em rede. Há então um período em que a construção de novas propostas entra em um “vácuo” e ficam estagnadas, por falta de definições ou encaminhamentos. (BRASIL, 2006).

Em agosto do ano de 2007, o MS lança a Portaria nº 1996/2007/GM/MS, que substitui a anterior, para estabelecer as novas diretrizes para implantar a PNEPS, reafirmando seus

princípios e priorizando as necessidades e demandas da EPS, sendo que as necessidades, referentes à educação em saúde e a organização dos serviços deveriam ser levantadas a partir das realidades cotidianas. Estabelece, ainda, os repasses financeiros para a formação dos profissionais, a necessidade de elaboração de planos regionais de saúde, e o estabelecimento de responsabilidades nas esferas do SUS com a EPS. O financiamento da EPS passa a ser por blocos instituídos pelo pacto financeiro com os estados e repasses para os fundos estaduais e municipais de saúde. A partir daí as diretrizes e estratégias para a implementação da PNEPS deveriam respeitar as diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2007).

O artigo 2º, da referida Portaria, estabelece que a condução regional da PNEPS dar-se-ia por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) e não mais via Polos. Os CGR eram as instâncias de pactuação permanente, cogestão solidária e cooperativa, formadas pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e por representantes dos gestores estaduais e instituições de ensino (BRASIL, 2007).

Foi um período em que os temas relacionados à EPS haviam se tornado comuns à comunidade envolvida. O tema era apontado como uma alternativa para a melhoria da força de trabalho e passou a ser pauta em todas as esferas do SUS, como uma estratégia a ser incentivada. Então havia um amadurecimento em relação ao que era necessário, para desencadear iniciativas condizentes e apropriadas com a importância que a temática tinha para a evolução em todos os níveis.

As Comissões de Integração Ensino-Serviço em Saúde (CIES) são instâncias intersetoriais e interinstitucionais e foram constituídas para responder, pela primeira vez, ao previsto na Lei Orgânica da Saúde, de 1990, no Artigo 14, quanto às comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, tornando-se uma instância de gestão do SUS. As CIES têm em sua composição gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal e ainda, trabalhadores em saúde, instituições de ensino com cursos na área da saúde, movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS. De acordo com alteração, as CIES passaram a substituir os PEPS e o CGR, atualmente CIR, passa a ter o poder de aprovação dos projetos de EPS. A proposta das CIES era de constituir um fórum com esta composição e um caráter intersetorial, interinstitucional, permanente para contribuir com a PNPES. Outra modificação importante foi a hierarquia das tomadas de decisões, no sentido de respeitar as instâncias

participativas para as definições de prioridades da EPS. Os planos de ações regionais de EPS deveriam estar de acordo com os planos estaduais e municipais de saúde (BRASIL, 1990).

Atualmente, a EPS encontra-se firmada através de portarias e normativas que instituíram uma rede ordenada pelo MS, envolvendo setores da educação em saúde, controle social e demais instância que se sintam envolvidas pelo tema. A PNEPS passa por transformações, inicialmente os desafios foram de organização para a sua implantação e constituição no nível do MS de forma que desencadeasse a sensibilização para o tema, após vencer essa etapa inicial, passa por períodos de construção com as demais esferas do SUS, principalmente em níveis regionais. As CIES de cada Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), instância administrativa regional que pertence à Secretaria Estadual de Saúde (SES), ficaram responsáveis por encaminhar as questões referentes à EPS, entre estas organizar e manter os Núcleos Regionais de Saúde Coletiva (NURESC), nome dado aos fóruns responsáveis pelo suporte regional da EPS (BRASIL, 1990).

No Estado do Rio Grande do Sul (RS), para seguir as definições da PNEPS, foram tomadas algumas iniciativas, por parte da gestão estadual. Através da Portaria Estadual nº 039, de 01 de dezembro de 2000, implantaram-se os Núcleos Regionais de Saúde Coletiva, compostos por representantes da Escola Estadual de Saúde Pública e das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), com a função de estabelecer relações interinstitucionais em relação à EPS no âmbito regional. Seu objetivo principal foi desencadear uma política de formação e de educação continuada junto aos municípios em cada Coordenadoria Regional de Saúde através do NURESC (Núcleo Regional de Saúde Coletiva); articular os órgãos formadores, ONG'S e movimentos sociais, no âmbito regional, nas áreas de interesse do SUS voltados para os serviços de saúde, para o debate das políticas públicas em saúde e a construção dos sistemas municipal e regional de saúde; estimular o debate sobre a necessidade de intersetorialidade das Políticas Públicas através do NURESC e do NUMESC; articular o desenvolvimento científico e tecnológico regional em saúde coletiva (RIO GRANDE DO SUL, 2000).

No cenário atual, o desafio é firmar a PNEPS no nível municipal, a instância do SUS em que é exigido do profissional de saúde, habilidades e conhecimentos fundamentais para o cuidado do usuário nos serviços de saúde. No Rio Grande do Sul instituir a proposta do Núcleo Municipal de Educação responsável por radicar e difundir a prática da EPS foi uma conquista importante. Os núcleos municipais são orientados pela PNEPS, assim como os núcleos regionais, cada instância do SUS nomeia-o conforme a sua realidade, no RS foram

denominados NUMESC, conforma a Resolução que os estabelece (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

2.1.2 Contextualizando a inserção do NUMESC no Estado e na SMS de Gravataí

A Atenção Básica em Saúde constitui-se na principal porta de entrada do usuário para as redes que compõem o SUS, daí a importância de ter iniciativas próprias locais, mas norteadas pela PNEPS para fundamentar um processo de formação para os trabalhadores. Percebe-se que, ao longo dos anos, o debate sobre a EPS foi evoluindo e ganhando espaço, à medida que as teorias e a prática começam a invadir o universo do trabalho, muitos profissionais passam a acreditar que este é um meio de avanços e desenvolvimento.

Em 2010, a SMS de Gravataí participava dos encontros da CIES Regional, na Primeira Coordenadoria Regional de Saúde (1ª CRS), fórum responsável por planejar e implementar a PNEPS, com o foco nas particularidades da instância estadual e encaminhar as definições ali construídas a CIB regional e o Conselho Estadual de Saúde (CES) para avaliar a sua viabilidade e posterior aprovação.

Neste momento, a CIES no seu papel de planejar e debater alternativas para implantar a EPS no nível estadual começa a encaminhar a proposta de criação das Redes de Educação em Saúde Coletiva (RESC) e dos Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC).

Após um período de debates, no ano de 2013, em uma parceria para o apoio técnico entre a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) através da Escola de Saúde Pública (ESP/RS), é aprovada a Resolução nº 590 de 2013 da CIB/RS, que cria os NUMESCs, as RESCs e, ainda, define as responsabilidades das RESCs, que foram criadas anteriormente, através da Portaria Estadual, nº 039/2000 (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

Nesta Portaria é instituída a Rede de Educação em Saúde Coletiva (RESC), estabelecendo os dispositivos de intercâmbio, organizando a Rede de Gestão Estadual e Regional, colocando-a como dispositivo de referência no RS para os municípios.

O avanço que promove esta Resolução é o estabelecimento da organização da EPS nos municípios, com a instituição dos NUMESCs e o seu financiamento fundamentando a rede municipal como cenário de práticas em formação através das: residências integradas e multiprofissionais, em toda a abrangência da saúde pública (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

A Resolução da CIB/RS 590/13, além de instituir os Núcleos, vai regulamentar as

iniciativas e a organização em nível estadual da EPS, ratificando e fortalecendo algumas estruturas que já se encontravam previstos na Portaria 039/2000.

Os Núcleos Municipais de Educação e Saúde Coletiva (NUMESC), foram estabelecidos com o objetivo de implementar as estratégias de formação e capacitação dos trabalhadores do SUS em Saúde Coletiva através de processos propostos por eles mesmos e pelos cenários que se apresentam em seus cotidianos. Essa estratégia surgiu como uma alternativa para diminuir as lacunas entre as linhas gerais orientadas pela PNEPS, as adotadas nos estados e municípios, facilitando as pautas conjuntas em relação a EPS.

O NUMESC tem como objetivo elaborar o planejamento em educação permanente em saúde nas esferas municipais do SUS, levando em conta a PNEPS e as decisões tomadas no NURESC e demais instâncias representativas do SUS (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

Para operacionalizar seus objetivos, os NUMESCs, devem propor ações com instituições educacionais de sua região, movimentos sociais, Conselho Municipal de Saúde e trabalhadores do SUS. A partir da Resolução, os municípios começaram seus processos de instauração dos Núcleos. Os representantes do Núcleo deveriam organizar estratégias para a formação, desenvolvimento científico e tecnológico nas áreas de interesse do SUS, avaliando as necessidades do SUS de modo que contemple as carências da gestão, dos trabalhadores e dos usuários. Por isso, a importância de ter todos os segmentos envolvidos na formação dos profissionais de saúde representados no grupo de trabalho (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

Em Gravataí o processo de implantação do NUMESC foi iniciado no ano de 2014, respeitando as normativas regulamentadas pela Resolução que fundamenta os núcleos, tendo uma Coordenação Executiva e o Colegiado com representantes dos serviços de saúde e de instituições de ensino.

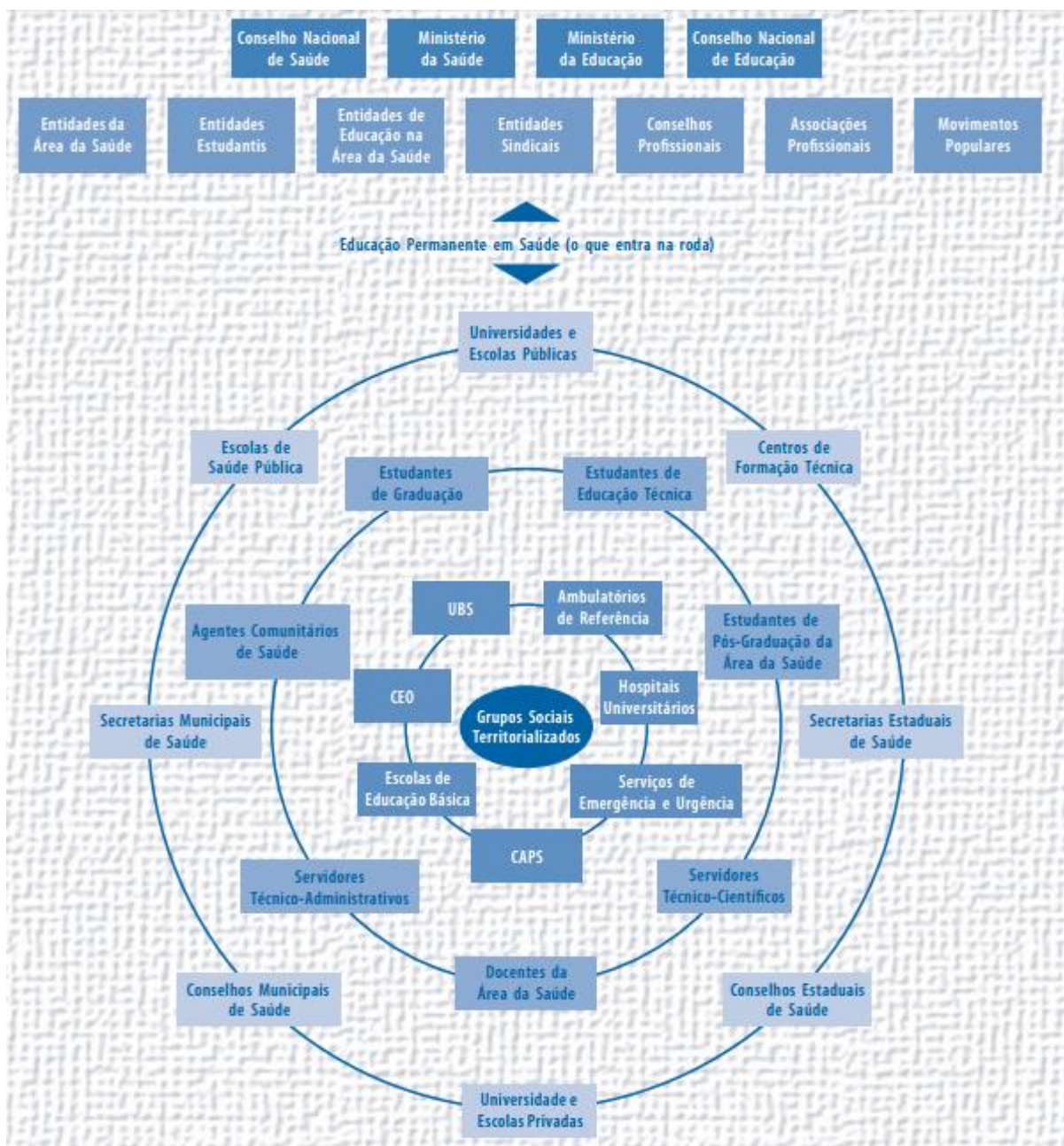
Até a formalização dos NUMESCs as tratativas em relação ao tema eram basicamente regionais, o que não tinha um efeito local, pois cada município era representado nos fóruns de discussão e levavam os resultados ou definições para seus locais de trabalho, ao grupo de trabalhadores eram repassadas tais definições. Ao implantar os Núcleos Municipais, com a constituição orientada pela Resolução 590/2013, os servidores passam a constituir o grupo que planeja a EPS no âmbito municipal (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

O diagrama abaixo (figura 4) demonstra a transdisciplinaridade da EPS, ao trabalhar com as necessidades da Atenção Básica, dos serviços especializados e da Atenção Hospitalar. Ao planejar as ações de forma ascendente, descentralizada, faz uma análise coletiva dos processos de trabalho construindo estratégias de maneira articulada que objetivam a

reorganização do sistema, considera os sujeitos como atores ativos e reflexivos para enfrentar a realidade.

Os espaços são coletivos e abrangem os serviços de saúde que são representados pelos trabalhadores, os estudantes dos cursos relacionados à área da saúde, controle social, instituições de educação e instâncias gestoras da saúde. Essa composição garante um amplo debate de questões, problemas, necessidades e perspectivas relacionadas à EPS.

Figura 4. Diagrama representando a EPS e sua interface com as demais instâncias



Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2005.

Com a implantação dos Núcleos Municipais de Educação está integralizada uma rede entre as esferas do SUS, a União, os estados e municípios garantindo o fortalecimento do planejamento das ações da EPS, em rede de forma ordenada e organizada para a execução das iniciativas necessárias à continuidade dos processos em todas as instâncias do SUS.

2.2 A Educação Continuada e a Origem da Educação Permanente em Saúde: no cotidiano, as práxis dos profissionais de saúde.

A EPS é uma importante estratégia de planejamento da força de trabalho na saúde. Assim, torna-se necessário, ao falar em Educação Permanente em Saúde (EPS) buscar entender e conhecer as suas origens. A sociedade contemporânea utilizou-se da EC quando os “patrões” começam a ter problemas com seus trabalhadores, com relação à sua capacidade de mão de obra nas fábricas de produção, então passaram a utilizar-se da educação e da cultura de massa para resolver os problemas da mão de obra¹ e trabalho. Surgia então, uma versão, para a época, do que hoje é a Educação de Jovens e Adultos (EJA), sem os avanços pedagógicos disponíveis na atualidade (LOPES, 2007).

Conforme Arouca (1996), havia um pensamento por parte dos países industrializados de que os processos de desenvolvimento se multiplicariam nos países periféricos, somente através da planificação da educação. Com a criação da Organização das Nações Unidas para a Educação Ciência e Cultura (UNESCO), em 1945, surgem propostas de amplos programas com conteúdos focados no desenvolvimento de regiões atrasadas que tinham o objetivo de unir culturas diferentes e integrá-las. A dominação cultural tornou-se um convite à educação ingênua, à educação para a domesticação (AROUCA, 1996).

Para a UNESCO, a EC é entendida como toda ação educacional desenvolvida após a profissionalização com propósito de atualização de conhecimentos e aquisição de novas informações e atividades pontuais, definida por meio de metodologias formais. No final dos anos 1970 surge um enfoque mais crítico, que se caracterizou por uma tomada de consciência de que o homem se educa a partir da realidade que o cerca e em interação com outros homens, coeduca-se, como sujeito transformador (ITAVVO, 1997).

¹ Optei por manter os termos “mão de obra” e “recursos humanos” quando os mesmos são reproduzidos de autores, visto que o texto do referencial teórico aponta para a construção histórica da construção do conceito e implementação da Educação Permanente em Saúde.

Em 1966, na Conferência Geral da UNESCO, ocorrida em Paris, definiu-se objetivos e metas para a educação mundial em um programa que ficou vigente por alguns anos, o qual considerava prioritária a ideia de educação contínua, como um processo, necessário e que deve continuar por toda a vida (ITAVVO, 1997).

Para Gadotti (1992), a ideia da EC está ainda em transformação e seu histórico contemporâneo passou por três etapas: primeiramente, o termo dirigia-se à educação de adultos, principalmente à formação profissional e contínua. Logo após, passa por uma fase utópica, integrando toda e qualquer ação educativa que objetiva uma transformação radical do sistema; e, finalmente, inicia-se a elaboração de projetos práticos, a fim de se chegar a um sistema de Educação Permanente (EP), substituindo assim a educação continuada. Esta possibilitaria a releitura da realidade, na qual os sujeitos são aprendizes, libertando-se através do desvelamento da condição humana, que vem ao encontro deles, e os provoca exigindo uma tomada de decisão.

A EP também passou por sucessivas reformulações, mas é importante lembrar que o conceito potencializou-se no período da segunda guerra mundial, período em que a industrialização entrou em expansão e, necessitava-se de mão de obra adequada com um comportamento de massa e padronizada e condicionada aos modelos de produção nas fábricas que deveria atender aos interesses capitalistas. Assim como citou Gadotti, a EC ou EP serviu aos objetivos de quem a empregava, não havia neutralidade na sua aplicação. É necessário ter o cuidado com o sentido que se dá a ela, porque, facilmente, pode-se transformar um processo educativo em escravizador (GADOTTI, 1992).

Em diferentes momentos históricos, o discurso sobre a EC esteve presente, porém o termo Educação Permanente (EP) emergiu no cenário internacional, por volta de 1960, no Canadá, na II Conferência Mundial de Jovens e Adultos com a produção do relatório da Comissão Internacional para o Desenvolvimento da Educação. Após isso, a UNESCO e outros órgãos internacionais responsabilizaram-se por incorporar seus objetivos e conceitos. Algumas pesquisas sobre EP e sua busca pela precisão terminológica, foram realizadas no Canadá, de 1957 até 1972, e resultou no Relatório Faure, que consagrou o conceito (AMYOT; PINEAU, 1974; AROUCA, 1996).

Segundo Lopes (2007), na América Latina, a proposta de EP foi lançada como tática para atingir o desenvolvimento da relação entre o trabalho e a educação. Vários órgãos nacionais e internacionais vinham executando projetos, a título de experiência com planos únicos baseados em suas culturas, dentre eles estão o Banco Internacional de

Desenvolvimento-Banco Mundial (BIRD), o Fundo das Nações Unidas (UNICEF), a Organização de Alimentação e Agricultura (FAO), a Organização Internacional para o Trabalho (OIT), a Organização Mundial da Saúde (OMS), e outras que compõem a Organização das Nações Unidas (ONU). Porém, a crítica que se desenvolveu aos projetos foi de que eles tinham a intenção de subordinar a educação de adultos ao mercado econômico, não priorizando a formação humana (AROUCA, 1996).

Para o campo da saúde, a definição entre EC e EP tem importância no que se refere ao conceito para definir a sua prática. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1978), a EC consiste no processo que inclui todas as experiências posteriores à formação inicial, que iriam trazer conhecimento para o profissional ativo. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 1982) definiu EC como um processo permanente de educação que complementava a formação profissional básica, mas com um caráter de atualização, capacitação de indivíduos ou coletivos, para acompanhar as mudanças técnicas científicas, porém esse processo ocorreria de forma compartimentada.

Atualmente, este conceito continua inalterado, a realidade observada no cotidiano das práticas em saúde e da formação em serviço demonstra a dificuldade dos atores envolvidos em compreender que a Educação Permanente vai muito além da formação formal.

Nesse contexto, Merhy (1997) ressalta que todo processo que esteja comprometido com as questões da Educação Permanente deve ter a força de gerar no trabalhador, no seu cotidiano de produção do cuidado em saúde transformações da sua prática. Isso implicaria força de produzir capacidade de problematizar a si mesmo no agir, pela geração de indagações. O autor aponta ainda que para a EPS tornar-se um bom desafio em si, o que de fato ainda está em aberto, deve ser enfrentado de modo mais elaborado do que já está implantado (MERHY, 1997).

Na concepção de Ceccim (2005), a EC pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos. Pode também corresponder à Educação Formal de Profissionais, quando esta se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e coloca-se em aliança os projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o do ensino. Para o autor, a EC faz parte dos processos de educação na saúde, mas não dá conta da complexidade necessária para a formação em saúde, que envolve concepções, além do conhecimento técnico para atuar em determinada função (CECCIM, 2005).

As mudanças na EC, no campo da saúde, iniciaram-se na América Latina, ainda nos anos 70, anteriormente à sua implantação no Brasil, quando a OPAS começava a discutir sobre os desajustes entre as propostas de formações para profissionais da saúde e a realidade dentro dos serviços. Constatando-se que o planejamento das ações em saúde deveria ter uma afinidade com o planejamento dos recursos humanos, iniciou-se uma pesquisa para resolver as questões pertinentes à formação dos profissionais de saúde (LOPES, 2007).

O conceito de EC ou EP já não dava conta da complexidade de um processo amplo e heterogêneo que se necessário à saúde, era preciso adotar táticas e estratégias de formação para o profissional, dentro de seu campo de inserção que produzisse um pensamento lógico e coletivo, gerando processos de trabalho mais humanos para os profissionais e para a população. O termo Educação Permanente em Saúde (EPS) contempla a complexidade dos processos de formação, não envolvendo somente a aquisição de conhecimento teórico e prático, mas englobando também o ator envolvido nos processos de trabalho.

Assim, o conceito de Educação Permanente em Saúde começa a ser estruturado pela OPAS na década de 80, pois foi necessário utilizar um novo termo para expressar as transformações que surgiam no campo da educação e da saúde. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) definiu a EP como um processo educativo contínuo, onde a sua duração está interligada com a vida acadêmica e profissional (BRASIL, 2006). O conceito de EPS desenvolvido pela OPAS ainda não dava conta da complexidade que compõe a formação em saúde no trabalho, porém foi o início de um processo de se (re)visitar a integração formação-serviço-saúde.

No Brasil, o referencial de EP para a saúde, começou a ser utilizado no final da década de 70, quando se percebeu o baixo impacto que a Educação Continuada (EC), pelo seu caráter de capacitação e atualização para promover a qualidade dos serviços em saúde. Trabalhar sob a ótica da EC não dava conta das necessidades de formação, para a saúde e os movimentos sociais ligados a reformas sanitárias que lutavam pela constituição de um Sistema de Saúde organizado e promotor da saúde. Nos mesmos anos de 1970, a UNESCO passou a denominar a Educação Permanente a partir do princípio de que o homem se educa a vida inteira, atentando para o seu desenvolvimento pessoal e profissional, a evolução das capacidades, motivações e aspirações e que as suas necessidades nem sempre são de caráter emergente (LOPES, 2007).

A EP passa, então, a ser vista como alternativa que melhor acolhe as necessidades de formação para os profissionais de saúde: um processo de ensino e aprendizagem dinâmico e

contínuo para atender as necessidades sociais e da instituição a que pertencem, no caso do SUS, a saúde. A Educação Permanente em Saúde apresenta-se como uma proposta de ação estratégica e abrangente capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde (BRASIL, 2004).

Os movimentos para a estruturação de um processo de formação dos profissionais de saúde em EPS começam a ser mencionados nos anos de 1980 quando Paulo Freire inspirava o cenário educacional com o conceito de competência processual, que incluía a vivência individual e coletiva dos indivíduos. Cenário em que o educador é, ao mesmo tempo, educando e educador, e é coerente com a sua prática, levando à problematização. Freire utilizava o conceito de aprendizagem significativa, no qual o processo pedagógico se dava em torno do ambiente cultural do educando. As teorias de Paulo Freire e os debates sobre a educação popular contribuíram para o processo de pensar a educação na saúde. As suas propostas libertadoras colocavam o indivíduo, como sujeito pensante, que deveria atuar de forma crítica e reflexiva. As mesmas concepções eram condizentes com o que se buscava em um sistema de saúde, tanto nas ações de saúde como na busca por estratégias de educação permanente (RIBEIRO; MOTTA, 1996).

O educador e filósofo Paulo Freire referia que tanto a EC como a EP

Não pode ser mercadológica, mas uma proposta de educação transformadora que leva a um pensamento reflexivo, com um processo de conscientização e reconhecimento de si próprio enquanto o sujeito que traz consigo uma história, possibilitando fazer uma análise crítica do contexto social, considerando esse sujeito atuante na sua própria aprendizagem. Onde a vivência, a realidade, a visão de mundo seja considerada no contexto do aprendizado e a prática transformariam a realidade do envolvido (FREIRE, 2000, p.79).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) aderiu a esta vertente e passou a trabalhar, desde então, com ferramentas que buscavam a reflexão crítica sobre a prática cotidiana dos serviços de saúde, sendo, por si só, um processo educativo aplicado ao trabalho que possibilitava mudanças nas relações, processos, nos atos de saúde e nas pessoas. Outras potencialidades dessa estratégia são: fortalecimento do controle social; repolitização do Sistema Único de Saúde (SUS); incentivo ao protagonismo de usuários e trabalhadores no processo saúde-doença; e a produção de um impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva da população (CAROTTA, 2009). A partir disso, o Ministério da Saúde passou a propor a EPS como uma estratégia de transformação das práticas de formação, da atenção, de

gestão, de formulação de políticas, de participação popular e do controle social no setor saúde (CECCIM, 2005).

Ao trabalhador do SUS é necessário entender seus princípios, a sua estrutura e organização. Na atenção ao usuário no âmbito de um sistema complexo, a reflexão sobre as práticas adotadas tem grande importância para mudar a realidade da população e dos serviços, penso que a EPS seja um instrumento que favorece o pensamento crítico, a autonomia e o protagonismo dos profissionais de saúde, por consequência, qualificação a atenção em saúde.

Para Cobra (2011), na EPS, o trabalhador do SUS é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local. Nessa abordagem, o trabalho é visto como um processo de trocas, de criatividade, coparticipação e corresponsabilização, de enriquecimento e comprometimento mútuos.

Nesse sentido, Ferreira (1986) ressalta que a EPS deve ser entendida como um processo permanente, iniciado durante a graduação e mantido na vida profissional, por meio das relações de parceria da universidade com os serviços de saúde, a comunidade, as entidades e outros setores da sociedade civil. Como tal, ela envolve uma importante reorientação pedagógica, centrada no desenvolvimento da aptidão de aprender, transformando o conhecimento num produto construído por meio de ampla e total integração com o objeto de trabalho (FERREIRA, 1986).

Segundo Vicente (2007), a EPS é a capacitação do indivíduo, em que o conteúdo tem base na observação do cotidiano, na vivência e problematização que busca a solução e a qualificação dos serviços prestados. É uma ferramenta com forte potencial de transformação das práticas que envolvem o profissional e o sujeito.

Nesta lógica, pode-se considerar que a EPS é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar. A sua abordagem pode propiciar a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde; de trabalhar em equipes matriciais e de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde, bem como constituir práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Esses diversos conceitos de EPS, embora possam divergir em alguns elementos, representam uma prática transformadora, ficando claro que a educação permanente é um encontro entre a formação e a prática no trabalho, diferenciando-se da EC, que é a prática para o trabalho.

A EC, no campo da saúde, é uma alternativa para suprir as necessidades do momento e dinâmicas da educação, que permitem ao profissional se preparar para as rápidas mudanças da sociedade moderna, posicionando-se como sujeito atuante, gerenciando sua educação ao longo da vida profissional. Já a EP objetiva interferir nos processos de trabalho, com a possibilidade de melhorar os serviços, qualificando o acesso aos serviços de saúde, porque permite a reflexão sobre os fatos e as transformações da realidade.

Segundo Haddad (2007), a EC é a educação no trabalho, pelo trabalho, enquanto a EP pressupõe educação no trabalho, pelo trabalho, e para o trabalho preconizando a gestão do conhecimento e dos processos de trabalho de uma forma indissociável. Neste sentido, a EP seria um conjunto, em que estaria contida a EC, reunindo outras práticas, formariam um universo de conceitos e métodos que vão compor a Educação Permanente em Saúde. Na EPS, os dois conceitos, EC e EP não seriam excludentes, mas comporiam um conjunto de prerrogativas necessárias para a composição do processo formador dos profissionais no SUS.

A figura 5 (Secretaria Estadual da Saúde de Sergipe) demonstra a diferença entre a EC e a EP; enquanto a EC propõe a transmissão e a aplicação do conhecimento baseado nas práticas escolares, desvinculadas da realidade, a EP traz a proposta de modificar uma situação por meio do processo simultâneo de trabalho e educação, valorizando as experiências. Na prática nem sempre é possível diferenciá-las, é importante considerar que independente das divergências, as duas modalidades têm propostas voltadas para a educação no trabalho, mas não são sinônimos e têm repercussões diferentes quanto à produção do cuidado em saúde.

A EPS subsidia o trabalhador em saúde, para atuar no SUS, deixando de lado as práticas mercadológicas e não pode ser um instrumento meramente formal, precisa ter intencionalidade que, neste caso, seria incentivar o trabalhador em saúde a atuar enquanto sujeito transformador de sua realidade, com crítica e autocrítica frente aos cenários vividos.

Os saberes necessários para atuar como profissional de saúde não são esgotados em uma graduação ou curso técnico, que por vezes é insuficiente para preparar para a atuação enquanto profissional, fazendo-se necessária a constante atualização. As práticas e as inovações tecnológicas tornam a atualização uma necessidade constante para a prestação dos serviços adequados às necessidades da população e a renovação constante é fundamental para as ações em saúde.

Figura 5. Quadro comparativo representando as diferenças entre a EC e a EP.

EDUCAÇÃO CONTINUADA	EDUCAÇÃO PERMANENTE
Âmbito individual	Âmbito coletivo
Atualizações técnicas	Formação integral e contínua
Tema de capacitação elaborado previamente	O tema surge da necessidade de resolver um problema identificado no cotidiano do trabalho, na gestão e no controle social
O objeto central da aprendizagem são os temas técnicos e científicos	O objeto central da aprendizagem é o processo de trabalho
Capacitações pontuais	Educação em serviço articulada a mudanças de práticas

Fonte: Secretaria Estadual da Saúde de Sergipe, (2011, p. 22).

Neste sentido, a PNEPS foi instituída no Brasil, com base nas orientações da OPAS, passando por alterações durante o seu processo de implantação e propõe novos conceitos que são construídos coletivamente, produzindo mudanças no cenário de trabalho e prática dos sujeitos. Por ser um processo e propor a crítica e autocrítica, continuará passando por alterações, pois deve estar alinhada com a realidade cotidiana dos serviços de saúde e com as necessidades reais da população. Não é possível chegar a uma conclusão única sobre a melhor metodologia para trabalhar com a EPS ou para a continuidade, este é um processo que vai sendo construído ao longo do tempo, de acordo com as mudanças da sociedade e do contexto e os cenários precisam ser considerados, para adotar iniciativas resolutivas.

A gestão da EPS envolve instituições de ensino, de saúde, trabalhadores e controle social. Necessita trabalho coletivo e em rede, não sendo possível construir propostas de forma isolada, que quanto maior o quantitativo de atores e organizações envolvidas mais abrangentes serão os resultados. Entretanto, implantar e trabalhar a EPS em rede com os diversos atores sociais também desencadeia conflitos seja pela ótica, perspectivas, anseios ou elementos, de forma que conhecer os desafios que precisam ser vencidos é fundamental para a constância do processo.

3 OBJETIVO

Este estudo teve como objetivo analisar a experiência da autora na implantação de um Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva, de Gravataí, um município da região metropolitana de Porto Alegre no Rio Grande do Sul.

3.1 Objetivos Específicos

Analisar o processo de instalação do NUMESC no município de Gravataí.

Identificar as fragilidades no uso do conceito de EPS na prática.

Identificar desafios e potencialidades de planejar e implementar estratégias de EPS, na prática.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

O presente estudo realizou uma pesquisa qualitativa, descritiva, do tipo relato de experiência que tem por base os registros do diário de campo da autora.

A pesquisa qualitativa, para Minayo, Deslandes e Gomes (2007, p. 21), “trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes”. Já a pesquisa descritiva, segundo Polit e Hungler (1995), busca a observação, descrição e exploração de aspectos de determinada situação.

O relato de experiência foi utilizado como recurso metodológico para descrever as situações cotidianas de um cenário, trazendo a experiência vivida em diferentes espaços, contextos e tempos. O desenvolvimento dos relatos iniciou, ao contar as experiências no âmbito do Núcleo de Educação em Gravataí, antes e após a sua instituição, iniciando-se no final do ano de 2011, percorrendo um período de cinco anos até a metade do ano de 2016.

Os relatos foram trazidos na dissertação, para retratar as experiências marcantes e determinantes das práticas adotadas nos serviços da Secretaria Municipal da Saúde de Gravataí, explicitando os dilemas, as satisfações e as vivências cotidianas, quando se trabalha com a Educação Permanente em Saúde.

Na perspectiva de pensar os relatos na Atenção Básica buscou-se o conceito de relato de experiência retratado na Comunidade de Práticas, qual seja,

A descrição que um autor ou uma equipe fazem de uma vivência profissional tida como exitosa ou não, mas que contribua com a discussão, a troca e a proposição de ideias para a melhoria do cuidado na saúde. Nem todas as experiências mostram resultados positivos, mas, mesmo quando revelam enfrentamentos e dificuldades, os relatos são importantes para alertar outros trabalhadores e indicar novos caminhos. Portanto, sinta-se à vontade para nos contar sobre a sua vivência (COMUNIDADE DE PRÁTICAS, 2016, p. 1).

O presente estudo traz uma experiência exitosa, da implantação de um Núcleo Municipal de Saúde Coletiva. Por outro lado, no transcorrer desse processo, muitos obstáculos e desafios perpassaram sua consolidação. Estas questões, ao longo do tempo, foram registradas em um diário de campo.

Nesta lógica, Lopes (1993), refere que o diário de campo é uma técnica de pesquisa que permite o registro detalhado das informações, observações e reflexões surgidas no decorrer da investigação, possibilitando desenvolver um detalhamento descritivo e pessoal das situações experienciadas com os envolvidos neste processo.

A proposta analítica deste estudo foi, portanto, discutir categorias temáticas a partir do diário de campo utilizado na pesquisa. A experiência da autora no processo de implantação do NUMESC Gravataí constitui a base para o diálogo com a bibliografia.

Para a categorização temática utilizou-se o referencial sobre análise de conteúdo. Bardin (2011, p. 147), refere que “as categorias são rubricas ou classes as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns desses elementos”. As ideias de Bardin remetem à realidade do presente trabalho, ou seja, categorizar as diversidades experienciadas durante a o período de implantação do NUMESC Gravataí.

A mesma autora relata que a análise de conteúdo trata de técnicas de pesquisa que permitam replicar e validar inferências sobre determinado contexto. Esta análise também abrange as iniciativas de explicitações, sistematização e expressão do conteúdo de mensagens, com a finalidade de se efetuarem deduções lógicas e justificadas a respeito da origem dessas mensagens (BARDIN, 2011).

Complementando o caminho metodológico, utilizou-se a análise temática, a partir dos estudos de Minayo (2010, p. 316), onde afirma que “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”.

Segundo Minayo (2010), a modalidade análise temática de conteúdo se desdobra em três etapas:

- Pré-análise – Etapa em que serão escolhidos os documentos que serão utilizados, e formulação de hipóteses e indicadores que ajudem na interpretação final.
- Exploração do Material – Nessa fase há uma codificação ou recorte de dados, que são agregados em unidades, permitindo a análise e descrição dos conteúdos.
- Tratamento Dos Resultados – Fase que consiste no tratamento simples dos resultados, através de quantificação (frequência), permitindo, assim, a apresentação dos dados.

A partir deste embasamento metodológico, foram construídas três categorias temáticas, empíricas que proporcionaram o olhar sobre o objeto em estudo:

- 1) O Desafio de Implantar um Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva;
- 2) Educação Permanente em Saúde: o cotidiano na prática;
- 3) Desafios e potencialidades enfrentados para a implantação da Educação Permanente

em Saúde.

As considerações éticas foram respeitadas quanto ao anonimato dos profissionais, coordenadores e gestores de saúde, bem como as unidades de saúde. Por se tratar de um relato das experiências da autora, não se fez necessária a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

5 RESULTADOS

Os resultados demonstram a análise do relato de experiência e a discussão com o referencial bibliográfico, especialmente focando na Educação Permanente em Saúde (EPS). A análise de conteúdo possibilitou a construção de três temáticas empíricas que retratam três desafios enfrentados durante o processo de estabelecimento do NUMESC Gravataí, além da descrição de situações vivenciadas dentro Núcleo no cotidiano de trabalho.

5.1 O Desafio de Implantar um Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva

Em Gravataí, na tentativa de transformar, buscando a melhoria dos processos dentro dos serviços de saúde, a gestão da SMS, decidiu implantar o NUMESC. Constatava-se a necessidade de investir em EPS, porém, era inegável que era uma potencialidade pouco explorada na rede. O que ficava explícito quando a equipe expunha porque achava importante instituir um setor responsável por implantar práticas de Educação em Saúde, mas com objetivos adversos como tratar de situações de organização administrativa.

Até aquele momento poucos municípios haviam implantado o NUMESC, pois as legislações e orientações em relação ao seu formato estavam em construção na instância estadual, logo, não havia uma certeza em relação constituição e organização nos municípios, o que foi esclarecido com a publicação da resolução que estabeleceu e normatizou os Núcleos em todo o Estado do Rio Grande do Sul.

Para Peduzzi et. al. (2009), a transformação e o fortalecimento das práticas de saúde apontam a necessidade de ampliação do debate em torno da Educação Permanente em Saúde como política pública implementada no nível municipal, estadual e federal. Entende-se que esforços articulados, dos diversos níveis dessa política permitirão avanços na transformação das práticas educativas dos trabalhadores, evitando que as ações se reduzam a uma mera mudança de denominação relacionada ao desenvolvimento dos trabalhadores da saúde.

Em 2011, o grupo gestor da SMS estava planejando a atualização do Plano Municipal de Saúde 2010/2011, cuja versão expirava no ano de 2012. Alguns membros desse mesmo grupo também participaram de reuniões que tinham como objetivo implantar propostas para a Humanização dos Serviços de Saúde. Este grupo identificou que a EPS era uma proposta que caminhava em conjunto com a Política Nacional de Humanização (PNH).

Nas sucessivas reuniões que ocorriam com os profissionais da rede da SMS Gravataí,

todos expressavam a necessidade de adotar estratégias de EPS no município. Era um período de transição, em que muitos trabalhadores estavam ingressando no serviço público, havendo uma profusão de novas ideias e formas de pensar. Profissionais encaminhados pelo MS, através do Programa Mais Médicos e do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), chegavam para atuar nos serviços de saúde municipal.

As Conferências Municipais de Saúde referendavam a necessidade de trabalhar com as linhas da PNEPS. Em seus relatórios finais indicavam a EPS como alternativa para a melhoria dos processos de trabalho, e como importante o investimento na formação dos trabalhadores em saúde de Gravataí (GRAVATAÍ, 2011).

No mesmo ano de 2011, aconteceu uma troca abrupta em todo o quadro da gestão municipal devido ao processo de *impeachment* que resultou na cassação da prefeita municipal, faltando 13 meses para concluir o mandato de governo. O que conseqüentemente causou a alteração no quadro da gestão da SMS e nos serviços de saúde, tornando esse período bastante conturbado com alterações significativas na gestão dos serviços.

Conjuntamente com estes fatos, houve um redimensionamento no Mapa da Organização Administrativa da Secretaria Estadual de Saúde. A SMS Gravataí que era ligada à 1ª CRS, instância regional responsável pelas Políticas Públicas Estaduais, passa a compor o mapa da 2ª CRS e as medidas administrativas pactuadas com a CRS anterior passam a ser operacionalizadas pela 2ª CRS. Iniciou-se uma fase de adaptação à nova estrutura, que naquele momento não havia implantado uma CIES. Após algumas tentativas para constituí-la e na impossibilidade de efetivar essa iniciativa, a referência para tratar da implementação do NUMESC ficou na responsabilidade da ESP/RS, que passou a ser a principal parceira dos municípios que estavam implantando o NUMESC.

Para Vincent (2007), é fundamental o comprometimento dos diversos atores na articulação e na ampliação de parcerias e na ação conjunta para a melhoria do cuidado. Nesse cenário, é reconhecível que a integração das instâncias da atenção à saúde, já condicionada a interesses políticos e econômicos diversos, depende, para a sua operacionalização, de alternativas metodológicas. Ampliar as parcerias exige o fortalecimento da autonomia coletiva e, para tanto, o reconhecimento e a aceitação do outro é crucial.

Era um período de transição e tornava-se arriscado desencadear processos desconhecidos em muitos aspectos. A falta de apropriação dos gestores sobre o tema, “EPS” que é um fator determinante para o sucesso das ações poderia ser afetada, mas os ajustamentos para implantar o Núcleo Municipal de Educação em Saúde estavam acontecendo

e a sua efetivação era um fato.

Assim, para estabelecer novos processos, seria fundamental o apoio e o comprometimento de todos os atores, caso contrário em um ambiente que é hostil a novas ideias e propositura, tornam-se desgastantes e onerosos, podendo ser decisivo para o sucesso ou não de uma caminhada em que há muito o que ser fortalecido.

Com a publicação da Resolução, no ano de 2013, que regulamenta, organiza e define as diretrizes para a constituição do NUMESC nos municípios, em Gravataí, a gestão tomou a decisão de implantar o Núcleo de Educação em Saúde Coletiva Gravataí. O NUMESC Gravataí foi instituído legalmente por Decreto Municipal em 25 de setembro de 2015, embora já estivesse atuando desde junho do mesmo ano. Foi composto por uma Coordenação Executiva, e uma direção ampliada, denominada Colegiado, que se reúne mensalmente para planejar as ações de educação em saúde.

Ao implantar o NUMESC muitas expectativas ficavam evidentes. Os responsáveis pelas coordenações dos serviços, o gestor municipal e os profissionais da rede expressavam a necessidade de um setor que agregasse as atividades de EPS, alguns colocavam a importância de ter responsáveis para assumir um processo que estava desarticulado, além de esperarem a oferta de curso e formações, também esperavam processos de mudanças e iniciativas que melhorassem seus espaços de trabalho e formação.

Conforme ROSCHKE et al (1993), um dos maiores obstáculos ao estabelecer uma sistemática planejada para as ações de EPS é dispor de profissionais em seus quadros que tenham domínio do tema, que indiquem um caminho, que proponham um intenso debate relacionado com a realidade local, como ela é. Seguidamente, algumas instituições precisam recorrer a profissionais externos para auxiliar nas atividades, que não estão vinculados com o cotidiano dos serviços. Quem orienta o processo de EPS tem a técnica, mas a prática social da instituição, a sua cultura não é levada em conta parte-se do pressuposto que os objetivos, as regras e as políticas, são o “que deve ser” da instituição. Ao mesmo tempo, reconhece-se o seu modo de ser e de operar como instituição, e os serviços de saúde diferem uns dos outros de acordo com os processos de condução (ROSCHKE; DAVINE; HADDAD, 1993).

Logo, a EPS deve ser uma proposta dos trabalhadores e gestores emoldurados com a sua realidade. Não é possível estabelecer um processo alheio à opinião de quem está envolvido com os processos de trabalho, iniciativas que não respeitam este pressuposto seriam apenas uma oferta de cursos, alheio ao verdadeiro cotidiano da instituição.

Para Lemos (2016), é indiscutível a importância da PNEPS, que trouxe à tona as

discussões sobre a educação e o despertar ético-político dos sujeitos para a consolidação do SUS. Como formar um sujeito comprometido a gerir problemas da realidade do trabalho frente às dificuldades estruturais do SUS?

Ainda, de acordo com esse autor, é necessário resgatar um ideal de EPS que de fato articule a “utopia” da “saúde como direito de todos”, como possibilidade de qualidade de vida, para usuários e trabalhadores, que em tempos do fortalecimento do neoliberalismo no país se faz extremamente necessária (LEMOS, 2016).

Ao implantar o NUMESC foi importante constituir uma equipe fixa e um novo departamento, que assumiu as responsabilidades em relação ao Núcleo. Estabelecer uma coordenação executiva em tempo integral permite a dedicação exclusiva para as atividades intrínsecas ao setor e a implementar as decisões tomadas com o Colegiado, garantindo a continuidade e andamento das ações relativas ao Núcleo. Implantar o NUMESC foi o resultado de um objetivo construído ao longo de anos, em uma Secretaria com muitos servidores e diferentes categorias e serviços, não seria possível efetivá-lo com uma equipe intangível e dividida entre outras funções.

No período anterior à constituição do NUMESC Gravataí, quando a sua implantação estava em planejamento, foi importante buscar experiências exitosas em outros municípios. Nessas incursões, constatou-se que havia uma dificuldade em efetivar as decisões do colegiado e até mesmo em firmar o grupo quando a equipe se reúne esporadicamente e as comissões não conseguiam dar conta de atividades sobrepostas com as atividades do Núcleo. Definitivamente, sustentar a necessidade de uma equipe permanente, atuando no Núcleo, garantiu a continuidade dos encaminhamentos, maior interface com os serviços e avaliação das necessidades locais.

Simultaneamente, o Colegiado, na sua composição, tem representação dos serviços de saúde, do Conselho Municipal de Saúde e das instituições de educação em saúde do município, sendo ainda aberta a ampla participação da comunidade em geral. A composição do Colegiado do NUMESC é um fator determinante para atingir os objetivos do trabalho em rede, devendo contemplar ainda todos os segmentos do universo do SUS, possibilitando a representatividade e o enriquecimento dado pelas contribuições trazidas pelos representantes (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

Se esta decisão foi importante para Gravataí, outra situação se tornou um desafio, apontado inclusive dentro das reuniões ordinárias do Colegiado. O fórum desconhecia suas atribuições e sua singularidade, esta iniciativa era uma inovação, quase uma revolução quando

se trata de Educação Permanente em Saúde. Havia uma dificuldade na compreensão de que a representação no Colegiado deveria ser ampla. Assim como também todos os profissionais de todas as categorias e do maior número de serviços possível deveriam ser contemplados, bem como, os representantes deveriam levar aos demais trabalhadores todas as pautas tratadas no colegiado.

Para Cecílio et al. (2010), o Colegiado de Gestão não significa apenas um arranjo burocrático-administrativo, mas deve ser considerado um conselho gestor que assume um caráter fortemente político ao constituir em espaço onde os temas da autoridade, do poder, do controle da decisão estarem sempre presentes, de forma mais ou menos explícita.

É no Colegiado que se define e delibera sobre as prioridades em relação à atuação do NUMESC, assim como o planejamento das ações de Educação em Saúde. É neste espaço em que ocorrem as defesas das intencionalidades, das necessidades e do que se quer para a rede municipal. É um fórum de disputa, de competição de busca pelo poder, mas também de inovação, da busca por práticas generosas e alinhadas com os princípios do SUS.

Ainda para Cecílio (2010), a prática gerencial em si, o ato de tomar o colegiado de gestão como instrumento de reflexão com a equipe em um primeiro momento e, depois, de forma compartilhada com outros coordenadores, permite a exploração de novos sentidos e novas possibilidades de intervenção dos coordenadores, marcando a diversidade no planejamento das ações. O Colegiado de Gestão poderá ser visto tanto como instrumento para ampliar a democratização da gestão e a autonomia das equipes, numa perspectiva mais emancipatória, como poderá adquirir o caráter de arranjo institucional para aumento de controle e “alinhamento” das equipes em torno de diretrizes governamentais, numa perspectiva mais instrumental.

O funcionamento do NUMESC Gravataí foi organizado para que, além de tarefas rotineiras de um setor, que trabalha com todos os temas referentes à Educação na Saúde, o Colegiado reúna-se ordinariamente para tratar de temas referentes à EPS. As reuniões ocorrem mensalmente, ou quando necessário extraordinariamente com o objetivo de planejar as metas e necessidades para a EPS. A estrutura do NUMESC Gravataí e a composição do colegiado foram constituídos para favorecer a interface com os serviços, com a rede de educação em saúde e com todas as esferas do SUS, para construir um conjunto de ações de educação em saúde coletiva o que demanda disponibilidade e dedicação.

Por ter uma equipe administrativa estabelecida, o colegiado definiu por não compor comissões responsáveis pela divulgação, aglutinação dos temas, eventos e demais ações

ficando esta tarefa sob a responsabilidade da equipe diretiva e o colegiado, por sua vez, trabalha conjuntamente com a equipe nestas atividades.

A parceria estabelecida entre os representantes dos segmentos trouxe muitos avanços e cooperações importantes para a construção de um projeto conjunto de EPS em Gravataí. O NUMESC foi uma estratégia para fundamentar autonomia municipal ao planejar e implementar estratégias de Educação em Saúde. Passou a ser espaço de idealização coletiva, que se propôs a traçar caminhos para a capacitação e a formação dos trabalhadores em saúde, seguindo as linhas da PNEPS.

Uma proposta de ação estratégica para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas implicaria trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições formadoras. Colocaria em evidência a formação para a área da saúde como construção da educação em serviço/educação permanente em saúde: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A gestão da EPS segue a lógica de uma cadeia de cuidados contínuos e progressivos, é um plano organizacional dos serviços de saúde. Para tanto, precisa configurar uma rede com diretrizes, acessibilidade, garantias de acesso, divulgação das informações, autonomia e responsabilização. Para implementar a EPS com êxito, ela deverá ser organizada em uma estrutura de rodas de gestão na forma mais democrática possível e foi nesta proposta em que foi idealizada a estrutura do NUMESC Gravataí.

5.2 Educação Permanente em Saúde: o cotidiano na prática

A constituição do NUMESC Gravataí postulava construir propostas conjuntas com os trabalhadores, gestores e instituições formadoras para consolidar a Educação Permanente em Saúde no cotidiano da prática.

O cotidiano de trabalho no Núcleo demonstrou que muitos profissionais de saúde consideravam como atividade relativa à EPS aquelas de organização protocolar, com palestrantes, aberturas oficiais, cursos e palestras. Este fato se apresenta como um desafio quando é preciso sensibilizar as equipes de que atividades desenvolvidas dentro do seu local de trabalho como uma roda de conversa, um estudo de caso, uma conversa no corredor ou algo planejado por eles, com o objetivo de compreender ou ainda modificar os seus processos

de trabalho, são efetivamente ações de EPS.

Esta realidade pode ser percebida em diferentes momentos, porém na participação de uma das reuniões de coordenadores dos serviços que ocorre mensalmente, cuja pauta seria a atuação do NUMESC no município, isso estava explícito e, por questões de divergências conceituais, pairava um clima tenso no ar. As pessoas acreditavam que a EPS era apenas um espaço de desenvolvimento de cursos, confecção de atestados e liberações para cursos. Naquele momento, a Equipe Diretiva do Núcleo pensava como conseguiria demonstrar ao grupo que o conceito de EPS é bem mais amplo e vai além da educação bancária proposta em capacitações ou treinamentos.

As dificuldades no entendimento do processo de EPS são trazidas no estudo de Araújo (2015), no qual o autor coloca que para a aprendizagem acontecer, a partir de uma ação e da sistematização de uma situação problema, da qual ele pode se distanciar para analisar criticamente, é necessário compreender. A implementação da EPS nas práticas educativas para os trabalhadores de saúde depende da compreensão e apreensão deles e dos gestores da sua proposta e do reconhecimento da sua importância para o desenvolvimento de ações qualificadas e, conseqüentemente, para o fortalecimento da Atenção Primária e outros serviços.

Tal compreensão por parte dos profissionais e gestores ainda era referente à educação formal, era necessário apresentar uma nova visão dos processos já estabelecidos. A EPS para ser colocada em prática precisa ser compreendida pelo conjunto de atores inseridos na saúde. Se não houver esse entendimento, as atividades educativas não irão se realizar e, se ocorrerem, serão uma reprodução do modelo adverso a EPS. Compreender como funcionam os processos de EPS, estando apropriado das propostas e das diretrizes, proporciona aos participantes uma desenvoltura no processo, mas é condição necessária aos que facilitam e a quem propõe a EPS ao grupo de trabalhadores.

Conforme Ceccim e Feuerwerker (2004), para identificar as implicações das atividades de EPS é necessária a utilização de mecanismos de avaliação dos processos desenvolvidos e de mecanismos de monitoramento que permitam ordenar e/ou reordenar a articulação intersetorial na política de formação para a área da saúde. Assim, para avaliar os processos, deve-se levar em consideração a realidade e a necessidade de saúde, com propostas pedagógicas possíveis de intermediar a construção de conhecimento. Da mesma forma, reconhecer a EPS como um processo de aprendizagem diferenciada é primordial para o seu planejamento e operacionalização, caso contrário este processo se torna inviável.

Para construir um programa de EPS na prática, é primordial conhecer os processos intrínsecos ao serviço ao qual vai ser aplicado, é preciso conhecer o universo dos problemas que circulam naquele determinado cenário. Caso contrário, será uma decisão alheia às dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores e não terá o efeito da mudança que se espera, tornando-se um processo caro, trabalhoso e estéril de resultados.

Logo, para buscar contribuição dos trabalhadores, produzir novos pactos e acordos coletivos, era necessário, de alguma forma, produzir novos olhares para os processos referentes à EPS, envolvendo a gestão, a atenção à saúde, o controle social e o grupo como coletivo.

Na mesma reunião de coordenadores, supracitada, o gestor municipal relatou a importância de implantar o setor pela necessidade de se realizar cursos para informar os servidores como se comportar, como atender melhor e como deveria ser um serviço de atendimento ao público. Ele colocou ainda que sentia a necessidade de ter alguns encontros semelhantes a alguns setores empresariais que seriam importantes para a formação de seus profissionais. O coordenador de umas redes de cuidado reforçou a fala do gestor colocando ainda que, com o NUMESC, ele não precisaria mais estar envolvido com a liberação de profissionais para cursos, uma das dificuldades que ele estava enfrentado.

Para Pereira (2008), a distinção entre público e privado não se baseia no tipo de lei a que a organização está sujeita, mas nos objetivos da organização: se o objetivo for o lucro, trata-se de uma organização privada; se for o interesse público, trata-se de uma organização pública; se for a defesa dos interesses de grupos, trata-se de uma organização corporativa. O aspecto organizacional do modelo estrutural de gerência pública distingue várias formas básicas de atividades realizadas em uma sociedade moderna, envolvendo a produção e o exercício do poder: as atividades específicas do Estado, que envolvem o exercício do poder do Estado e a administração dos recursos do Estado ou das receitas de impostos, o que exige outra distinção entre as atividades centrais de formulação de políticas e a implementação de políticas que ainda requer o uso do poder do Estado; as atividades de advocacia social ou responsabilidade social; o fornecimento de serviços sociais e científicos que a sociedade decide serem de responsabilidade do Estado, como assistência à saúde, educação, pesquisa científica e promoção cultural; a defesa ou promoção de interesses corporativos; e a produção de bens e serviços para mercados competitivos.

Quando o gestor faz essa colocação, entende-se que o seu objetivo é tornar o trabalhador em saúde mais motivado, os serviços flexíveis e acolhedores em relação ao

usuário. Mas ao se inspirar em um modelo administrativo privado, geralmente se está trabalhando sob um modelo datado do Século XX, ou anterior, quando nasceram as doutrinas de cliente-cidadão satisfeito e os mecanismos de ação para a responsabilização do profissional eram baseados na competição com o objetivo de atingir a excelência (PEREIRA, 2008).

Outro representante das coordenações dos serviços sugeriu que era importante buscar subsídios no setor privado referindo-se a este modelo para exemplificar o seu funcionamento, como modelo de eficiência. Tive minhas impressões reforçadas de que era urgente discutir com o grupo o objetivo fundamental da EPS, pois, do contrário, a implantação de um recurso importantíssimo para a rede do SUS em Gravataí estaria com os “dias contados”, devido, entre outras situações, à insatisfação dos gestores com o que buscavam, dificultando os processos e fluxos da EPS.

Muitos gestores e profissionais trazem suas experiências de outros locais de trabalho em instituições do setor privado e tentam implementá-las no setor público que têm objetivos distintos das empresas privadas. É comum ouvir colocações do tipo “se fosse em uma empresa privada não aconteceria assim...”. É importante ressaltar que a lógica, a missão, os objetivos e os valores da empresa privada não são os mesmos da instituição pública. E tentar implantar processos do privado no público, ou o inverso, nem sempre é uma ação que traz resultados positivos.

Do mesmo modo que seus métodos e valores se diferem, a sua logística também é diferente e uma estratégia de sucesso em uma provavelmente não terá o mesmo efeito na outra. E isso não significa falta de competência ou empenho das partes, mas sim que são modelos de gestão diferenciados e que oferecem serviços com prioridades diferenciadas.

A equipe gestora, que propunha o NUMESC, parecia não ter compreensão de sua finalidade. Posteriormente essa visão desacertada causaria conflitos devido a expectativas, em relação ao melhoramento esperado na rede de atenção à saúde e a forma como isso seria desencadeado no município. Assim, esclarecer os princípios da EPS aos gestores se tornou essencial para garantir o apoio da gestão nos processos desencadeados. E esse apoio é imprescindível para garantir um processo possível de acontecer.

Segundo um estudo de Silva et al. (2016), é preciso que as organizações das propostas educativas estejam, imprescindivelmente, baseadas nas necessidades das pessoas, sejam trabalhadores ou usuários. Para não destoar do contexto, no que se refere à avaliação das ações educativas, é preciso transcender o modelo escolar de avaliação e utilizar-se dessas informações para continuamente interagir, rever, reorganizar, impulsionar e sedimentar o

processo de trabalho.

Assim, quanto maior a proximidade das necessidades, mais afinado com as prioridades, das pessoas, dos serviços e da realidade para construir alterações dentro do espaço do trabalho. A utilização de métodos inadequados que não compreendem a realidade, não garante a identificação com o trabalho e o agir em rede é uma grande dificuldade. Para construir um trabalho em rede é necessário compartilhar objetivos e procedimentos e então atingir as interações necessárias dentro dos serviços, que precisa repercutir no usuário. O que ocorre devido à herança da EC que ainda está arraigada em nosso pensamento, em que a capacitação era demandada por categorias, não permitindo a troca de experiências e conhecimento da equipe como um todo.

Neste sentido, a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores de saúde devem ter como desafio não dicotomizar a atenção individual da atenção coletiva, as doenças e adoecimentos da vigilância da saúde; a qualidade de vida (biologia) do andar da vida (produção subjetiva); não fragmentar os grupos de trabalhadores (da gestão, da atenção e da vigilância); não perder o conceito de atenção integral à saúde e realizar o trabalho educativo junto à população; aceitar que há incertezas na definição dos papéis profissionais, em que há alternância de saberes e práticas de cada núcleo constituído das profissões de saúde e do campo da atenção integral à saúde (MARIA et al., 2007).

O apoio da gestão é um importante critério para a implantação e consolidação de uma política de saúde. A participação do gestor no momento de combinações para a implantação do NUMESC reforçou a ideia de haver um setor responsável pela organização das atividades oficiais realizadas no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde.

Outra questão que soma no debate é a preocupação da gestão com o aprimoramento do comportamento dos profissionais no atendimento ao público, além da ideia de que o setor privado teria modelos de sucesso neste campo. Esse contexto revela que há desconhecimento por parte dos gestores em saúde de modelos de gerência pública e da função do setor público na sociedade, mas, principalmente do papel da educação para as instituições de saúde e no SUS.

O imediatismo e a concepção de trabalhar em um modelo de projeto que tem início, meio e fim é outra dificuldade enfrentada. Os gestores e os profissionais de saúde, geralmente, acreditam que se trata de investir em um processo breve e de resultados rápidos que vão produzir efeitos táteis.

As demandas para educação em serviço não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente a partir dos problemas da organização do trabalho, considerando a necessidade de prestar atenção relevante e de qualidade, com integralidade e humanização, e considerando ainda a necessidade de conduzir ações, serviços e sistemas com produção em rede e solidariedade intersetorial (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Quando esse ator não alcança o efeito pretendido vem o sentimento de frustração de quem segue o tempo político. Além disso, esperar por uma ação finita, de aplicação rápida que possa ser mensurada, sem o entendimento da necessidade de trabalhar com um projeto político e institucional, é um dos fatores que mais enfraquecem o trabalho de formação para os profissionais. Além do mais, a EPS se desenvolve sob uma grande variedade de condições institucionais como políticas, ideológicas, culturais e outras próprias na nacionalidade da instituição. E esses fatores, unidos à necessidade de rápidos resultados, pode-se transformar em falta de interesse no investimento neste tipo de ação (OPAS, 2002).

O modo como efetiva-se a sensibilização dos profissionais de saúde para a qualificação da prestação de serviços está diretamente relacionada com o tamanho do investimento em recursos seja financeiro, administrativo, tecnológico, melhorias no espaço de trabalho que também é determinante para que os trabalhadores acreditem no quanto a gestão quer modificar determinadas posturas e conquistar a colaboração dos trabalhadores.

Para Ceccim (2005), é necessário constituir equipes multiprofissionais, coletivos de trabalho, lógicas apoiadoras de fortalecimento e consistência de práticas uns dos outros nessa equipe, orientadas pela maior resolutividade dos problemas de saúde das populações locais/referidas ou colocamos em risco a qualidade de nosso trabalho, porque sempre seremos poucos, sempre estaremos desatualizados e nunca dominaremos tudo o que se requer em situações complexas de necessidades em direitos à saúde.

Construir relações de trabalho em que o sujeito age como responsável pelos seus atos, enquanto profissional que assume os saberes necessários para um atendimento humanizado e ético, comprometido com o usuário, está relacionado com os objetivos da gestão, com a motivação pessoal do trabalhador e com as parcerias estabelecidas entre a gestão e o trabalho. Cabe à gestão e ao trabalhador estabelecer necessidades de promoção da saúde, com valorização do profissional e do trabalho em si.

É necessário que o trabalhador em saúde pleiteie este pacto com o gestor para viabilizar a construção de espaços de conversas entre os sujeitos, o mapeamento e avaliação

dos interesses desses diferentes sujeitos, os espaços de trocas de saberes e iniciativas para construir espaços solidários no ambiente de trabalho.

A EPS pode propiciar estas ações, que são fatores que levam ao comprometimento e a valorização dos trabalhadores em saúde construindo o protagonismo e a autonomia dos sujeitos implicados no SUS. Quando o trabalhador em saúde pensa o seu cotidiano de trabalho, as possibilidades frente às situações problema e busca melhorias tanto para si, quanto para o usuário, ele atua como sujeito promotor de melhorias dos processos de saúde.

A fala do gestor estava impregnada de uma concepção de que o NUMESC seria um setor que viria para atuar enquanto apoio para eventos, não convergindo para o proposto pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Porém, ao mesmo tempo, percebia a existência de ganhos secundários com este entendimento. Essa realidade colocou um questionamento que, por algum tempo, planou em meus pensamentos: como dar conta daquele cenário de dificuldades que me parecia imenso. Enquanto Coordenadora do NUMESC, juntamente com a equipe deste núcleo, pude repensar a forma de abordagem da temática com a gestão, coordenadores e profissionais de saúde, realizando atividades de apresentação do NUMESC e de seu papel, sendo estas fundamentais para o andamento de sua implantação.

A partir disso, foi necessário desenvolver processos contínuos de esclarecimentos sobre a proposta de, efetivamente, instituir um Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva. Assim, ao buscar propostas para a EPS, deve-se objetivar o empoderamento dos trabalhadores, a responsabilidade compartilhada e o caminho a seguir pelo usuário, tendo ele, como foco das ações de educação em saúde.

Peres et al (2016) apontam em seu estudo que um fator limitante à concretização da política de EPS é o fato de que as ações ocorrem de modo centralizado nos gestores, com ações pontuais e descontinuadas. Gestores e trabalhadores apresentaram diferentes visões acerca do processo da EPS.

O produto final do trabalho em saúde não é material, o que se busca como resposta nos serviços de saúde é a saúde dos usuários que a procuram. Segundo Merhy (2006), o trabalho em saúde é um “trabalho vivo em ato”, pois na saúde a interseção entre o produtor do bem de consumo e o consumidor é direto e imediato. Além disso, o produto do trabalho em saúde é consumido ao mesmo tempo em que é produzido. A cogestão é uma forma de gerenciar que soma o pensar e o fazer coletivo, e também uma forma de controlar todos os atores da comunidade envolvida no SUS. É uma diretriz ética e política que objetiva motivar e educar

os trabalhadores.

Antes mesmo do NUMESC entrar em funcionamento, a equipe responsável pelo projeto promoveu uma série de encontros entre os gestores de serviços e departamentos para conversar sobre as funções que o Núcleo assumiria e como desenvolveria as questões relativas ao desenvolvimento dos trabalhadores em saúde.

Ainda segundo Ceccim (2005), ao considerar a EPS como orientadora dos processos de formação em saúde, torna-se essencial a valorização de outros aspectos do trabalho além dos normativo-administrativos, tomados como intrínsecos ao trabalho. Faz-se necessária, também, a implicação do trabalhador com a autoria responsável das ações cotidianas no trabalho desenvolvido.

O trabalho em equipe e o desenvolvimento de atividades que sensibilizem os envolvidos no processo auxiliam na abertura de portas e possibilidades de um (re)pensar as formas e o processo de trabalho desenvolvido no âmbito dos serviços de saúde, contribuindo para corresponsabilidade dos sujeitos nos processos de gestão e atenção à saúde.

Após a instituição do NUMESC, a equipe diretiva desencadeou uma sequência de conversas, agora, com os serviços com o objetivo de explicar a metodologia, os princípios do NUMESC e da EPS, como eram realizadas as visitas com o propósito de sensibilizar para o tema e etc. Nesta tarefa, os responsáveis pelas gerências de distritos, coordenadores de serviços foram parceiros para abrir espaços de divulgação das propostas do NUMESC em suas reuniões de equipe e outros espaços coletivos, pois acreditavam que era muito importante que os trabalhadores estivessem apropriados das propostas, para também participar dos processos instituídos.

Esse foi o principal espaço que passou a ser utilizado para dar início às atividades pois era consenso de todos que a sensibilização das equipes seria primordial para estabelecer uma relação de parceria com os profissionais.

Os encontros na rede também foram uma tentativa de aproximar os servidores, que de certa forma, sentiam-se excluídos dos processos de gestão. Estar no local onde os trabalhadores atuam permite observar os espaços em que as bases das práticas de saúde estão concentradas, em um campo onde estão reunidos trabalhadores, gestores e usuários. O que se converte em um campo de coleta de subsídios para o planejamento da EPS e também de esclarecimentos sobre as atividades de educação, pois os profissionais não reconhecem que atividades de seu cotidiano possam estar relacionadas com promoção do conhecimento em saúde.

As atividades de divulgação tiveram importância também para buscar uma mudança de concepção de EPS, um desafio que deve ser vencido em etapas, pois é perceptível que o modelo de formação científica é muito arraigado nos profissionais. O conflito de conceitos e a diferença da EPS na teoria e na prática me fez perceber que a implantação do NUMESC seria um grande desafio e, ainda hoje, após várias atividades de sensibilização desenvolvidas, ainda há relatos de atores que dizem não compreender o que é EPS confundindo com uma proposta de continuidade do seu curso técnico ou da graduação.

O estudo de Peduzzi (2009) evidencia que tanto a EPS como a EC são importantes para o desenvolvimento dos trabalhadores na atenção primária à saúde e ambas se complementam, ou seja, a EPS, problematizando as práticas em saúde e provendo a participação multiprofissional dos trabalhadores, objetivando corresponder às necessidades de saúde da população e, a EC preconizando os fundamentos técnico-científicos das áreas profissionais distintas para promover o desenvolvimento nas instituições. No tocante ao fortalecimento do SUS e da transformação das práticas de saúde, coloca-se a necessidade de ampliação do debate em torno da EPS como política pública implementada. Entende-se que esforços articulados dos diversos níveis da política de EPS, incluindo o nível local das UBS, permitirão avanços na transformação das práticas educativas de trabalhadores, evitando que a EPS se reduza a uma mera mudança de denominação relacionada ao desenvolvimento dos trabalhadores da saúde.

Após realizar um levantamento das necessidades relativas às atividades de EPS, pelo NUMESC, evidenciou-se uma concepção de cursos, capacitações e outras atualizações, que saldavam uma necessidade sim, nesta área, mas não havia propostas com objetivos de produção do cuidado, focando no cotidiano de trabalho e nas reflexões deste processo.

A compreensão do conceito não é primordial para estabelecer estratégias de EPS, mas contribui para desenvolver meios que avaliem as necessidades e prioridades das ações desenvolvidas de forma conjunta com os profissionais. Porém, esclarecer seus propósitos é importante, para que os trabalhadores possam reconhecer o que está sendo realizado e também contribuir, identificando dificuldades e desafios para estabelecer programas de aprimoramento que busquem soluções ou ações que minimizem as complexidades cotidianas.

Ainda sobre o conceito e o significado da EPS uma das questões de extrema relevância é a valorização da educação no local de trabalho que ocorre no cotidiano e que, na maior parte das vezes, não tem ementa ou certificado. É uma construção da equipe e/ou de profissionais de determinada unidade que se colocam prontos a ouvir, a promover trocas com seus colegas

e, a partir disso, construir possibilidades, caminhos e pontes de conhecimento em prol do sistema de saúde e da população usuária.

Foi importante esclarecer para o grupo de trabalhadores e gestores, que uma roda de conversa, um bate-papo no intervalo para o cafezinho, a reunião de equipe onde é debatido sobre ocorrências cotidianas constituem atividades de EPS e que tinham um fator de grande resolutividade para as questões enfrentadas no serviço.

Conforme Lopes (1992), produzir conhecimentos tem o significado de processo, de reflexão permanente sobre os conteúdos aprendidos, buscando analisá-los sob diferentes pontos de vista; significa desenvolver atitude de curiosidade científica, de investigação da realidade, não aceitando como conhecimentos perfeitos e acabados os conteúdos transmitidos pela escola.

Ao observar o cotidiano de trabalho, é importante o fazer, buscando produzir mudanças e transformação. Essa transformação ocorre com a busca de novas realidades, com outras possibilidades para modificar o que está em desacordo com a realidade que se quer, é aí a EPS entra facilitando o processo para o profissional de saúde.

O que se busca, segundo Lopes (1992), com a EPS é a transmutação de valores, aperfeiçoar o que está em funcionamento, para melhorar a prestação dos serviços, melhorar o ambiente de trabalho, buscando um serviço de saúde de qualidade.

O principal meio para realizar transformações é através do trabalhador em saúde, então, estas mudanças devem ter como foco principal o sujeito, que é quem através do descontentamento, da insatisfação e com a curiosidade de experimentar pode produzir os movimentos necessários para que ocorra essa transformação, aí está o sentido da EPS buscar a solução dos problemas, mas preparando o sujeito para a busca.

Paulo Freire (2006), afirma que é necessário ter na educação a coerência entre trabalho e a razão humana, exigindo-a no próprio ato de existir com clareza. Neste sentido, o homem passaria reconhecer-se em suas funções essenciais, deixando de lado a dominação pelos mitos e a razão passaria a dominá-lo em vez da emoção. Para ele, a conscientização implica, pois, que ultrapassemos a esfera espontânea de apreensão da realidade, para chegarmos a uma esfera crítica na qual a realidade se dá como objeto atingível e na qual o homem assume uma posição epistemológica.

Utilizando a fala do autor e trazendo para os cenários da saúde o que se busca na EPS, é a alteração dos espaços de trabalho e a oferta de serviços por meio do indivíduo que se transforma e modifica sua realidade, a partir do reconhecimento de um cenário que precisa ser

melhorado. Quando o sujeito se sente parte da gestão, ele se identifica como um indivíduo empoderado, para questionar e opinar, deixando a crítica vazia na busca da solução das suas necessidades, que devem ser as necessidades pactuadas dentro da equipe com foco nas necessidades de atender ao usuário do sistema. Ao instalar um processo de educação na saúde, democrático, que busca a libertação dos processos de trabalho estabelecidos hierarquicamente, ou mecânicos, tem-se um novo fator de contribuição para a resolução dos conflitos. Eis aí um grande potencial humano, que se tem a possibilidade de pensar de forma conjunta para a solução dos conflitos e problemas dos cenários.

Os profissionais da rede relatavam que não esperavam construir conjuntamente um projeto de necessidades de EPS, pois as propostas chegavam até eles prontas, projetadas por outras esferas de forma vertical, o que causava, muitas vezes, estranheza e desconfiança para o grupo de profissional.

Conforme Minayo (2004, p.109) a fala dos sujeitos é reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e, símbolos e ao mesmo tempo, tem a magia de transmitir, através de um porta voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

É perceptível que propostas descontínuas e planejadas de forma hierárquica, sofisticadas e pouco compatíveis com a realidade do profissional atuam como um fator desestimulante nas equipes de saúde. É necessário adotar iniciativas combinadas, coletivamente, para assim, instituir fluxos e práticas com a clareza e a participação de todos os segmentos (trabalhador, gestor, usuário) e ter a possibilidade de acompanhar o andamento, avaliar e reorganizar-se, quando necessário, de acordo com cada realidade, para buscar a transformação a que se propõe a EPS.

Baseado nestes relatos, o Núcleo buscou todos os recursos disponíveis para desencadear um processo de continuidade e resultados, sempre esclarecendo que eles são percebidos a longo prazo e, para atingir este objetivo, é imprescindível a cooperação dos trabalhadores.

Trabalhar a formação dos trabalhadores é uma tarefa prolixa, para além de esclarecer sobre as atribuições do NUMESC na rede, foi necessário tornar visível ao Colegiado a sua incumbência dentro do NUMESC. A gestão da EPS era uma novidade para os municípios, então foi necessário que o Colegiado também se apropriasse da sua atribuição no desenvolvimento da gestão da Educação em Saúde, questão que deve ser reiterada permanentemente.

A equipe do NUMESC passou a ocupar espaços nos grupos de profissionais como reuniões de equipe, reuniões de coordenadores, gerências de distritos sanitários e eventos que ocorriam para divulgar o NUMESC Gravataí e sensibilizar/multiplicar o conceito de EPS, além da construção conjunta de sua prática na capilaridade da produção em saúde.

Em um primeiro momento, o grupo era visto com desconfiança e apreensão por parte dos profissionais, considerando esta uma forma de controle que não traria resultados concretos para a atenção em saúde. Ao longo das atividades esse receio foi se dissolvendo a medida que propostas foram sendo apresentadas para o conjunto dos trabalhadores.

Essas atividades vêm sendo realizadas ininterruptamente, de forma que toda a rede esteja informada e consiga contribuir com os processos enquanto participante e de um projeto não hierarquizado que está engajado em contemplar todos os profissionais.

5.3 Desafios e potencialidades enfrentados para a implantação da Educação Permanente em Saúde

A ação de desencadear processos de Educação em Saúde precisava ser construída coletivamente, estar condizente com a realidade local respeitando a dinâmica dos grupos, evitando a imitação da escola formal que educa para atender às necessidades do mercado de trabalho com uma metodologia conteudista.

A partir de todas as prerrogativas da EPS, do caminho percorrido desde a implantação do NUMESC, era necessário construir uma proposta articulada, de fato, com princípios democráticos, comprometidos com um projeto de educação na saúde para promover a autonomia e a corresponsabilização dos trabalhadores com as necessidades da população. Os pressupostos e os métodos deveriam estar inseridos nesta concepção, para colocar em prática a EPS. Para construir uma direção política e pedagógica de forma transparente, coletiva, diagnosticando e elencando prioridades definidas de forma participativa, extensiva a todos os aspectos da realidade dos serviços.

A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não seu foco central. A formação engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

As estratégias de EPS são diferentes para cada espaço de trabalho, por isso não é possível eleger critérios, métodos e estratégias à distância. É necessário conhecer a fundo a fragilidade e a potencialidade de cada serviço em sua realidade, para pensar adequadamente

os processos necessários e aplicáveis a um serviço.

Para Vasconcellos (1996), do ponto de vista educacional, o planejamento é um ato político-pedagógico porque revela as intenções e a intencionalidade, expõe o que se deseja realizar e o que se pretende atingir. Através do planejamento coloca-se a intenção, depois a exposição deste plano e o objetivo a alcançar, deve ainda contemplar a ação e a reflexão para identificar as fragilidades dos processos para desconstruir e construir ou reconstruir, se avaliar necessário.

A Resolução nº 590/13 garante recursos financeiros para implantar e manter atividades do NUMESC, de intercâmbios para trocas de experiências com outros municípios, estruturar os Núcleos com equipamentos e material permanente (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

Esta garantia não se confirmou devido aos cortes de recursos realizados pelo governo estadual. Assim, os municípios que tinham os Núcleos em funcionamento não receberam o aporte financeiro para suprir suas necessidades de infraestrutura ou desenvolver seus projetos.

Com um cenário político e financeiro precário, foi perceptível que havia a necessidade de buscar alternativas para implementar o planejamento estabelecido e promover as atividades apontadas como necessárias para a rede.

Estabelecer parcerias com as instituições de educação foi importante para ampliar o trabalho em rede, estabelecendo uma combinação do que queríamos implementar, diante do cenário que se colocava.

A cooperação técnica assinada com a maior universidade federal da região, a UFRGS, possibilitou parcerias como vagas para estágios curriculares e outras atividades relativas à EPS. Assim, foram disponibilizadas vagas para estágio na Graduação em Saúde Coletiva e Enfermagem. A formação dos acadêmicos, na sua maioria em fase de conclusão do curso, possibilitou-lhes a experiência e o aprendizado prático na gestão dos serviços de saúde, como também houve uma grande contribuição deles no Núcleo, desempenhando funções tanto nas atividades administrativas, como na gestão e no planejamento de metas estabelecidas pelo NUMESC.

Com a Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), a instituição com um campus sediado em Gravataí, além da disponibilidade de campos de estágios, a parceria estabelecida pela cooperação técnica contribuiu para promover atividades de Educação em Saúde realizadas através da Universidade conjuntamente com a SMS ampliando os espaços de formação e atualização em temas importantes e eleitos pelos trabalhadores da rede.

A legislação do SUS garante que os seus espaços devem atuar como facilitadores na

formação de futuros profissionais de saúde, assim, outra importante iniciativa com esta Universidade foi o incentivo e organização de espaços de pesquisa na rede de serviços do SUS em Gravataí. Os acadêmicos dos cursos da área da saúde recebiam sugestões de temas de pesquisa para realizar na rede, através do mapeamento dos problemas mais críticos ocorrentes e relevantes os quais seriam interessantes enquanto objeto de estudo.

A cooperação estabelecida com a ULBRA possibilitou avanços para iniciativas em relação à EPS e também para a assistência à saúde diretamente, uma vez que, os campos de estágios oferecidos reverteram em formas atendimentos por graduandos da instituição, acompanhados pelos seus professores, entre eles psicoterapia para usuários da rede, em áreas como saúde mental crianças e adolescentes, permitindo o rápido acesso para casos não tão graves e que poderiam ser acompanhados com intervenções breves.

Simultaneamente, foi necessário organizar fluxos para as pesquisas em saúde, visitas de observação e vivências e uma medida relevante foi direcionar a entrada dos projetos de pesquisa na rede por meio do NUMESC. Os temas de projetos de pesquisa propostos pelos acadêmicos e universidades para serem realizados nos serviços de saúde, são encaminhados ao Núcleo que, após a análise e aprovação, são facilmente acompanhados por parte da Secretaria e também pela inserção dos pesquisadores nos serviços.

Essa iniciativa também criou um espaço de avaliação dos serviços, para os serviços e o grupo de trabalhadores. Os temas abertos para os pesquisadores oportunizavam o debate dentro da rede, uma vez que é previsto uma devolutiva e apresentação dos resultados obtidos para o grupo de profissionais envolvidos, e assim, conseqüentemente, atingir um dos principais ideais do Sistema de Saúde, que é de facilitar que o SUS seja um espaço ambiente escola.

A intenção é possibilitar ao pesquisador as informações necessárias para seu projeto, a segurança dos serviços e indivíduos envolvidos na pesquisa e o acompanhamento dentro da instituição desde a validação, conclusão, até o retorno dos resultados obtidos na pesquisa à SMS.

Os estágios curriculares obrigatórios também passaram a ser encaminhados através do NUMESC para assegurar o ingresso do aluno, a avaliação por parte dos serviços das possibilidades que o aluno tem em estar realizando o estágio na rede e das condições gerais do campo oferecido pela Secretaria aos estudantes.

A EPS tem como eixo estruturante o compromisso de ser pensada e proposta através das necessidades reais dos trabalhadores e dos usuários. Para seguir este preceito, foi

realizado um levantamento entre os profissionais dos serviços e departamentos com o objetivo de identificar o que estava acontecendo em relação à EPS na SMS. Essa busca apontou que inúmeras atividades estavam acontecendo, por iniciativa dos coordenadores dos serviços, coordenadores das redes de cuidado e unidades de saúde.

Algumas aconteciam de maneira fragmentada, categorizada, baseada nas necessidades de diagnóstico, cuidado e profilaxia. Não levavam em conta a necessidade da população, não tratavam os temas de forma intersetorial e não visavam a autonomia das pessoas.

Para Vincent (2009), o estabelecimento de processos de Educação Permanente em rede abrangente de atores em atuação sinérgica, demanda estratégias para o envolvimento de gestores, formadores, estudantes, profissionais dos serviços e usuários como autores, sujeitos da construção "na" e "da" rede. Tais alternativas devem respeitar a noção de integração no sentido amplo e inclusivo, sendo elas, multirreferenciadas, interdisciplinares, plurais, aumentando ainda mais a complexidade envolvida na construção desse processo de integração.

No entanto foi necessário buscar subsídios para a continuidade das práticas através de sugestões indicadas pelos profissionais que iriam orientar o planejamento e as iniciativas com base na avaliação deles. Essa foi a primeira iniciativa de buscar temas para as práticas a serem construídas, diretamente com os profissionais da rede. Assim, em cada encontro, eram distribuídos aos participantes formulários de avaliações e sugestões para questões relacionadas ao mundo do trabalho que os mesmos achavam importante conversar.

A pesquisa feita por Andrade et al. (2016) considera que as avaliações dos profissionais sobre seus cotidianos de trabalho proporcionam ferramentas que trazem aporte a discussão acerca da EPS. Essa reflexão, feita de maneira crítica e problematizadora, em relação ao cotidiano do trabalho e das ações educativas oferecidas aos trabalhadores, permitiu que as realidades vivenciadas por esses profissionais aflorassem.

Neste momento surgiram barreiras com importante dimensão e que têm incidência direta nas ações do NUMESC. Uma delas foi a contrariedade por parte de gestores municipais e dos coordenadores de serviços em apoiar iniciativas que resultem no fechamento dos serviços para realizar as atividades, ou afastar os servidores para participar de encontros e eventos.

A multiplicidade de interesses e pontos de vista existentes nos territórios locais regionais deixa clara também a necessidade de negociação e pactuação política nesse processo de estabelecimento de orientações concretas para a educação permanente em saúde. O núcleo

central da política de formação para a área da saúde é constituído pela própria população. Suas necessidades sanitárias e mesmo de educação para a gestão social das políticas públicas de saúde devem ser contempladas, promovendo-se o desenvolvimento da autonomia diante das ações, dos serviços e dos profissionais de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Isso ocorre por receio da reprovação da população e também por não compreender os processos e a importância da estratégia de EPS, para melhorar os processos de trabalho dentro dos serviços e da melhoria da qualidade da atenção à saúde para a população. Tal postura reitera a necessidade de se incluir o usuário nas atividades de planejamento da EPS, a participação da sociedade é primordial para o sucesso das iniciativas. E o cidadão deve estar presente contribuindo na elaboração do planejamento EPS, que em síntese é seu objetivo fim.

Ainda para Lima et al. (2014), o aperfeiçoamento das ações de EPS necessita ser trabalhado com a gestão, colocando a política de Educação Permanente em Saúde como prioridade estratégica de reorientação dos serviços e garantindo a escuta dos trabalhadores para os quais essas atividades de EPS são voltadas.

Assim é necessário que a gestão seja sensibilizada para a importância destas práticas, é importante também explicitar aos gestores que as mudanças através dos processos de EPS não são imediatas, mas produzem resultados no universo das equipes de saúde.

Há a necessidade de se desenvolver meios que esclareçam os propósitos da Educação Permanente em Saúde, que estabeleçam programas de capacitação destes profissionais ao adentrarem nesta modalidade de trabalho e que esta seja contínua durante todo o período de atuação desses profissionais, propiciando assim o pleno desenvolvimento das ações educativas e do aprimoramento da formação, conseqüentemente, a promoção da saúde dos profissionais e comunidade assistida (FIGUEIREDO et al, 2014).

Com os subsídios buscados dentro dos serviços foi possível escolher temas relacionados a eles. Porém, devido à capacidade da rede, não foi possível estabelecer um programa para trabalhar formações por linhas de cuidado, reunindo os trabalhadores envolvidos na rede. As propostas de EPS acontecem de forma categorizada, há uma grande dificuldade em vencer esta barreira, o que só poderá ser ultrapassado com o apoio dos gestores dos serviços, do gestor municipal, o que implica ainda na concepção de EPS presente no discurso dos atores envolvidos.

Para construir uma sistemática de atividades realizadas pelo NUMESC Gravataí, embora de forma compartimentada, ela foi pensada com base nas sugestões dos profissionais, utilizando os resultados da busca e sugestões.

A contribuição dos profissionais são as suas considerações em relação ao que entendem ser importante para a construção das propostas de EPS. As atividades promovidas entre os profissionais tiveram como resultado, além das discussões sobre o tema proposto, a identificação de algumas fragilidades. Estes espaços funcionam como um fórum de escuta, em que os trabalhadores buscavam soluções conjuntas das situações, encaminhavam novas pautas para incluir nas atividades do NUMESC e, ainda, encaminhamentos para solucionar conflitos dos ambientes de trabalho.

A resistência por parte dos profissionais em trabalhar a EPS com as equipes e não por categorias, permanece. Há uma cultura na rede de que as atividades quando ocorrem de forma compartimentada é mais efetiva. Muitos têm dificuldade em reunir-se para articular, combinar alternativas e estratégias, eis um desafio para ser vencido ao longo do tempo. Para tentar minimizar estas práticas foi importante buscar, através das combinações dentro do Núcleo, a instituição de ações de sensibilização dos atores sociais envolvidos, pois sem o apoio dos gestores os processos a serem desenvolvidos não são possíveis de serem implementados.

Para Lima et al (2014), há uma importância no fato de que para muitos gestores as ações de EPS surgiram a partir das dificuldades encontradas no dia a dia do trabalho, e não porque a gestão acreditava que seria importante para a qualificação dos trabalhadores e para a melhoria das ações de saúde. O elenco de problemas de saúde emerge da análise dos indicadores, das demandas ministeriais e das universidades também geraram ações de EPS. Ocorre que, por vezes, os gestores não enxergam a EPS como uma política de gestão, o que é importante que os gestores compreendam o de EPS.

O estudo de Buccinie et al. (2016) revela que há ainda uma grande distância entre o que é proposto pela PNEPS e a realidade local pesquisada. As dificuldades encontradas variam de questões institucionais e gerenciais até questões que envolvem os processos de trabalho e a participação popular.

O NUMESC é responsável pelas estratégias de descentralização e implementação da EPS, seguindo os princípios e diretrizes do SUS. Esta responsabilidade é exercida pelo núcleo e toda a sua composição. Assim, a compreensão da equipe em relação aos meios a serem adotados, antes de propor processos de EPS para a rede, deveria ser alinhado estrategicamente dentro do Núcleo.

Para organizar o Planejamento das Atividades de Educação Permanente em Saúde Anual, além da pesquisa e análise das necessidades na gestão da secretaria, é realizada uma pesquisa, entre a equipe de trabalhadores, através de um questionário que foi distribuído para

as equipes que trabalham nos serviços. As respostas vêm contribuindo para este planejamento, além das situações cotidianas que vão se revelando com as atividades rotineiras dos serviços e da gestão.

Esta forma de levantar as prioridades, através de sugestões, em um primeiro momento pode configurar como imediatista e pontual. Porém, são de extrema importância dentro do momento vivenciado na SMS, sendo a forma mais aplicável de detectar as prioridades e sugestões das equipes.

Em relação ao planejar a EPS para a rede municipal, deu-se início à construção do Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde, previsto na Portaria Ministerial número 278 de fevereiro de 2014. No Plano, ficam acordadas as necessidades e metas com uma avaliação conjunta de todos os atores. Assim, ficam pactuadas as responsabilidades, as necessidades, as potencialidades e as avaliações quanto à EPS no âmbito municipal, sendo o Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde um instrumento da gestão na Educação em Saúde.

Silva et al (2016) aponta em seu estudo que as avaliações das ações educativas em saúde são ainda incipientes ou inexistentes. O mais importante é ratificar que a educação não pode ser vista como um apêndice, mas fazer parte das políticas institucionalizadas, seja no serviço público, seja nas atividades privadas. Assim, deve-se definir quais são os objetivos institucionais e as políticas de gestão de pessoas, além de infraestrutura, investimentos financeiros para constituir uma política institucional de educação no trabalho. Então é necessário compreender que o centro da questão não são os instrumentos de avaliação, mas como estão organizados os processos de educação no trabalho.

O pensar em estratégias em relação à Educação em Saúde deve ser originado da necessidade dos trabalhadores nos serviços. Com o objetivo de buscar a solução para a problemática no cenário de serviços, o método utilizado vai do mais simples ao mais sofisticado, o principal objetivo é a resolutividade, status que nem sempre é fácil de ser alcançado.

O financiamento da Educação em Saúde também é um fator importante na sua implementação de fato. Embora muitas ações possam ser planejadas com recursos mínimos, é importante estabelecer um cronograma que permita trabalhar com amplas e avançadas opções em relação ao espaço físico, localização, disponibilidade de recursos de mídia, palestrantes e todo o conjunto de recursos operacionais para as ações.

É um desafio para o NUMESC, que não tem hoje recursos próprios, buscar o

financiamento das suas ações. Isso também acontece pela dificuldade das gestões em compreender que nos blocos de financiamento, que são os repasses do MS por áreas, há recursos para Educação Permanente em Saúde, podendo ser utilizados em ações conjuntas do NUMESC e setores dentro da SMS que recebem estes recursos.

A indisponibilidade de recursos financeiros causa a estagnação das atividades e insegurança quanto a exata aplicação dos valores, dúvidas em relação à gestão financeira e à contratação de profissionais para atividades também trazem dificuldades ao elaborar e implementar ações. Assim, alternativas como buscar parcerias que não envolvessem transferência de recursos com os profissionais da rede, e de outras instâncias do SUS foi uma solução plausível e imediata para esta problemática.

Esse impasse também é resultado da resistência em estabelecer a EPS como uma política transversal, que está envolvida com todos os serviços. Para vencer esta barreira é importante o gestor da pasta apoiar a proposta, pois é quem define as linhas políticas e tem o poder político para a tomada de decisões. De outra forma não há governabilidade para implementar programas sólidos de EPS e, por consequência, de fortalecimento da força de trabalho no SUS.

Os desafios aqui descritos acompanham o NUMESC desde a sua implantação, na sua atualidade e fazem parte da realidade e do universo de questões que envolvem a gestão descentralizada da EPS. É possível que com o tempo estas dificuldades sejam minimizadas, mas é necessário o avanço dos debates sobre a descentralização e responsabilização dos estados e municípios em relação à gestão da Educação em Saúde.

O NUMESC Gravataí, após estabelecer as necessidades do trabalho e da formação para os trabalhadores, desenvolve suas atividades focando nos princípios da PNEPS, colocando os temas pertinentes à EPS em pauta, com o objetivo de seguir problematizando os diagnósticos para modificar as práticas que envolvem o conjunto dos trabalhadores, investindo neles com foco no atendimento ao usuário.

A PNEPS é uma política nacional pensada para todo o país, um país de grande extensão territorial e com diferentes realidades culturais, financeiras, territoriais, climáticas e outras diferenças que têm influência direta nos processos de trabalho e no cotidiano de vida. Assim, cada realidade local é que vai poder dizer como se faz a EPS para seus serviços, assim são esses grupos que têm a propriedade para traçar suas metas e necessidades.

Em Gravataí, o NUMESC desde que foi implantado vem acompanhando as necessidades que se apresentam, através de demandas da rede, da gestão e do trabalho com o

usuário. Ao longo de seu funcionamento vários aspectos estão em construção. Com exceção dos fluxos administrativos construídos a partir das necessidades internas do Núcleo, os demais estão em constante avaliação considerando a maturidade do processo em si e da avaliação conjunta da necessidade de mudança.

Desenvolver a EPS não é um objetivo que será alcançado em um curto espaço de tempo, mas continuar investindo em ações é que irão garantir o funcionamento, a descoberta de necessidades para chegar a um estágio de efetivação de fato de ações que levam o Núcleo a estabelecer um programa que estimule a participação dos trabalhadores de forma que eles possam contribuir e buscar em conjunto a construção de mais espaços para criar e recriar, dentro de suas atividades com autonomia, liberdade e compromisso com a população.

6. ARTIGO CIENTÍFICO

EXPECTATIVAS E DESAFIOS COTIDIANOS NA CONSTRUÇÃO DE UM NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Manuscrito em elaboração que será submetido a publicação no periódico Interface.

Expectativas e desafios cotidianos na construção de um núcleo municipal de educação em saúde coletiva

Potentialities and daily challenges in the construction of a municipal nucleus of education in collective health

Potencialidades y desafíos cotidianos en la construcción de un núcleo municipal de educación en salud colectiva

Pack, CM¹, Adriana RR²

¹Estudante de Mestrado Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Enfermagem, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

²Professora Doutora Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Enfermagem, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar o processo de implantação de um Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva, na Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo de caso descritivo com base nos registros de diário de campo com uma proposta analítica de discutir as categorias temáticas empíricas e embasada teoricamente. O NUMESC surgiu de uma proposta nascida aqui no Rio Grande do Sul, resultante da parceria entre Secretaria Estadual de Saúde (SES), Escola de Saúde Pública (ESP/RS), como alternativa para diminuir as lacunas entre as linhas gerais orientadas pela PNEPS, as adotadas nos estados e municípios, facilitando as pautas conjuntas em relação ao tema EPS.

Palavras Chave: Educação em Saúde, Capacitação de Recursos Humanos em Saúde, Saúde Pública.

ABSTRACT

Permanent Health Education (EPS) is a proposed process for improving health care. It is a comprehensive and sometimes distinct concept, but understood as practices that seek to improve the work processes in health. This study aimed to analyze the author 's experience in the implementation of a Municipal Nucleus of Education in Public Health (NUMESC), in

Gravataí, a municipality of the metropolitan region of Porto Alegre in Rio Grande do Sul. It is a descriptive qualitative research based on the field diary records with an analytical proposal to discuss empirically thematic categories and theoretically based.

The NUMESC came from a proposal born here in Rio Grande do Sul, resulting from the partnership between the State Department of Health (SES), School of Public Health (ESP / RS), as an alternative to narrow the gaps between the general lines guided by PNEPS, those adopted in the states and municipalities, facilitating the joint guidelines in relation to the theme EPS.

Key Words: health education; Training Human Resources in Health; Public health.

INTRODUÇÃO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é um processo vinculado à melhoria da atenção à saúde. É um conceito abrangente e, por vezes, distinto, mas compreendido como práticas que buscam a melhoria dos processos de trabalho em saúde.

O percurso da EPS é longo e foi impulsionado, no Brasil, pelo mesmo movimento que ocorreu na América Latina, sendo que internamente ganha forças no Movimento da Reforma Sanitária. Esta foi uma das defesas do movimento, decorrente de suas proposições, a luta pelo estabelecimento de uma estratégia de formação para os profissionais de saúde tendo como propósito a melhoria dos serviços, questão que perpassou nas sucessivas Conferências de Saúde (principalmente na VI e na VII), o tema é pautado em todas as Conferências de Saúde devido à importância para os serviços do SUS. A problemática da formação foi motivo de luta dos gestores e dos próprios profissionais de saúde, ainda contou com o acompanhamento dos Conselhos de Saúde, em cada instância, que atuavam conjuntamente na defesa de uma estratégia de mudança nas práticas de saúde, tendo como meta a formação para o SUS.

A EPS recebe respaldo legal no momento em que é regulamentada a Lei nº 8080/90 (BRASIL, 1990). Assim, tornou-se imprescindível organizar os processos educativos e, os municípios passaram a assumir o compromisso de formar e ordenar profissionais de saúde para o trabalho, conforme os princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 1996, a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS) abarcou o conceito de Educação Permanente como um processo de permanente aquisição de informações pelo trabalhador, de todo e qualquer conhecimento, por meio da escolarização formal ou não formal, de vivências, de experiências laborais e emocionais, no âmbito institucional ou fora dele. Este conceito amplo e abrangente desencadearia uma profunda mudança de valores em relação à formação dos profissionais, estabelecendo responsabilidades para cada esfera do SUS e de seus gestores para promover e qualificar profissionais e seu atendimento à população (Brasil, 1996).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), implantada apenas em 2003, é voltada para o desenvolvimento do SUS e ancorada na aprendizagem significativa, como o único mecanismo efetivo de formação de trabalhadores em saúde. Antes da aprovação da referida política, foi instituída a Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), importante para organizar a formação dos trabalhadores no SUS, desencadeando processos determinantes para a EPS e sua efetivação como meta constante do SUS (Brasil, 2004).

A Portaria nº 198 de 2004 GM/MS estabelece a PNEPS como estratégia do SUS a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores em saúde, em que o aprender e o ensinar se tornariam práticas do cotidiano das organizações. Além de instituir os Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (PEPS), propondo a regionalização da EPS, a cargo das Secretarias Estaduais de Saúde (Brasil, 2004).

Na sequência, em 2007, foram lançadas as novas diretrizes da PNEPS pela Portaria nº 1996/2007/GM/MS, que reafirma os princípios e prioriza as necessidades e demandas da EPS, a partir das realidades cotidianas. Estabelece os repasses financeiros para a formação dos profissionais, as responsabilidades nas esferas do SUS e a necessidade de elaboração de planos regionais de saúde. Também institui que a condução regional da PNEPS se daria por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) e não mais via PEPS.

Nos PEPS, os sujeitos experimentaram desconfortos, evidenciaram conflitos e vivenciaram experiências que proporcionaram condições para a superação da compreensão desses espaços como mera fonte de captação de recursos para financiamento de projetos; e para a percepção da EPS como um processo que está relacionado à mudança de prática, possível a partir da problematização do processo de trabalho (NICOLETTO et al, 2009).

No Estado do Rio Grande do Sul (RS), antes mesmo da instituição da PNEPS, implantaram-se os Núcleos Regionais de Saúde Coletiva (NURESCs), por meio da Portaria Estadual nº 039 de 01 de dezembro de 2000, compostos por representantes da Escola Estadual de Saúde Pública e das Coordenadorias Regionais de Saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2000). Já no ano de 2013, foi aprovada a Resolução nº 590 de 2013 da CIB/RS, em que foram criados os Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) e instituída a Rede de Educação em Saúde Coletiva (RESC), estabelecendo os dispositivos de intercâmbio, organizando a Rede de Gestão Estadual e regional, colocando-a como dispositivo de referência no RS. Outro avanço que promove a portaria é o estabelecimento da organização da EPS nos municípios, pois instituir os Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC), o seu financiamento, composição e a instituição da rede municipal como cenário de práticas em formação através das: residências integradas e multiprofissionais, em toda a abrangência da saúde pública (Rio Grande do Sul, 2013).

No cenário atual, após a aprovação da referida resolução, o desafio é firmar a PNEPS no nível municipal, instância do SUS em que é exigido do profissional de saúde, habilidades e conhecimentos fundamentais para o cuidado do usuário nos serviços de saúde. No Rio Grande do Sul, a proposta do NUMESC responsável por radicar e difundir a prática da EPS foi uma conquista importante.

Em Gravataí, o processo de implantação do NUMESC foi iniciado no ano de 2014, respeitando as normativas regulamentadas pela Resolução que fundamentam os núcleos. A experiência da constituição deste núcleo deu origem ao presente estudo que tem por objetivo analisar o caso da implantação de um Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva, na Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um Estudo de Caso do tipo descritivo e este visa à descrição do fenômeno inserido em seu contexto (Gil, 2009). A seleção do município em estudo foi intencional por

ser o local da experiência a ser analisada. O estudo de caso foi construído tendo por base os registros do diário de campo da autora. Este diário foi utilizado como recurso metodológico para descrever as situações cotidianas de um cenário, trazendo a experiência vivida em diferentes espaços, contextos e tempos.

O presente estudo traz uma experiência exitosa, da implantação de um Núcleo Municipal de Saúde Coletiva. Por outro lado, no transcorrer desse processo, muitos obstáculos e desafios perpassaram sua consolidação. Estas questões, ao longo do tempo, foram registradas em um diário de campo e ora são analisadas para avaliar o processo de implantação de um NUMESC e dar pistas para a gestão de outros núcleos municipais, além de colaborar com os novos rumos da EPS no País.

O desenvolvimento dos relatos em diário de campo iniciou, ao contar as experiências no âmbito do Núcleo de Educação em Gravataí, antes e após a sua instituição no final do ano de 2011 percorrendo um período de cinco anos até a metade do ano de 2016.

A proposta analítica deste estudo foi, portanto, discutir categorias temáticas a partir do diário de campo utilizado na pesquisa. O caso descrito pela autora no processo de implantação do NUMESC Gravataí constitui a base para o diálogo com referencial teórico. Para a categorização temática utilizou-se o referencial sobre análise temática de conteúdo de Minayo (2010), suas ideias remetem à realidade do presente trabalho, ou seja, categorizar as diversidades experienciadas durante o período de implantação do NUMESC Gravataí. A partir deste embasamento metodológico, a categoria temática, empírica que proporcionou o olhar sobre o objeto em estudo foi “Implantar um Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva: Expectativas e Desafios”.

As considerações éticas foram respeitadas quanto ao anonimato dos profissionais, coordenadores e gestores de saúde, bem como as unidades de saúde. Por se tratar de um estudo de caso, a partir do relato em diário de campo da autora, não se fez necessária a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

IMPLANTAR UM NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA: EXPECTATIVAS E DESAFIOS

O NUMESC Gravataí foi instituído legalmente pelo Decreto Municipal nº 14.524 em 25 de setembro de 2015. Tendo na sua composição uma Coordenação Executiva, e uma direção ampliada denominada Colegiado, conforme preconizado pela Resolução nº 590 de 2013 da CIB/RS que deu fundamento aos Núcleos no Rio Grande do Sul.

A constituição de uma equipe diretiva inserida em um novo setor e com uma coordenação executiva em tempo integral foi essencial para a implantação e sucesso do projeto. A garantia de profissionais destinados exclusivamente para as atividades do Núcleo e a implementação das decisões tomadas com o colegiado, garantiram o encaminhamento das necessidades relativas ao núcleo, atividade atribuída à coordenação. Sustentar a necessidade de uma equipe permanente, atuando no Núcleo, garantiu a execução das decisões, maior interface com os serviços e avaliação das necessidades locais.

No período anterior à constituição do NUMESC Gravataí, foram realizadas visitas em outros Núcleos para conhecer experiências exitosas de outros municípios. Nessas incursões, constatou-se que havia dificuldade em efetivar as decisões do colegiado e até mesmo em

firmar o grupo constituinte do Núcleo: reuniões esporádicas das equipes e comissões que não conseguiam dar conta de atividades devido a sobreposições de outras demandas da secretaria municipal de saúde.

Roschke et al (1993) afirmam que um dos maiores obstáculos em relação a estabelecer uma sistemática planejada para as ações de EPS é dispor de profissionais em seus quadros que tenham domínio do tema, que indiquem um caminho a seguir, que proponham um intenso debate relacionado com a realidade local. Afirmam que, seguidamente, algumas instituições necessitam recorrer a profissionais externos para auxiliar nas atividades, que não estão vinculados com o cotidiano dos serviços.

A estrutura do NUMESC Gravataí e a composição do colegiado foram constituídas para favorecer a interface com os serviços, a rede de educação em saúde e todas as esferas do SUS, para construir um conjunto de ações de educação em saúde coletiva o que demanda disponibilidade e dedicação.

No período anterior e posterior à constituição do Núcleo surgiram muitas expectativas por parte dos responsáveis pelas coordenações dos serviços e o gestor municipal. Já os profissionais da rede expressavam a necessidade de um setor que agregasse as atividades de EPS, alguns sinalizavam a importância de ter responsáveis por assumir um processo que estava desarticulado. Estes também aguardavam a oferta de cursos e formações, além dos processos de mudanças e iniciativas que melhorassem seus espaços de trabalho e formação.

Para Lemos (2014) é indiscutível a importância da PNEPS que trouxe à tona as discussões sobre a educação e o despertar ético-político dos sujeitos para a consolidação do SUS. Bem como, a importância de formar um sujeito comprometido a gerir problemas da realidade do trabalho frente às dificuldades estruturais do SUS.

Com o NUMESC Gravataí em funcionamento era necessário construir propostas conjuntas com os trabalhadores, gestores e instituições formadoras. Para ter sentido, as ações educativas precisam perpassar o processo de trabalho e, para avaliar sua efetividade, esta análise necessita enxergar esse processo de maneira mais abrangente. Um dos princípios da EPS é a interação de educadores e educandos e, para que haja adesão e participação dos sujeitos, carece-se de que as propostas educativas aconteçam nos respectivos espaços de trabalho.

Para Silva et al (2016), coordenar ações condizentes com as práticas da EPS, também foi um desafio, pois muitos atores não compreendem como o NUMESC enxerga e efetivação da EPS, a decisão pedagógica e o caminho a seguir com os profissionais de saúde e com os usuários.

O cotidiano de trabalho no Núcleo demonstrou que muitos profissionais de saúde consideravam como atividade relativa à EPS somente cursos e palestras. Foi preciso sensibilizar as equipes de que atividades desenvolvidas em seu local de trabalho são efetivamente ações de EPS. Alguns exemplos como uma roda de conversa, um estudo de caso, uma conversa no corredor ou algo planejado por eles, com o objetivo de compreender ou ainda modificar os seus processos de trabalho e qualificação da atenção em saúde e gestão do cuidado.

A dificuldade em entender as práticas da EPS e sua subjetividade torna a

sensibilização um movimento prolongado neste percurso, sendo necessário conquistar apoio de colaboradores e ter o apoio político como suporte que sustente a planificação da EPS. Para entender a complexidade da EPS é necessário entender a ação objetiva e que de sua representação constrói sujeitos que promovem a transformação social (Roschke; Davine; Haddad, 1993).

Era comum confundir as propostas de EPS e o funcionamento do Núcleo com um setor de Recursos Humanos ou ainda como um departamento voltado para promover eventos. Isso se reflete quando há menções de chefia de que com o NUMESC em funcionamento, ele não precisaria mais estar envolvido com a liberação de profissionais para cursos, uma das dificuldades que ele estava enfrentado. No início das atividades do Núcleo, foi preciso estar atento para que não confundissem suas ações com as de outros departamentos administrativos, já existentes na SMS.

Conforme Ceccim e Feuerwerker (2004), para identificar as implicações das atividades de EPS é necessária a utilização de mecanismos de avaliação dos processos desenvolvidos e de mecanismos de monitoramento que permitam ordenar e/ou reordenar a articulação intersetorial na política de formação para a área da saúde. Assim para avaliar os processos, deve-se levar em consideração a realidade e a necessidade de saúde, com propostas pedagógicas possíveis de intermediar a construção de conhecimento, da mesma forma reconhecer a EPS como um processo de aprendizagem diferenciada é primordial para o seu planejamento e operacionalização, caso contrário este processo se torna inviável.

Para contribuir na construção de um programa de EPS, é primordial que os trabalhadores compreendam os processos intrínsecos ao serviço no qual vai ser aplicado, é preciso conhecer o universo dos problemas que circulam naquele determinado cenário. Caso contrário, será uma decisão alheia às dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores e não terá o efeito da mudança que se espera, tornando-se um processo caro, trabalhoso e estéril de resultados.

Assim, buscando participação de todos, produzindo novos pactos e acordos coletivos com os profissionais, foi necessário de alguma forma produzir novos olhares para os processos referentes à EPS, envolvendo a gestão, a atenção à saúde, o controle social e o grupo como coletivo. As necessidades de esclarecer os propósitos do NUMESC se tornavam cada vez mais pronunciadas, a cada colocação por parte das equipes, pois era uma proposta nova para a instância municipal.

Segundo um estudo de Silva et al. (2016), é preciso que a organização das propostas educativas, estejam, imprescindivelmente, baseadas nas necessidades das pessoas, sejam trabalhadores ou usuários. Para não destoar do contexto no que se refere à avaliação das ações educativas, é preciso transcender o modelo escolar de avaliação e utilizar-se dessas informações para continuamente interagir, rever, reorganizar, impulsionar e sedimentar o processo de trabalho.

Com o Núcleo em funcionamento, era necessário construir uma proposta, um programa a ser seguido, dentro do preconizado pela EPS e a realidade da rede. O imediatismo e a concepção de trabalhar em um modelo de projeto com início, meio e fim é uma dificuldade que a EPS enfrenta. Os gestores, geralmente acreditam que se trata de investir em um processo breve e de resultados rápidos que vão produzir efeitos táteis, quando esse ator não alcança esse resultado, vem o sentimento de frustração de quem segue o tempo político.

Além disso, esperar por uma ação finita, de aplicação rápida que possa ser mensurada, sem o entendimento da necessidade de trabalhar com um projeto político e institucional, é um dos fatores que mais enfraquecem o trabalho de formação para os profissionais. A EPS se desenvolve sob uma grande variedade de condições institucionais como políticas, ideológicas, culturais e outras próprias na nacionalidade da instituição. E esses fatores, unidos à necessidade de rápidos resultados pode resultar em falta de interesse no investimento neste tipo de ação (OPAS, 2002).

Quando o NUMESC foi pensado pela gestão da SMS Gravataí, foi com o significado de transformar, buscando a melhoria dos processos dentro dos serviços de saúde e uma busca de recursos financeiros e pessoais para tanto. O grupo de profissionais conhecia a necessidade de investir em EPS, porém, era inegável que era uma potencialidade pouco explorada na rede, fato que se constituía em um desafio.

Nesse sentido, a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores de saúde devem ter como desafio não dicotomizar a atenção individual da atenção coletiva, as doenças e adoecimentos da vigilância da saúde; a qualidade de vida (biologia) do andar da vida (produção subjetiva); não fragmentar os grupos de trabalhadores (da gestão, da atenção e da vigilância); não perder o conceito de atenção integral à saúde e realizar o trabalho educativo junto à população; aceitar que há incertezas na definição dos papéis profissionais, em que há alternância de saberes e práticas de cada núcleo constituído das profissões de saúde e do campo da atenção integral à saúde (Maria et al., 2007).

Até aquele momento poucos municípios na região haviam implantado o NUMESC, pois as legislações e orientações em relação ao seu formato estavam em construção na instância estadual, logo, não havia uma certeza em relação constituição e organização nos municípios, o que foi esclarecido com a publicação da resolução que estabeleceu e normatizou os Núcleos em todo o Estado do Rio Grande do Sul.

É necessário constituir equipes multiprofissionais, coletivos de trabalho, lógicas apoiadoras e de fortalecimento e consistência de práticas uns dos outros nessa equipe, orientadas pela sempre maior resolutividade dos problemas de saúde das populações locais ou referidas ou colocamos em risco a qualidade de nosso trabalho, porque sempre seremos poucos, sempre estaremos desatualizados, nunca dominaremos tudo o que se requer em situações complexas de necessidades em direitos à saúde (Ceccim, 2005).

Inicialmente o Colegiado desconhecia sua singularidade, havia uma dificuldade na compreensão da representação, pois a gestão municipal da EPS ainda era uma novidade para o grupo. Assim como também os profissionais de todas as categorias e do maior número de serviços possível deveriam ser contemplados, e que os representantes deveriam levar aos demais trabalhadores todas as pautas tratadas no colegiado.

Para Cecílio (2010), o colegiado de gestão, não significa um arranjo burocrático-administrativo, deve ser considerado como uma composição institucional que assume um caráter fortemente político, devido ao fato dele se constituir em espaço onde os temas da autoridade, do poder, do controle da decisão estar sempre presentes, de forma mais ou menos explícita.

O Colegiado é uma composição importante que assume um poder de decisão referente às questões relativas à EPS, é um espaço para conversas, de definições, onde os representantes

disputam espaços trazendo para o grupo propostas, ideologias, concepções e ideais à cerca da EPS. É este fórum que vai definir os rumos das ações junto aos demais atores como os trabalhadores, gestores e conselheiros de saúde.

Outra adversidade foi à resistência dos profissionais da rede de serviços em participar do Colegiado, seja por desconhecimento, desinteresse pelo tema, ou por falta de empenho dos gestores dos serviços. Essa situação não privilegiava a discussão das experiências vivenciadas dentro dos serviços e deixando.

Conforme Roschke et al (1993), um dos maiores obstáculos ao estabelecer uma sistemática planejada para as ações de EPS é dispor de profissionais em seus quadros que tenham domínio do tema, que indiquem um caminho, que proponham um intenso debate relacionado com a realidade local, como ela é (Roschke; Davine; Haddad, 1993).

Após enfrentar estas adversidades iniciais o Colegiado foi instituído e legitimado e atualmente se constitui em um espaço de reflexão sobre as prioridades para a SMS em relação à EPS.

Ao NUMESC primeiramente, era necessário ampliar as discussões com os demais servidores, que não estavam incluídos na gestão, para informar do processo de organização, introduzir o tema EPS seus objetivos, deu-se início em uma rodada de conversações com os profissionais dentro dos serviços e em todas as oportunidades.

Assim todos os espaços de encontros dos trabalhadores passaram a ser utilizados para divulgar as ações do NUMESC e suas atribuições. Essa ação de esclarecer as intenções do Núcleo, assim como a sua missão, é contínua. E é essencial para contribuir para a construção de um programa de aprimoramento que busque soluções ou ações para minimizar as complexidades cotidianas da atuação dos profissionais, melhorando a promoção da saúde tanto para os profissionais como para a comunidade que busca os serviços do SUS.

Para Peduzzi et al. (2009) a transformação e o fortalecimento das práticas de saúde coloca a necessidade de ampliação do debate em torno da Educação Permanente em Saúde como política pública implementada no nível municipal, estadual e federal. Entende-se que esforços articulados, dos diversos níveis dessa política permitirão avanços na transformação das práticas educativas dos trabalhadores, evitando que as ações se reduzam a mera mudança de denominação relacionada ao desenvolvimento dos profissionais da saúde.

A partir de todas as prerrogativas da EPS, foi necessário, construir uma proposta baseada nos princípios da EPS, articulada com a realidade dos trabalhadores e da gestão, nesta etapa um dilema pairava sobre a equipe: quais os pressupostos e métodos deveriam estar inseridos nesta proposta, para colocá-la em prática. Que instrumentos deveriam ser utilizados para diagnosticar o elenco de prioridades, definidas de forma participativa e extensiva a todos trabalhadores.

Tal compreensão por parte dos profissionais e gestores ainda é da educação formal, era preciso apresentar uma nova visão dos processos até ali estabelecidos. E que o Núcleo tinha uma função de liberar trabalhadores para eventos externos.

A compreensão do conceito não era fundamental para estabelecer estratégias de EPS, mas simplificaria os processos. Esses seriam necessários para desenvolver meios de avaliação das necessidades e prioridades para as ações, que necessitavam ser desenvolvidas, de forma

conjunta com os profissionais da rede e da gestão. Dessa forma, foi necessário explicitar os processos de EPS e seus propósitos, para então identificar dificuldades e prioridades.

Para identificar as implicações das atividades de EPS é necessária a utilização de mecanismos de avaliação dos processos desenvolvidos e de mecanismos de monitoramento que permitam ordenar e/ou reordenar a articulação intersetorial na política de formação para a área da saúde (Ceccim e Feuerwerker, 2004).

Para construir um programa de EPS na prática, é primordial conhecer os processos intrínsecos ao serviço ao qual vai ser aplicado, é preciso conhecer o universo dos problemas que circulam naquele determinado cenário. Caso contrário, será uma decisão alheia às dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores e não terá o efeito da mudança que se espera, tornado-se um processo caro, trabalhoso e estéril de resultados.

O NUMESC foi implantado à luz da Resolução nº 590/2013 que garante recursos financeiros para implantar e manter atividades do NUMESC, de intercâmbios para trocas de experiências com outros municípios, estruturar os Núcleos com equipamentos e material permanente (Rio Grande do Sul, 2013).

Essa situação não ocorreu devido aos cortes de recursos realizados pelo governo estadual, assim os municípios que tinham os Núcleos em funcionamento não receberam o aporte financeiro para suprir suas necessidades de infraestrutura ou desenvolver seus projetos.

Com um cenário político e financeiro precário, foi perceptível que havia a necessidade de buscar alternativas para concretizar o planejamento estabelecido, e promover as atividades de apontadas como necessárias para a rede, pois as limitações financeiras impedem algumas tomadas de decisões referentes aos projetos e ações locais e a viabilização do NUMESC.

Inicialmente as atividades propostas pelo NUMESC foram realizadas com a parceria entre os profissionais da rede. Nesta perspectiva, estabeleceram-se parcerias com as instituições de ensino, para cumprir com as pactuações firmadas e orientadas pela PNEPS e a Resolução 590/13.

É um desafio para a equipe do NUMESC, realizar ações que demandem recursos financeiros, pois não há recursos próprios no Núcleo para o financiamento das suas ações. Isso também acontece pela dificuldade das gestões em compreender que nos blocos de financiamento, que são os repasses do MS por áreas, há recursos para Educação Permanente em Saúde, que podem ser utilizados em ações conjuntas do NUMESC e setores dentro da SMS que recebem estes recursos.

A indisponibilidade de recursos financeiros pode causar a estagnação das atividades e insegurança quanto à exata aplicação dos valores, dúvidas em relação à gestão financeira e à contratação de profissionais para elaborar e programar as ações e atividades de EPS.

Esse impasse também é resultado da resistência em estabelecer a EPS como uma política transversal, que está envolvida com todos os serviços. Para vencer esta barreira é importante os gestores estarem apoiando a proposta, que são agentes definidores das linhas políticas e tem o poder político para a tomada de decisões. De outra forma não há governabilidade para implementar programas sólidos de EPS e, por consequência, de fortalecimento da força de trabalho no SUS.

Concomitante a isto, as ações estavam sendo realizadas e era perceptível que os gestores municipais e dos serviços, tinham dificuldade em apoiar iniciativas que resultem no fechamento dos serviços, para realizar as atividades, ou afastar os servidores para participar de encontros e eventos. Isso ocorre por receio da reprovação da população e também por não compreender os processos e a importância da estratégia de EPS, para melhorar os processos de trabalho dentro dos serviços e da melhoria da qualidade da atenção à saúde para a população.

Por outro lado, havia um comprometimento de todos os atores envolvidos em sensibilizar e ser sensibilizado para as estratégias de EPS, assim todos estavam dispostos a rever suas concepções sobre os processos e os recursos que se aplicam na EPS.

Ainda para Lima et al. (2014), o aperfeiçoamento das ações de EPS necessita ser trabalhado com a gestão, colocando a política de educação permanente em saúde como prioridade estratégica de reorientação dos serviços e garantindo a escuta dos trabalhadores para os quais essas atividades de EPS são voltadas.

Outra situação que se apresentou durante o andamento das atividades foi a resistência por parte dos profissionais em trabalhar a EPS entre as equipes. É uma prática categorizar as ações, há uma cultura na rede de que as atividades são mais efetivas quando ocorrem de forma compartimentada. Muitos profissionais têm dificuldade em reunir-se para articular, combinar alternativas e estratégias, há uma grande dificuldade em vencer esta barreira, o que só poderá ser ultrapassado com o apoio dos gestores e ainda com o reconhecimento por parte dos profissionais, do referencial que o conceito de EPS se traduz para cada um dos atores envolvidos.

Os desafios aqui descritos acompanham o NUMESC desde a sua implantação, na sua atualidade e fazem parte da realidade e do universo de questões que envolvem a gestão descentralizada da EPS. É possível que com o tempo estas dificuldades sejam minimizadas, mas é necessário o avanço dos debates sobre a descentralização e responsabilização dos estados e municípios em relação a gestão da Educação em Saúde.

A equipe do NUMESC, durante o seu primeiro ano de funcionamento, organizou formações promovidas em parceria com as instituições de educação, com as equipes internas, buscando seguir os preceitos da EPS. Também procurou atuar como apoiador em atividades relacionadas à educação em saúde e fomentar a livre participação de todos os interessados pelo tema.

Com o subsídio dos serviços, foi possível escolher temas relacionados à necessidade deles. As universidades parceiras contribuem organizando ações, a partir dos temas sugeridos, trazendo como público alvo os trabalhadores em saúde e os acadêmicos dos cursos da área da saúde. Assim, há uma troca de experiências entre quem está atuando no SUS e os futuros profissionais.

Para o segundo ano de funcionamento, planeja-se adotar atividades pensadas conjuntamente com as equipes e embasadas pelo Plano Municipal de Saúde. Outra ação que o colegiado acredita ser importante é desenvolver suas atividades de forma planejada e de acordo com a realidade dos serviços, assim busca pensar em construir o Plano Municipal para a Educação em Saúde.

Um Plano de Educação Permanente tem importância como instrumento de gestão, com compromissos fundamentados pelas metas e necessidades da rede e da gestão. Subsidiaria as ações do NUMESC, mesmo não existindo um Plano Regional de Educação Permanente, ele serviria para como subsídio para a gestão da EPS em Gravataí.

Assim, o objetivo de construir o Plano Municipal seria estabelecer objetivos claros para os critérios e as ações de Educação em Saúde, como também definir os recursos a serem utilizados e os mecanismos de avaliação das metas.

A proposta de construí-lo vem da necessidade de dispor de um elemento norteador das ações, com avaliações dos processos e a reorientação das formações em saúde quando necessário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O principal objetivo proposto na pesquisa foi analisar o caso da implantação de um Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva, na Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Para que o trabalho traduzisse a realidade vivenciada e não se limitasse à teoria, utilizou-se o estudo de caso descrevendo o funcionamento do serviço implantado. Desta pesquisa, muitas expectativas e necessidades foram observadas, o universo dos sentidos.

A constituição dos Núcleos Municipais de Educação, firmado nos princípios e diretrizes do SUS foi um grande avanço, por conferir autonomia para os municípios tomarem decisões e definir linhas para a Educação em Saúde, de acordo com a sua realidade. Com a consolidação e o funcionamento dos Núcleos de Educação, um ciclo é concluído na busca da descentralização dos processos de Educação em Saúde e dá-se início a uma nova etapa com os desafios relacionados aos novos percursos da EPS na esfera da gestão municipal.

É perceptível que ao suscitar iniciativas para estabelecer um programa de EPS, as equipes ficam presas ao conceito, os princípios e orientações do Ministério da Saúde. Assim, ao iniciar as ações do NUMESC, foi necessário buscar o equilíbrio entre o possível e o impossível na realidade do municipal, para que as iniciativas fossem um produto das necessidades da rede, apontadas pelos profissionais e todos os envolvidos nos processos de trabalho da SUS em Gravataí.

A decisão de compor o Núcleo com espaço físico próprio, uma equipe efetiva responsável por desencadear as ações atribuídas a um Núcleo de Educação em Saúde, se mostrou positiva para o fortalecimento do trabalho e consolidação do NUMESC Gravataí. Em uma rede de serviços do porte de Gravataí, assegurar a continuidade do trabalho com uma equipe inconstante, pois todos os profissionais assumem uma responsabilidade dentro da organização dos processos de trabalho.

Um entrave, no desenvolvimento de ações é o desconhecimento sobre a temática, o que dificulta o financiamento, o envolvimento nas ações e nos processos de execução da EPS. É possível concluir que esse desconhecimento pode ser decisivo para o apoio dos atores em relação as ações implementadas.

O apoio institucional é imprescindível para o sucesso nos resultados obtidos, principalmente do gestor da pasta, mas também dos trabalhadores envolvidos, pois a EPS é uma iniciativa coletiva.

A interface do NUMESC deve ocorrer com os serviços em si, com a rede de educação em saúde e com todas as esferas do SUS, para construir um conjunto de ações de educação em saúde coletiva o que demanda disponibilidade e dedicação.

O NUMESC Gravataí iniciou suas atividades em um período conturbado no campo financeiro e político. O País enfrenta uma crise política que causou o desmantelamento e enfraquecimento de programas de incentivo no campo da educação e saúde, o que refletiu diretamente na aplicação de recursos para o fortalecimento da força de trabalho no SUS. Neste cenário político e financeiro, foi necessário estabelecer parcerias para realizar e promover as atividades do Núcleo apontadas como necessárias pela rede. Pois a limitação financeira impediu que algumas decisões fossem tomadas, referentes aos projetos e às ações locais. Tais iniciativas trouxeram perspectivas para o Núcleo, a constante troca de saberes entre a Secretaria Municipal de Saúde, instituições de educação e principalmente para as ações do NUMESC Gravataí.

Outra fragilidade no processo de Educação Permanente em Saúde identificado no transcorrer da pesquisa e no desenvolvimento das ações do NUMESC, foi a participação fragmentada dos trabalhadores. É perceptível a dificuldade em reuni-los para atividades enquanto uma Equipe em Serviços de Saúde, pois há uma cultura histórica em fragmentar as atividades por categoria, esse desafio leva tempo para ser vencido é necessário um trabalho constante para romper essa barreira.

É importante compreender a provocação que a EPS nos faz, pois, nas suas fragilidades também estão as suas potencialidades e perspectivas. O caminho para enraizar o tema é o mesmo que pode ser o seu impedimento. Quem trabalha para consolidar esta prática deve estar atento aos movimentos e ter o “feeling” para entender a inconstância e a alternância dos cenários e de suas realidades.

Continuar investindo na PNEPS é fundamental para os processos de evolução da EPS. Observa-se que muitos avanços aconteceram, em diversas instâncias, mas é necessário fomentar, investir e incentivar mudanças e o debate. Este é um processo que não se esgota, pelo contrário deve estar em constante transformação e a sua defesa deve se dar não apenas no cotidiano, mas nos espaços políticos, nas articulações coletivas que possam fortalecer os processos que fortalecem a EPS.

Atualmente, considera-se que os desafios de implantação foram vencidos, embora as fragilidades do processo dentro do nosso cotidiano atuem como uma força que impede avanços, as possibilidades de cooperação e parcerias alavancam iniciativas que favorecem os núcleos de educação.

Neste estudo foi descrito o cotidiano do NUMESC desde a sua implantação, ao início de suas atividades dentro da SMS. Provavelmente esta realidade seja a mesma vivenciada em outras secretarias. As atividades e os desafios enfrentados pelo NUMESC Gravataí não findam na sua implantação, a cada etapa se renovam e se transformam de acordo com a realidade vivida. Uma das limitações enfrentadas dentro do estudo é a dificuldade de levantar as necessidades da rede, através da participação dos profissionais, dificultando a identificação de necessidades vivenciada pelos mesmos.

NOTAS

Prefeitura Municipal de Gravataí, Secretaria Municipal de Saúde, Gravataí, Rio Grande do Sul, Brasil. cleusapack@gmail.com

Correspondência: Rua Rio Grande do Norte, 46 CEP 94100110, Gravataí, Rio Grande do Sul, Brasil.

Este artigo faz parte da dissertação de mestrado intitulado Educação Permanente Em Saúde: Potencialidades E Desafios Cotidianos Em Um Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva de autoria de Cleusa Maria Pack, para obtenção do título de Mestre, em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Linha de pesquisa: Políticas, avaliação e atenção em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil Presidência da república LEI nº 8080 de 19 de setembro de 1990: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF)
2. Bardin L Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal. Edição 70ª São Paulo. 2011.
3. Ceccim, RB Feurrwerker, LCM O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.
4. Ceccim R.B. Educação Permanente em Saúde Desafio Ambicioso e Necessário. *Interface. Comunicação, saúde, Educação*, vol. 9, nº 16, pag. 161-167, 2005.
5. Lemos SLC, Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente?. *Ciênc. saúde coletiva*, Mar 2016, vol.21, no.3,
6. Lopes SRS. et al., Potencialidades da Educação Permanente para a Transformação das Práticas de Saúde. *Comunicação em Ciências Saúde*, v.18, p. 147-155, 2007.
7. Brasil Normativa operacional Básica dos Recursos Humanos do SUS. Disponível em: conselho.saude.gov.br/legislação/3nob_sus.htm. Acesso em: 15 de Abril de 2016.
8. Brasil Ministério da Saúde, Portaria 1996 de 20 de Agosto de 2007: Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 15 de maio de 2015.
9. Brasil Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS Nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 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. *Diário Oficial da União República Federativa do Brasil*, Brasília, nº 32/2004.
10. Brasil Ministério da Saúde, Portaria 1996 de 20 de Agosto de 2007: Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 15 de maio de 2015
11. Gil AC. Estudo de Caso. São Paulo. Atlas. 2009

12. Maria E et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.
13. Nicoletto Sônia CS et al. Polos de educação permanente em saúde: uma análise da vivência dos atores sociais no norte do Paraná. *Interface (Botucatu)* [online]. 2009, vol.13, n.30, pp.209-219. ISSN 1807-5762. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000300017>.
14. Lima LP de S e R. MR Uma competência para Educação Permanente em Saúde: percepções de coordenadores de graduações da saúde. *Physis*, Jun 2016, vol.26, no.2, p.483-501.
15. Organização Pan_americana de Saúde (PAHO), Iniciativa de Educação Permanente em Enfermagem - IEPE http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=598-iniciativa-educacao-permanente-em-enfermagem-iepe-8&category_slug=formacao-e-capacitacao-rh-165&Itemid=965 2002 Acesso 15122016
16. Peduzzi, M et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*; v.13, n.30, p.121-34, 2009.
17. Roschke MAC, Davine M, Haddad JQ. Trabajo e Educación Médica en los servicios de Salud: La Experiencia Latinoamericana. Oficina Sanitária Panamericana. Oficina Regional de la organización Mundial de La Salud .1993.
18. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, Secretaria Estadual de Saúde. Resolução nº 590 de 2013. Disponível em: www.saude.rs.gov.br/upiload/1384449785_cibr590_13.pdf. Acesso em: 21 de maio de 2016.
19. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul Resolução nº 39 de 2000. Disponível em: www.saude.rs.gov.br/upiload/1384449785_cibr590_13.pdf. Acesso em: 20 de Maio de 2016.
20. Silva CMC, Meneghim M C, Pereira AC, Mialhe FL, Educação em Saúde: uma Reflexão Histórica de suas Práticas. *Ciênc. Saúde Coletiva* vol.15 no.5 Rio de Janeiro Agosto. 2010.
21. Silva LA et al. Avaliação da educação permanente no processo de trabalho em saúde. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 765-781, dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000300765&lng=pt&nrm=iso. Acesso 13 jul. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00015>.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O principal objetivo proposto nesta pesquisa foi analisar a experiência cotidiana na implantação do NUMESC Gravataí. Para que o trabalho traduzisse a realidade vivenciada e não se limitar à teoria utilizaram-se relatos cotidianos do funcionamento do serviço implantado. Desta pesquisa muitas expectativas e necessidades são observadas- o universo dos sentidos.

A PNEPS foi instituída no Brasil, com base nas orientações da OPAS, tendo como objetivo a transformação social, a compreensão do mundo do trabalho indo além de proposições para mudanças curriculares e propôs a transformação dos interesses individuais no trabalho em saúde. Recomenda novos conceitos a serem construídos coletivamente, produzindo mudanças no cenário de trabalho e na prática dos sujeitos, este processo não se esgota em si, deve acompanhar o movimento e as prioridades dos profissionais, gestores e da comunidade que atende para garantir o SUS fundamentado pela participação de todos os envolvidos.

A EPS foi inserida nos serviços de saúde para subsidiar os profissionais, que atuam no SUS, deixando de lado as práticas mercadológicas, propiciando elementos transformadores de sua realidade, com crítica e autocrítica frente aos cenários vividos por eles. Para ser efetiva, a EPS deve estar alinhada com a realidade cotidiana dos serviços de saúde e com as necessidades reais dos trabalhadores e da população, por isso não é um processo inacabado, não se esgota em si e está em transformação contínua, pois deve estar relacionada com a realidade dos cenários que se apresentam.

A constituição dos Núcleos Municipais de Educação, estrutura municipal em que a gestão é responsável pela descentralização da EPS, firmado nos princípios e diretrizes do SUS, foi um grande avanço por conferir autonomia para os municípios tomarem decisões e definir linhas para a Educação em Saúde, de acordo com a sua realidade. Com a consolidação e o funcionamento dos Núcleos de Educação, um ciclo é concluído na busca da descentralização dos processos de Educação em Saúde e dá-se início a uma nova etapa com os desafios relacionados aos novos percursos da EPS na esfera da gestão municipal, a tomada de decisões com autonomia e baseada nas necessidades e realidades locais, levando em conta os momentos políticos que influenciam as tomadas de decisões e o andamento de propostas.

No decorrer da pesquisa muitos conceitos foram encontrados para a EPS, já que se trata de um processo que deve estar identificado com a realidade e o momento vivenciado

dentro da instituição ou de um determinado espaço, pode ter diferentes significados. Os conceitos aqui trabalhados têm um conteúdo diverso contribuindo para a definição de EPS, tendo em comum: a prática educativa de acordo com a realidade local, a melhoria do trabalho com o foco na formação e a contribuição do sujeito.

Desta forma, em Gravataí, ao iniciar as atividades do NUMESC foi importante tomar decisões respeitando a realidade local, utilizar a EPS como eixo articulador dos processos de trabalho, para aprofundar as questões relacionadas à educação em serviço. É perceptível que ao suscitar iniciativas para estabelecer um programa de EPS, as equipes ficam presas ao conceito, os princípios e orientações do Ministério da Saúde. Assim, foi necessário buscar o equilíbrio entre o possível e o impossível na realidade do municipal, para que as iniciativas sejam um produto das necessidades da rede, apontadas pelos profissionais e todos os envolvidos nos processos de trabalho do SUS em Gravataí.

O NUMESC Gravataí foi implantado com o objetivo de atender às prerrogativas das portarias nacionais e estaduais baseado nos conceitos e nas concepções vigentes em relação à EPS, na busca de implantar uma sistematização de uma política descentralizada de formação, capacitação e aperfeiçoamento em Saúde Coletiva.

A decisão de compor o Núcleo com espaço físico próprio, uma equipe efetiva responsável por desencadear as ações atribuídas a um Núcleo de Educação em Saúde, se mostrou positiva para o fortalecimento do trabalho e consolidação do NUMESC Gravataí.

A formalização do NUMESC Gravataí foi a primeira etapa, era necessário avançar no processo e continuar debatendo alternativas e ferramentas para a execução de ações. Buscar apoio de pessoal capacitado e envolvido pela causa, promover a motivação pelos meios e recursos que a EPS oferece enquanto ferramenta direcionada ao público multiprofissional, focada nos problemas cotidianos das práticas de Saúde. Novos desafios se destacaram no cotidiano do trabalho no Núcleo, dos quais alguns se constituíram em obstáculos na implantação dos processos de EPS.

Um entrave, no desenvolvimento de ações é o desconhecimento sobre a temática, o que dificulta o financiamento, o envolvimento nas ações e nos processos de execução da EPS. É possível concluir que a esse desconhecimento pode ser decisivo para apoio dos atores em relação ao que vai ser implementado.

A dificuldade em entender as práticas da EPS e sua subjetividade torna o convencimento e a sensibilização um movimento prolongado. Neste percurso é necessário conquistar apoio de colaboradores e o suporte político, para manter um processo de EPS

dentro da instituição. Quanto mais colaboradores, maior será a abrangência das ações. Para entender a complexidade da EPS é necessário entender a ação objetiva, e que de sua representação se constroem os sujeitos (ROSCHKE; DAVINE; HADDAD, 1993).

O apoio institucional é imprescindível para o sucesso nos resultados obtidos, principalmente do gestor da pasta, mas também dos trabalhadores envolvidos, pois a EPS é uma iniciativa coletiva.

A interface do NUMESC deve ocorrer com os serviços em si, com a rede de educação em saúde e com todas as esferas do SUS, para construir um conjunto de ações de educação em saúde coletiva, o que demanda disponibilidade e dedicação.

O NUMESC Gravataí iniciou suas atividades em um período conturbado no campo financeiro e político e o País enfrenta uma crise política que causou o desmantelamento e enfraquecimento de programas de incentivo no campo da educação e saúde, o que refletiu diretamente na aplicação de recursos para o fortalecimento da força de trabalho no SUS. Neste cenário político e financeiro, foi necessário estabelecer parcerias para realizar e promover as atividades do Núcleo apontadas como necessárias pela rede, pois a limitação financeira impediu que algumas decisões fossem tomadas, referentes aos projetos e às ações locais. Tais iniciativas trouxeram perspectivas para o Núcleo, a constante troca de saberes entre a Secretaria Municipal de Saúde, instituições de educação e principalmente para as ações do NUMESC Gravataí.

Outra fragilidade no processo de Educação Permanente em Saúde, identificado no transcorrer da pesquisa e no desenvolvimento das ações do NUMESC, foi a participação fragmentada dos trabalhadores. É perceptível a dificuldade em reuni-los para atividades enquanto uma Equipe em Serviços de Saúde, pois há uma cultura histórica em fragmentar as atividades por categoria, esse desafio leva tempo para ser vencido é necessário um trabalho constante para romper essa barreira.

Segundo Carotta (2009), a proposta de Educação Permanente em Saúde veio ao encontro das necessidades de aperfeiçoar os mecanismos de capacitação, atualização e formação, tornando os profissionais mais participativos, respeitando seu conhecimento e ampliando os espaços de aprendizagem no próprio local de trabalho.

A gestão municipal investiu na instituição do NUMESC com o objetivo de buscar recursos para o financiamento das atividades de EPS, com o corte de repasses financeiros previstos para os municípios este financiamento foi afetado. O que demandou investimentos próprios, logo houve uma dificuldade em retirar recursos para a EPS de seus orçamentos.

Assim, fica claro que os investimentos em Educação para a Saúde nos municípios, se não for previsto diretamente aos núcleos podem se perder dentro de outras áreas que não a formação dos profissionais de saúde.

Os acontecimentos políticos afetam diretamente a educação em saúde. As intervenções do Estado no campo da educação e da saúde deram-se predominantemente em momentos de crise, com manifestações de insatisfação da população ou por ameaças ao setor financeiro (SILVA et al, 2010).

É importante compreender a provocação que a EPS nos faz pois nas suas fragilidades também estão as suas potencialidades e perspectivas. O caminho para enraizar o tema é o mesmo que pode ser o seu impedimento. Quem trabalha para consolidar esta prática deve estar atento aos movimentos e ter o “feeling” para entender a inconstância e a alternância dos cenários e de suas realidades.

Investir e fomentar processos sólidos de EPS é uma intervenção adotada por governos comprometidos com a qualidade e a democratização dos serviços de saúde e investem em seus avanços para oferecer serviços de qualidade para a população.

Continuar investindo na PNEPS é fundamental para os processos de evolução da EPS. Observa-se que muitos avanços aconteceram, em diversas instâncias, mas é necessário fomentar, investir e incentivar mudanças e o debate. Mudanças nos cenários demandam constante avaliação por parte de todos. Este é um processo que não se esgota, pelo contrário deve estar em constante transformação e a sua defesa deve se dar não apenas no cotidiano, mas nos espaços políticos, nas articulações coletivas que possam fortalecer os processos que fortalecem a EPS.

Atualmente, considera-se que os desafios de implantação foram vencidos, embora as fragilidades do processo dentro do nosso cotidiano atuem como uma força que impede avanços, as possibilidades de cooperação e parcerias alavancam iniciativas que favorecem os núcleos de educação.

Os desafios enfrentados pelo NUMESC Gravataí não findam na sua implantação, a cada etapa se renovam e se transformam, de acordo com a realidade vivida.

REFERÊNCIAS

APNVG, Associação de Proteção à Natureza do Vale do Gravataí <http://apnvg.blogspot.com.br/> acesso em: 23 de junho de 2016.

AROUCA, L. S. **O discurso sobre a Educação Permanente (1960-1983)**. Proposições, Campinas, SP, v. 7, n. 2 [20], p. 65-78, jul. 1996. Disponível em: http://www.proposicoes.fe.unicamp.br/~proposicoes/textos/20_artigo_arouca.pdf. Acesso em: 25 jun. 2016.

ANDRADE, R.S.; CALDAS, B. L.S.N.; FALCAO, P.M.L.; GOES, P.S.A. Processo de trabalho em unidade de saúde da família e a educação permanente. **Trabalho, educação e Saúde**. 2016, vol.14, n.2, p.505-521.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal. Edição 70ª São Paulo. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Portaria 1996** de 20 de Agosto de 2007: Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 15 de maio de 2015.

BRASIL. Presidência da república **LEI nº 8080** de 19 de setembro de 1990: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Polos de educação Permanente em Saúde. Série C. Projetos, Programas e relatórios. **Brasil 2004**: Brasília (DF) Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Geral. Secretaria de Recursos Humanos. **Relatório final da I Conferência Nacional de Recursos Humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.RS CIB 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Portaria GM/MS Nº 198**, de 13 de fevereiro de 2004 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. **Diário Oficial da União República Federativa do Brasil**, Brasília, nº 32/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Relatório final da I Conferência Nacional de Recursos Humanos**. Secretaria Geral de Recursos Humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3ª ed rev., atual., Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Análise Política de Educação Permanente de Saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde**. Relatório Final. 2006.

BRASIL. **Normativa Operacional Básica dos Recursos Humanos dos SUS**. Disponível em: conselho.saude.gov.br/legislacao/3nob_sus.htm. Acesso em: 15 de Abril de 2016.

BRASIL, **Portaria 198/1996**. Disponível em: bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0198_08_02_2013.html. Acesso em: 03 junho de 2016.

CAROTTA, F. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 48-51, 2009.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde Desafio Ambicioso e Necessário. **Interface. Comunicação, saúde, Educação**, vol. 9, nº 16, pag. 161-167, 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

COBRA, B. T. Gestão do Trabalho e Educação em Saúde - Texto de Apoio. 8ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO. **Anais**. Ribeirão Preto: [s.n.], 2011.

CUNHA, M.I da. Conte-me Agora! As narrativas como alternativas pedagógicas na pesquisa e no ensino. **Revista da Faculdade de Educação**, vol. 23, n. 1-2, 1997.

FERREIRA, R. C.; FIORINI, V. M. L.; CRIVELARO, E. Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 207-215, jun. 2010.

FIGUEIREDO, P. P. et al. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20 (1): 235-259, 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia- saberes necessários à Prática Educativa**. Editora Paz e Terra, 15ª Ed. São Paulo, 2000.

GADOTTI, M. **A educação contra a educação: o esquecimento da educação e a educação Permanente**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1992.

GOMES, R. et al. **Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação**. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p 21.

GRAVATAÍ. **Decreto de instituição do NUMESC - Gravataí**. Disponível em: www.gravatai.rs.gov.br. Acesso em: 15 de Abril de 2016.

GRAVATAÍ. **Relatório das conferências municipais de Saúde**. Disponível em: www.gravatai.rs.gov.br. Acesso em: 03 de Fevereiro de 2016.

HADDAD, S. A. Educação Continuada e as políticas públicas no Brasil. - **Revista de Educação de Jovens e Adultos- REVEJ**, v. 1, n. 0, p. 1-113, 2007.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, (OMS). **Oficina regional de la organización de la salud. Educación continua: guía para la organización de programas de educación continua para el personal de salud**. Washington (DC); 1978.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Censo 2010: estimativas das populações residentes, em 1º de junho de 2016, segundo os municípios**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/POP2016_DOU.pdf>. Acesso em: 01/03/2016.

ITTAVO, J. **Inserção de enfermeiros recém-graduados, admitidos em área hospitalar: um programa de educação conscientizadora** [dissertação] Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto /USP; 1997.

LEMOS S. L. C. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente?. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, no.3, p.913-922. 2016.

LIMA, Sayonara A. V.; ALBUQUERQUE, Paulette C.; WENCESLAU, Leandro D. **Educação permanente em saúde segundo os profissionais da gestão de Recife, Pernambuco**. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 425-441, 2014.

LOPES, S.R.S. et al., Potencialidades da Educação Permanente para a Transformação das Práticas de Saúde. **Comunicação em Ciências Saúde**, v.18, p. 147-155, 2007.

MARIA, E. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MASSAROLI, A.; SAUPE, R. **Distinção conceitual: Educação Permanente e Educação Continuada no processo de trabalho em saúde**. Disponível em <<http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.045.pdf>> Acesso em: 01 de setembro de 2015.

MERHY, E.E. et al., Em busca das ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 113-150.

MINAYO, M.C.S. et al., **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 15 ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2010.

NICOLETTO, S.C.S. et al., Polos de educação permanente em saúde: uma análise da vivência dos atores sociais no norte do Paraná. **Interface**, vol.13, n.30, p.209-219, 2009.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, (OMS). **Continuando la educación de los trabajadores de salud: principio e guías para el desarrollo de un sistema**. Ginebra; 1982.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, (OMS). **Trabajo e Educación Médica en los servicios de Salud: La Experiencia Latinoamericana. Oficina Sanitaria Panamericana**. Oficina Regional de la organización Mundial de La Salud .1993.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**; v.13, n.30, p.121-34, 2009.

PEREIRA C.B. O Modelo Estrutural da Gerência Pública. Revista da Administração Pública p. 391-410 FGV.RJ.2008

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre. Artes Médicas, 1995.

RIBEIRO, E.C.O.; MOTTA, J.I.J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Divulgação em saúde para debate**, nº 12, p. 39-44, 1996.

ROSCHKE, M.A.C.; DAVINI, M.C.; HADDAD, J. Q. OMS. Trabajo e Educación Médica en los servicios de Salud: La Experiencia Latinoamericana. Oficina Sanitária Panamericana. **Oficina Regional de la organización Mundial de La Salud** .1993.

ROSCHKE, M. A. C. Educação permanente – compreensão: alguns conceitos e características essenciais. **Olho Mágico**, Londrina, v.13, n.3, p.32-35, 2006.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução nº 590 de 2013**. Disponível em: www.saude.rs.gov.br/upiload/1384449785_cibr590_13.pdf. Acesso em: 21 de Maio de 2016.

SILVA C. M.C.; MENEGHIM M. C.; PEREIRA A. C.; MISECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, Secretaria Estadual de Saúde. Resolução nº 39 de 2000. Disponível em: www.saude.rs.gov.br/upiload/1384449785_cibr590_13.pdf. Acesso em: 20 de Maio de 2016.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE. Educação Permanente em Saúde no Estado e Sergipe. In: MENEZES, S.C.; SOUZA, F.P.; DEON, K.T.F. **Saberes e Tecnologia para a Implantação de uma Política. Livro do Aprendiz 1ª ed**. Editora. FUNESA. Aracaju-Sergipe 2011, p. 112.

VIDAL, C.A.; GIRALDO, L.E.; JOUVAL, H. La Educación Permanente en Salud en América Latina. **Educación Médica e Salud**, v. 20. nº 4, 1986.

VIDAL, C. El Desarrollo de Recursos Humanos en las Americas. **Educación Médica y Salud**. v.20, n.4, p.495, 1993.

Wikipedia disponível em acesso em 12 de junho de 2016:
https://pt.wikipedia.org/wiki/Wikip%C3%A9dia:P%C3%A1gina_principal

VINCENT P. S. Educação Permanente: componente estratégico para a implementação da política nacional de atenção oncológica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.53(1), p.79-85, 2007;