

Educação Permanente em Saúde e Planejamento Estratégico Situacional: o caso da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí

Dissertação a ser apresentada à banca para defesa no Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ.

Mestranda: Iolete Soares da Cunha

Orientador: Professor Doutor Francisco Javier Uribe Rivera.

Rio de Janeiro, 03 de dezembro de 2009.

DEDICATÓRIA

Ao meu esposo, companheiro e amigo Francisco Pereira pelo amor e carinho constante, apoio incondicional e compreensão durante essa missão do estudo;

Aos meus queridos filhos Débora e Diego pelo amor e carinho, que permite dar significado à vida.

AGRADECIMENTOS

Por poder participar dessa oportunidade de cursar o Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e Educação da Saúde na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz. Com o acesso por meio de seleção pública, dirigido a um público multiprofissional da área de gestão da educação nas secretarias de saúde e das Escolas Técnicas do SUS. Em que esses demonstraram o mesmo anseio: COMPARTILHAR SABERES E PRÁTICAS. Por contar ainda com o total apoio institucional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde do Estado do Piauí e em especial o apoio da Coordenação, Secretaria e Corpo Docente do Mestrado. Ressaltar ainda que nada disso teria sido possível, se não contássemos com o abnegável apoio e carinho dos nossos familiares e as bênçãos de Deus. Diante do exposto agradeço:

- *Á Deus, pelo o dom da vida, sabedoria e infinitos talentos que nos oferece todos os dias;*
- *Aos meus familiares: meu esposo, companheiro e amigo Francisco Pereira; aos meus queridos filhos: Débora e Diego; à minha querida mãe Rita, especialmente pelo incentivo para estudarmos; ao meu querido pai Raimundo (em memória); às minhas irmãs: Iolanda, Iodália, Iodete, Iolene, Iodene e Ionara Rosa; aos meus irmãos Hidelbrando (em memória) e Isaías Bruno; e aos meus cunhados e sobrinhos, todos torcedores pelo o nosso sucesso pessoal, agradeço pelo carinho e apoio;*
- *Ao professor orientador Francisco Javier Uribe Rivera, especialmente pela escuta e atenção, orientação cuidadosa e humana nesse processo de ensino; pelo o incentivo constante e colaboração na construção desta dissertação;*
- *Aos professores Juliano e Elizabeth Artmann, que juntamente com o orientador integraram a nossa banca de qualificação do projeto de dissertação, e que com muita sabedoria e maestria contribuíram para o enriquecimento desse processo de pesquisa;*
- *Ao professor José Ivo Pedrosa, nosso guru, agradeço-o por aceitar o convite em participar da nossa banca de defesa. Também pelo carinho e a colaboração sempre nos processos de educação na saúde do Piauí;*
- *Às colegas e ao colega, da nossa turma do primeiro Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/ENSP, todos os protagonistas nesse rico e indescritível processo de aprendizagem significativa. Agradeço o convívio e a oportunidade que cada um nos permitiu na construção coletiva do conhecimento.*
- *Á Jesus Dias, colega do Piauí, Denise e Sílvia Helena, do Mato Grosso do Sul. Agradeço-as pela ajuda constante no processo e por termos compartilhado além*

dos conhecimentos, a experiência de morarmos temporariamente juntas o que nos permitiu, portanto dividirmos e somarmos muitos outros aspectos da vida.

- *À coordenação do Mestrado, professores Antenor Amâncio e Sérgio Pacheco. Agradeço pela forma muito particular e carinhosa que nos acolheram e nos apoiaram até a finalização do curso;*
- *À secretária do Mestrado Luzimar, certamente ímpar no jeito de ser e desempenhar seu papel de facilitadora do processo de ensino aprendizagem. Agradeço eternamente pela paciência, ajuda, colaboração e apoio sempre.*
- *Ao corpo docente do Mestrado, pelas contribuições relevantes, especialmente ao permitir, que de forma dialógica, participássemos nesse processo de ensino aprendizagem;*
- *Aos colegas da Diretoria de Gestão de Pessoas e da Gerência de Desenvolvimento e Qualificação, nosso setor de trabalho. Agradeço a todos por contribuírem conosco no processo de trabalho, o que nos propiciou participar da oportunidade de cursar esse mestrado. Agradeço também por colaborar nas nossas ausências para que o processo de trabalho não tivesse descontinuidade;*
- *Aos colegas da Diretoria de Unidade de Vigilância e Atenção à Saúde, lócus da minha pesquisa. Agradeço a todos pelas informações, colaboração constante no processo e a receptividade e respeito à pesquisadora; sem esses elementos o êxito desse trabalho seria comprometido;*
- *À companheira Maria Gorete Ferreira da Silva, pela colaboração, constante incentivo e compartilhamento de conhecimentos no processo de trabalho na SESAPI;*
- *Ao companheiro e Secretário Estadual de Saúde Francisco de Assis Carvalho Gonçalves, embora não profissional da saúde compreende o desafio da qualificação do SUS, incentiva e apóia de forma incondicional.*
- *E por fim agradecer aos governos Lula e Welington Dias, pela oportunidade e inclusão social. Por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, o Departamento da Gestão da Educação na Saúde viabilizou a realização desse Mestrado que se constitui numa conquista da área de desenvolvimento de Recursos Humano, sobretudo produto de abertura e participação social.*

RESUMO

Considera-se histórico o desafio em desenvolver uma política adequada de recursos humanos na saúde. A Constituição Federal (1988) prevê como missão do Sistema Único de Saúde “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”. Com vistas à consolidação do SUS foi instituído o Pacto pela Saúde/2006, cujo Termo de Compromisso de Gestão Estadual prevê como responsabilidade da área da educação na saúde *promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente no âmbito da gestão estadual do SUS*. O cumprimento dessa responsabilidade sanitária ainda representa um desafio no Piauí. Diante dessa questão, o presente estudo faz uma abordagem qualitativa por meio da utilização das técnicas de Grupo Focal, Entrevistas e Oficina de Planejamento Estratégico Situacional (PES) envolvendo atores da gestão da Diretoria Unidade de Vigilância e Atenção à Saúde (DUVAS). No estudo foram levantados dados sobre a análise da gestão dos processos de capacitação e educação permanente em saúde, desenvolvidos no âmbito da SESAPI. Os resultados do GF revelam aspectos considerados importantes na prática da educação permanente em saúde, como: o reconhecimento das necessidades de saúde da população, qualificação dos trabalhadores e da gestão do SUS; a necessidade de monitoramento e avaliação desses processos, dentre outros. Os resultados das Entrevistas mostram o entendimento dos atores sobre os conceitos de integralidade da atenção à saúde e o reconhecimento da EPS com estratégia integradora dos processos educativos. Os resultados da Oficina de PES revelam problemas relacionados à implementação da EPS e destaca como problema central a baixa institucionalidade da gestão da educação permanente no âmbito do SUS no Estado e propôs Matriz de Objetivos para o seu Fortalecimento, com o detalhamento de ações e atividades para o enfrentamento das causas desse problema.

PALAVRAS-CHAVE: Recursos Humanos; Gestão da Educação; Educação Permanente na Saúde; Planejamento Estratégico.

ABSTRACT

The challenge of developing adequate human resource policies related to healthcare is considered to be historic. The federal constitution (1988) assigns this mission to the Single Health System, saying: "There must be a Human Resource Department to oversee healthcare". In order to consolidation of the SUS was established the Pact by health/2006, whose term of state management commitment provides as accountability of the education health area to promote the integration of all the processes of training and development of human resource to the policy of continuing education under the ambit of state management of SUS. The fulfillment of this responsibility in public health still represents a challenge in Piauí. Before this question, this study is a qualitative approach by using the techniques of Focus Group Interviews and Workshop of Planejamento Estratégico Situacional (PES) involving actors in the management of the Diretoria Unidade de Vigilância e Atenção à Saúde (DUVAS). In the study some information about the analysis of the management of training and continuing education in health was collected in and developed within the SESAPI. The results of the GF show important aspects regarding the practice of continuing education in health, such as: the recognition of the health necessity of the population, training of workers and the management of the SUS, the need for monitoring and evaluation of these processes, so forth. The results of the interviews reveal an understanding of the agents on the concepts of whole health care and recognition of EPS with integrating strategy of educational processes. The results of the workshop PES reveal problems related to the implementation of the EPS. The main trouble is considered to be the low level of the management of permanent education in the area of SUS. A proposal has been made by the Matriz de Objectives so as to help sort out the pending issue. The proposal is about detailing the activities developed in order to face off the causes of those problems.

KEYWORDS: Human Resources, Management Education, Continuing Education in Health, Strategic Planning.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

QUADROS

Quadro1: Planilha de Problemas

Quadro2: Matriz de Objetivos para o Fortalecimento

FIGURAS

Figura1: Organograma da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí

Figura2: Organograma da Diretoria de Unidade de Gestão de Pessoas - DUGP

Figura3: Organograma da Diretoria de Unidade de Vigilância e Atenção à Saúde - DUVAS

PRINCIPAIS SIGLAS E ABREVIATURAS:

CES: Conselho Estadual de Saúde

CF: Constituição Federal

CIES: Comissão de Integração Ensino Serviço

CGR: Colegiado de Gestão Regional

CIB: Comissão Intergestores Bipartite

CONASS: Conselho de Secretários Estaduais de Saúde

COSEMS: Conselho de Secretários Municipais de Saúde

DEGES: Departamento da Gestão da Educação na Saúde

DUGP: Diretoria de Unidade de Gestão de Pessoas

DUVAS: Diretoria de Unidade de Vigilância e Atenção à Saúde

EPS: Educação Permanente em Saúde

GDQ: Gerência de Desenvolvimento e Qualificação

MS: Ministério da Saúde

PES: Planejamento Estratégico Situacional

PAREPS: Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde

PNEPS: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNAB: Política Nacional da Atenção Básica

SESAPI: Secretaria Estadual da Saúde do Piauí

SGTES: Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

TCG: Termo de Compromisso de Gestão

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO -----	01
2	OBJETIVOS -----	06
2.1	OBJETIVO GERAL -----	06
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS -----	06
3	CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS -----	07
3.1	Recursos Humanos no SUS -----	07
3.2	Gestão da Educação na Saúde -----	17
3.3	Educação Permanente em Saúde -----	21
3.4	Planejamento Estratégico Situacional. -----	32
4	CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DA PESQUISA -----	44
5	ASPECTOS METODOLÓGICOS -----	48
5.1	O Cenário da Pesquisa -----	48
5.2	Os atores – Os informantes -----	49
5.3	O Grupo focal na DUVAS/SESAPI -----	50
5.4	Entrevista com os atores da DUVAS -----	52
5.5	Oficina de Planejamento Estratégico Situacional na DUVAS -----	52
6	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA -----	56
6.1	Resultado do Grupo Focal na DUVAS -----	56
6.1.1	A Educação Permanente em Saúde e as Necessidades de Saúde da População	56
6.1.2	A Educação Permanente em Saúde e a Qualificação dos Trabalhadores da Saúde	58
6.1.3	O Monitoramento e Avaliação das Ações de Capacitação e Educação Permanente em Saúde na SESAPI -----	60

6.1.4	A Gestão do Trabalho e a Educação Permanente em Saúde -----	61
6.1.5	A Análise da Participação nos Processos de Capacitação desenvolvidos na SESAPI -----	62
6.1.6	A Metodologia utilizada na Educação Permanente em Saúde -----	64
6.1.7	A Necessidade de incorporação da Educação Permanente em Saúde ao cotidiano das organizações e ao processo de trabalho -----	65
6.1.8	A Descentralização das ações do SUS e a Educação Permanente em Saúde no Estado	67
6.2	Resultados das entrevistas na DUVAS -----	70
6.2.1	O Conceito de Integralidade da Atenção à Saúde -----	70
6.2.2	A Promoção da Integralidade da Atenção à Saúde na DUVAS -----	72
6.2.3	A Importância da Integração dos Processos de Capacitação na DUVAS -----	74
6.2.4	A Educação Permanente como Estratégia Integradora dos Processos de Capacitação na Saúde -----	75
6.3	Resultados da Oficina de Planejamento Estratégico Situacional na DUVAS	78
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	85
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	89
	ANEXOS -----	93
	APÊNDICES A– Planilha de Problemas -----	94
	APÊNDICE B - Matriz de Objetivos para o Fortalecimento -----	95
	ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o PES -----	96
	ANEXO B – Roteiro para discussão no Grupo Focal -----	98
	ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o GF	99
	FIGURAS 1,2 e 3	101

1. INTRODUÇÃO

É importante resgatar historicamente o desafio de desenvolver uma política adequada de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde, conforme previsto na Constituição Federal e em legislação específica.

A Carta Magna promulgada em 05 de outubro de 1988¹ preceitua que:

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

Além desta previsão constitucional a **Lei nº 8.080 - de 19 de Setembro de 1990 - DOU de 20/9/90 - Lei Orgânica da Saúde – Alterada**² faz referências sobre a temática nos artigos seguintes:

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

IV - recursos humanos;

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único - Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde - SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Com base nesses preceitos legais no campo dos Recursos Humanos na Saúde, muitas discussões tem ocorrido por meio de conferências, seminários, oficinas, normas,

pactos e outros, buscando-se formular e implementar uma política de recursos humanos que articule saberes, práticas e valores condizentes com os princípios e diretrizes do SUS.

Em 22 de fevereiro de 2006 foi publicada a Portaria nº399/GM. O Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde, representadas pelo CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, representadas pelo CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, construíram de forma conjunta, negociável e co-responsável, o Pacto pela Saúde do Brasil. O Pacto foi aprovado por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Esse pode ser considerado um passo largo junto à consolidação do SUS, por representar mudanças operacionais significativas no sistema, apresentar inovações na convocatória pela mobilização social em defesa do SUS e nos processos relacionados à gestão e planejamento da saúde no âmbito de cada esfera de governo (BRASIL³, 2007).

O Pacto pela Saúde é formado por três Pactos: O Pacto pela Vida que visa atingir metas sanitárias com base nas prioridades da saúde da população; o Pacto em Defesa do SUS que estabelece compromissos políticos envolvendo o Governo e a sociedade civil, com vistas à efetivação do SUS; e o Pacto de Gestão – define responsabilidades sanitárias de cada gestor municipal, estadual e federal, por meio do Termo de Compromisso de Gestão (TCG). Neste consta as seguintes diretrizes para a gestão do SUS: 1- Descentralização; 2-Regionalização; 3-Financiamento do SUS; 4-Planejamento do SUS; 5- Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde; 6-Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial; 7-Participação e Controle Social; 8-Gestão do Trabalho e 9- Educação na Saúde. Os itens 8 e 9 estão vinculados à área de Recursos Humanos no SUS.

O Pacto de Gestão prevê, no Termo de Compromisso no âmbito Estadual, no eixo da **Educação na Saúde**, dentre outras, as seguintes responsabilidades: a) Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito estadual; b) Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente no âmbito da gestão estadual do SUS; c) Apoiar e fortalecer a articulação com os municípios e entre os mesmos, para o processo de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS. (BRASIL⁴, 2006).

Um problema tradicional, freqüentemente referido ao funcionamento das organizações, em particular naquelas em que trabalham os gestores – o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais – é a fragmentação das ações: área administrativa separada da área técnica, planejamento separado da assistência, vigilância atuando como um corpo isolado e todas as ações fragmentadas internamente em suas diferentes áreas técnicas (BRASIL⁵, 2007, p. 51).

A área de Recursos Humanos na Saúde, atualmente ganhou nova denominação: **Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Porém no decorrer deste trabalho ainda predomina forte referência aos Recursos Humanos (RH), considerando-se uma vasta literatura disponível com essa denominação.

No contexto da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí (SESAPI) a área de RH constitui-se enquanto estrutura organizacional, numa Diretoria de Unidade de Gestão de Pessoas (DUGP), ligada à Superintendência de Gestão da Administração. Integram essa diretoria a Gerência de Administração de Pessoas (GAP) e a Gerência de Desenvolvimento e Qualificação (GDQ). (conforme figura 2).

As atribuições da GAP consistem em desenvolver procedimentos de administração de pessoal, preceituados na sua maioria pela Secretaria Estadual de Administração; à GDQ compete desenvolver ações de: planejamento, gestão, acompanhamento, monitoramento e a avaliação dos processos educativos, de formação e capacitação para os trabalhadores do SUS, incluindo o controle social. As atividades e ações de educação são desenvolvidas por meio da Coordenação da Escola Técnica do SUS e da Coordenação de Educação Permanente em Saúde. Atualmente a área toma por referência a Política Nacional de Educação Permanente de Saúde.

Considera-se a GDQ responsável pela Gestão da Educação na Saúde na SESAPI sendo, portanto responsável por promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente no âmbito da gestão estadual do SUS. Entende-se que perante o Pacto/2006 esta responsabilidade ainda constitui num desafio. Esta constatação tem provocado muitas discussões na área de educação na saúde e nas áreas técnicas, especialmente junto à Diretoria de Unidade de Vigilância e Atenção à Saúde (DUVAS). Esse debate foi aprofundado por ocasião da Oficina de Auto-Avaliação das Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP) na Gestão Estadual do SUS no Piauí, desenvolvida em maio de 2009.

Nesse ínterim o processo de auto-avaliação contribuiu para revelar aspectos do desenvolvimento da gestão do SUS que não estão condizentes com as funções previstas

Em análises dos Relatórios de Gestão da SESAPI/2007 e 2008 e nos registros da GDQ sobre as certificações das atividades da DUVAS no mesmo período, verifica-se que essa diretoria tem desenvolvido muitas capacitações técnicas específicas, porém sem articulação com a proposta da Política de Educação Permanente em Saúde (PEPS). Diante do exposto e considerando o interesse da GDQ em promover essa articulação dos processos educativos na Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Piauí, identificou-se nesta diretoria um campo viável para o estudo, tendo em vista que nela se concentra a maioria das ações e programas estratégicos da Secretaria, reunindo assim grande demanda dos processos de capacitações e educação permanente em saúde.

Resultados de estudo do CONASS/RH, na **área de desenvolvimento e capacitação de RH**, o principal problema se refere à ausência de uma política, de planejamento e programação, 33,3%. Identifica-se também fragmentação das atividades, 20,8%, indefinição de fluxos de capacitação e mais uma vez o problema de inserção da área de recursos humanos na coordenação deste processo, ou pela falta de envolvimento das gerências de outros setores com a questão, 20,8%, ou pela falta de envolvimento da área de recursos humanos na elaboração das ações 20,8% (BRASIL⁵, 2007, p. 51).

O cotidiano do trabalho da GDQ tem relação com o resultado do estudo do CONASS. Essas questões têm incomodado a equipe, que diante disso tem buscado melhorar a forma de fazer a gestão da educação na saúde, discutido novas estratégias e saídas para a superação dos problemas identificados pela área, porém sem lograr êxito. A partir dessas reflexões, entende-se que para implementar a educação permanente em saúde no âmbito do SUS no Estado do Piauí, pressupõe buscar suporte intra e intersetoriais, especialmente com vistas às soluções coletivas.

Durante o Mestrado de Gestão de Trabalho e da Educação na Saúde, no decorrer da disciplina Planejamento e Gestão Estratégica em Saúde, teve-se a possibilidade de desenvolver uma oficina de trabalho, onde foram processados problemas relacionados aos Recursos Humanos na área da Saúde à luz do Planejamento Estratégico Situacional (PES). O exercício do PES foi sediado em termos de simulação na GDQ da SESAPI, e coube a mim, gerente dessa área, o papel de ator informante privilegiado. A experiência foi motivadora para os participantes do grupo de trabalho ao permitir identificar a aplicabilidade do exercício à área da Gestão da Educação na Saúde. Vale destacar que

esses partícipes do grupo, também são da área da gestão da educação nas secretarias de saúde nos seus respectivos Estados. A partir desse exercício despertou-me o interesse em estudar o assunto com mais profundidade.

Realizar um estudo nessa linha durante um Curso de Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, desenvolvido pela Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, que tem tradição em estudar a temática de Recursos Humanos na Saúde, considera-se oportuno para reflexão e melhoria da prática profissional dos sujeitos e da instituição envolvida no estudo, pois certamente este permitirá analisar e explicar aspectos que possam contribuir para o melhor desenvolvimento dos processos educativos e também qualificar a gestão da educação na saúde no Estado.

Diante desse contexto do estudo foram feitos os seguintes questionamentos: 1) Que ferramenta ou instrumento de gestão pode contribuir para melhorar o fazer da educação na saúde na SESAPI? 2) Em que medida a aplicação do modelo estratégico de planejamento contribuirá para promover a integração dos processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente no âmbito da DUVAS/SESAPI?

Acredita-se que a aplicação do Planejamento Estratégico Situacional propiciará explicações sobre os problemas da “baixa” integração observada nos processos de capacitação e educação permanente desenvolvidos pela DUVAS. E ainda que a realização da oficina de PES com os partícipes da gestão dessa diretoria possibilitará formular, de forma coletiva e participativa, um plano de intervenção viável a gestão política na área da educação no SUS. Pressupõe-se, portanto a participação no PES desses partícipes, envolvidos nos processos educativos da DUVAS, represente a possibilidade de discutir sobre negociação e corresponsalização na formulação da Política de Educação permanente no âmbito do Estado.

2.OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a gestão dos processos de capacitação e educação permanente em saúde, desenvolvidos pela Diretoria de Unidade de Vigilância e Atenção à Saúde-DUVAS da Secretaria estadual de Saúde do Estado do Piauí.

2.2 Objetivos Específicos

1-Discutir sobre os conceitos de Educação Permanente em Saúde, Integralidade da Atenção à Saúde e Integração das Ações de Capacitação na DUVAS;

2-Processar problemas vinculados à integração das ações de capacitação e educação permanente em saúde no âmbito da DUVAS;

3-Propor um plano de intervenção para aumentar a integração nos processos de capacitação e educação permanente em saúde na DUVAS;

3. CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

As principais categorias que norteiam este estudo são: Recursos Humanos no SUS, Gestão da Educação na Saúde, Educação Permanente em Saúde e Planejamento Estratégico Situacional.

3.1 RECURSOS HUMANOS NO SUS

É imperioso analisar o desenvolvimento histórico dos debates sobre a Saúde Pública demarcado em 1986, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Realizada em outubro/86 a I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde (ICNRH), com o tema central “Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária”. Durante o evento da Conferência aprofundaram-se as análises até então desenvolvidas sobre a temática, detalhando e propondo uma agenda para o movimento da Reforma Sanitária, no tocante à política de gestão do trabalho e de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de Saúde e a implementação do Sistema Único de Saúde.

Em 1993 foi realizada a II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, que dentre outras questões propôs: a) a regulamentação imediata do inciso III, do art. 200 da CF/88, que atribui ao SUS à competência de ordenar e formar trabalhadores com perfil condizente às necessidades técnicas e sociais, às realidades locais e regionais e, principalmente reconhecendo uma política relativa aos trabalhadores como essencial para a implementação do sistema. b) a articulação e integração entre os setores da Saúde e Educação como princípios nucleares das políticas de Recursos Humanos para a saúde (BRASIL⁶, 2005).

Segundo Sayd, Junior e Velandia⁷ (1998) os Recursos Humanos nas VIII e IX Conferências de Saúde – Reforma Sanitária, a discussão foi travada a partir da redemocratização do país, a questão do dimensionamento e desempenho do trabalho foi elevada para um problema crítico de ausência de política de recursos humanos. Analisam a partir dos relatórios, que uma reforma sanitária sem uma reforma legislativa, administrativa e jurídica tem pouca eficácia na tentativa de mudar a situação do trabalho em saúde. Os registros da I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde e da Comissão Nacional de Reforma Sanitária abordam temas idênticos, como: distribuição geográfico-social dos recursos humanos, desigualdades nas condições de inserção no mercado de trabalho, composição das equipes de saúde, valorização profissional e formação de recursos humanos.

Temas considerados atuais na agenda de discussão da **gestão do trabalho e da educação na saúde**, Sayd, Junior e Velandia⁷ (1998) detalham sobre esses temas, a partir dos relatórios da ICNRH e da Comissão Nacional de Reforma Sanitária:

- **Distribuição geográfico-social dos recursos humanos** – a desigualdade na distribuição da força de trabalho em saúde no território brasileiro é um problema diagnosticado e enfrentado há muitos anos, reconhecido como reflexo do processo de crescimento e concentração metropolitana e da perpetuação das desigualdades econômicas e sociais entre as regiões do país. O grupo técnico reafirma diante desse fato a proposta de descentralização do sistema de saúde brasileiro, inclusive o repasse ao poder local, da capacidade de adquirir e gerenciar seus profissionais de saúde;
- **Desigualdades nas condições de inserção no mercado de trabalho** – quanto à diversidade de vínculos, níveis salariais, direitos trabalhistas e benefícios no setor saúde traduz-se num dos problemas mais complexos e relevantes. Associa-se a este o múltiplo emprego no serviço público e a dupla militância, o que leva o comprometimento da qualidade do trabalho executado por um profissional de duas ou três ocupações;
- **Composição das equipes de saúde** – a produção de saúde centrada no médico e no atendente é um fenômeno, mas a possibilidade de assistência integral à saúde somente se dá através da equilibrada inclusão de outros profissionais que dominem linhas de conhecimentos e habilidades que possam responder às necessidades de saúde da população;
- **Valorização profissional** – a ausência de políticas que promovam melhores condições de trabalho e de avaliação da produção e do desempenho do profissional de saúde, a inexistência de um processo de qualificação e exposição do reconhecimento do trabalho em saúde compromete o envolvimento do trabalhador com os princípios e diretrizes que norteiam e mantém a boa execução de suas atividades. Discute-se também a falta de planos de carreira, cargos e salários, o despreparo do nível gerencial e a necessidade de participação do profissional da saúde na organização, planejamento, execução e avaliação das políticas e atividades de saúde;
- **Formação de recursos humanos** – o modelo de expansão e organização do sistema de saúde adotado pelo Governo brasileiro exerceu grande influência sobre a formação dos

trabalhadores do setor, a educação pautada na reprodução da força de trabalho necessária para suprir o processo de crescimento econômico e demográfico; mas a ausência de reflexão sobre a qualidade do ensino dessa formação acelerada, do perfil de trabalhador adequado para as carências sanitárias e sociais da população.

Nogueira⁸ (2006) analisa que a questão dos recursos humanos sempre foi considerada importante para a consolidação do SUS, exigindo uma ampliação do número de trabalhadores para dar conta principalmente dos princípios de universalidade de acesso e integralidade no atendimento a todos os cidadãos brasileiros. Para tanto com a descentralização da gestão do sistema, também preconizado pelo SUS, os Municípios tiveram que se adequarem a essa nova realidade, ampliando significativamente seus recursos humanos. Inicialmente contou com a desconcentração dos servidores federais “cedidos ao SUS”.

Segundo esse autor, esperava-se que na década de 1990 a gestão do SUS iniciasse um processo de regulação das relações de trabalho, em obediência à própria CF, porém o governo Collor, desenvolveu uma política de desvalorização e diminuição da força de trabalho na administração pública, acarretando uma desconstrução da capacidade administrativa e reguladora do Estado. Contudo, neste mesmo governo, foi instituído o Regime Jurídico Único (RJU) para os servidores federais, servindo de modelo para que os Estados e Municípios elaborassem seus regimes de servidores estatutários.

Segundo Nogueira⁸ no governo de Fernando Henrique Cardoso ainda era mantida a política de contenção de gastos com pessoal do serviço público. A Lei Camata – nº82, de 27/03/1995 e lei complementar nº96, de 31/05/1999 determinam limites percentuais, em 60% das receitas correntes líquidas, para despesas com pessoal nas três esferas de governo. Em 2000, a Lei de Responsabilidade Fiscal, lei complementar nº101, de 04/05/2000, foi sancionada com o objetivo de disciplinar todas as despesas com pessoal nas três esferas do Governo. Ainda o governo FHC através do Plano de Reforma Administrativa do Estado, estabeleceu novas regras jurídicas para o trabalho no setor público afetando a gestão e regulação do trabalho público. Dentre as novas regras, destacam-se: incentivos à demissão voluntária; demissibilidade do servidor por insuficiência de desempenho ou por excesso de quadro; estágio probatório de três anos como requisito para efetivação no cargo; criação de Organização Social (OS) e Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), permitindo ao Estado usar os Recursos Humanos contratados por essas organizações para

ações no campo social, incentivando a terceirização e/ou contratação temporária no serviço público.

Analisa ainda o mesmo autor que a partir de 2003, o governo Lula pode ser considerado responsável pela retomada do crescimento do número de servidores ativos. Os trabalhadores informais são substituídos por pessoal efetivo, através de concursos públicos, como preconiza a Constituição Federal. É retomada a reforma da previdência iniciada pelo governo de FHC, até então os números mostram que a quantidade de trabalhadores aposentados por ano é superior à quantidade de ingresso por concurso público.

Segundo a CF/88 qualquer pessoa só poderá ser admitida no setor público mediante concurso público e deve-se aplicar o Regime Jurídico Único de trabalho em cada esfera de governo, a exceção se dá apenas para o trabalhador terceirizado em áreas não-finalísticas (serviços gerais, segurança, etc.). No SUS, particularmente, percebe-se que o Estado não cumpriu esses requisitos constitucionais, resultando em trabalhadores admitidos no sistema com vínculos irregulares de trabalho (NOGUEIRA⁸, 2006).

Analisa Nogueira⁸ que nesse contexto, **os problemas de gestão e regulação do trabalho no SUS** acentuam-se: surge a expressão “precariedade do trabalho no SUS”, cabendo ao poder público a iniciativa de superar essa precariedade. É importante destacar que o problema não se dá apenas na relação à proteção aos direitos do trabalhador, mas é muito mais complexa, pois a precariedade do vínculo, juridicamente, significa o trabalhador não possuir nenhum direito à continuidade ou ressarcimento de benefícios, uma vez que o “contrato” que tem com a instituição pública é nulo, pois não respeitou a norma constitucional de ingresso. Na verdade, o trabalhador, nesse caso, não possui direito algum.

Desse modo, a gestão de recursos humanos no SUS realmente se torna um desafio, pelos problemas relacionados à gestão e regulação, pelo grande quantitativo de trabalhadores no setor, e também pela complexa tarefa ao considerar a existência de uma enorme diversidade de categorias profissionais e ocupacionais, sendo que cada uma delas trazem no seu bojo suas aspirações e reivindicações para a gestão do SUS. A implantação de espaços de negociação, como as mesas de negociação, são instrumentos extremamente úteis para que o gestor possa diminuir os conflitos e estabelecer acordos com essa diversidade da força de trabalho (NOGUEIRA⁸, 2006).

Além desses aspectos importantes sobre a gestão e regulação do trabalho no SUS, Girardi⁹ (2010) destaca a importância dos **mercados de trabalho e a estrutura ocupacional do setor saúde no Brasil**. E para melhor compreensão sobre a temática o autor pontua quatro características peculiares do mercado de trabalho em saúde:

1) Ser constituído por atividades eminentemente intensivas em mão-de-obra, intenso dinamismo tecnológico incorporado às práticas do setor. A introdução de novas tecnologias na saúde – sejam novos produtos, instrumentos e equipamentos propedêuticos e terapêuticos, sejam novos processos – não substitui as tecnologias preexistentes, na maioria das vezes, ao contrário de economizar mão-de-obra, exigem novas qualificações para sua operação, fazendo crescer, no final das contas, a demanda efetiva por força de trabalho.

2) Ter a forte presença de ocupações regulamentadas e a vulnerabilidade da gestão setorial em relação às normas do “mundo das profissões”. Como consequência dessa característica, o aparato corporativo profissional, as Universidades e o sistema educativo jogam papel decisivo na definição dos níveis da oferta e padrões de qualidade da força de trabalho do setor.

3) Apresentar alta repercussão social dos serviços prestados pelo setor, juntamente com seu peculiar dinamismo no que diz respeito à incorporação científico-tecnológica ao processo de trabalho, insere o setor de serviços de saúde numa zona de fronteiras amplas e pouco demarcadas “entre os sistemas de bem-estar social e os sistemas de inovação”. As instituições que respondem a estes dois sistemas (a saúde pública, a seguridade social, as universidades e institutos de pesquisa, os laboratórios científicos, a rede de cientistas, entre outras) também colocam um papel importante na definição das regras de incorporação de trabalho ao setor.

4) Finalmente, um quarto traço estrutural das atividades do setor de serviços de saúde estaria relacionado com a preponderância da força de trabalho feminina, fenômeno observado em todos os países, especialmente naquelas atividades que envolvem o trato e o cuidado das pessoas, como a enfermagem. No caso do Brasil, o setor de serviços de saúde é o que mostra a maior participação de mulheres na composição do emprego dentre todos os setores de atividade econômica.

Outros estudos revelam dados e informações sobre a estrutura da rede dos serviços de saúde, a formação dos trabalhadores e a dinâmica dos empregos nesse período no Brasil. Analisa-se o setor saúde como gerador de parcela expressiva dos empregos na economia do país. No Período de 1992 a 2002 houve uma significativa expansão, tanto no setor público quanto privado, especialmente da rede municipal, com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF).

No mesmo estudo, com relação à formação dos profissionais da saúde: a formação profissional de nível técnico, com base no Censo Escolar realizado pelo INEP/MEC, 2002, há uma predominância de cursos técnicos no setor privado em todas as regiões do país. Mas, sobretudo nas regiões Nordeste e Sudeste há importante participação do setor público na formação técnica. Com relação à formação superior, no período de 1995 a 2003, analisa-se grande crescimento no número de cursos, vagas e egressos, no entanto com incremento no processo de privatização da educação superior no país. Atribui-se essas significativas mudanças à Lei nº. 9394/96 - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), ela concede autonomia e possibilita flexibilização dos currículos dos cursos. (MACHADO, MOYSÉS, OLIVEIRA¹⁰, 2006).

A Resolução nº287 de 08 de outubro de 1998, do Conselho Nacional de Saúde, resolve relacionar as seguintes categorias profissionais de saúde de nível superior, num total de 14 profissões: Assistentes Sociais, Biólogos, Biomédicos, Profissionais de Educação Física, Enfermeiros, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos, Médicos Veterinários, Nutricionistas, Odontólogos, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais.

Outros estudos na área como, Indicadores de Gestão do Trabalho em Saúde consolida informações sobre o mercado de trabalho em saúde no Brasil, detalhando por Estados, os indicadores sobre: a capacidade instalada, empregos, profissionais, formação em saúde, salários e horas trabalhadas. Esse documento pode subsidiar e contribuir para tomada de decisão e formulação de políticas para gestão do trabalho no SUS (Brasil¹¹, 2007).

Em 2003 o CONASS em parceria com o Ministério da Saúde desenvolveu um estudo que teve por objetivo elaborar diagnóstico da situação de contratação de pessoal e da organização, estrutura e ações das áreas de recursos humanos das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal. Após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS),

assim foi possível traçar o perfil dos Gestores Estaduais e sua percepção inicial da área de RH, bem como dos Dirigentes Estaduais de Recursos Humanos. E a partir do estudo desenhar e executar ações que contribuíssem para a reestruturação da área de RH nas SES e construir alternativas de intervenção com vistas a uma ação da gestão estadual compatível com as diferentes realidades locais e regionais e o processo de implantação do SUS.

O estudo do CONASS/RH partiu do pressuposto de que, mesmo se considerando a posição estratégica que o componente **recursos humanos** vem tomando dentro da organização do SUS nos últimos anos, o desenvolvimento de estratégias e políticas para sua implementação no âmbito dos Estados, está associado a um conjunto de fatores complexos de natureza econômica e social, jurídica, técnica e política, de estrutura organizacional e de disponibilidade de recursos materiais e financeiros necessários para o alcance dos objetivos das políticas nesta área: a organização e disponibilidade de recursos humanos capacitados para práticas sanitárias voltadas para a melhoria das condições de saúde e de vida dos usuários do SUS (Brasil¹², 2004, p.10).

Os resultados do estudo CONASS mostraram que o perfil da área de recursos humanos encontrada pelos Gestores nas Secretarias de Estado de Saúde: 95% declararam ter encontrado uma situação bem problemática e desestruturada, sendo a maioria dos problemas identificados, 79% situa-se no campo da gestão e 21% em desenvolvimento de recursos humanos. A partir dos dados levantados verifica-se que 66,7% das áreas de RH estão diretamente vinculadas às próprias SES. Embora não se tenha relatos anteriores, a literatura dá conta da tradição de subordinação do setor às Secretarias de Administração.

Os principais problemas de RH identificados pelo estudo do CONASS-2003: a) as questões referentes à **estrutura da SES** - recursos humanos, financeiros e capacidade institucional para enfrentar os desafios do setor; b) os problemas referentes às **ações de desenvolvimento e capacitação de RH** - carência de qualificação de pessoal, tanto em termos gerais, para o conjunto do sistema, como para a área específica de recursos humanos e c) problemas referentes à **gestão de pessoas**.

Nesta distribuição, as questões referentes à **estrutura da SES** assumem relevância frente aos demais problemas: 44,5% destes foram identificados neste campo, 38,0% no campo da gestão de pessoas e 17,5% no campo do desenvolvimento. Outro conjunto de questões importantes diz respeito à **estrutura organizacional precária da área de recursos humanos**, tanto em termos de posicionamento hierárquico na estrutura da SES - “situação hierárquica ruim”, “hierarquia rígida”, gerando afastamento do setor

do núcleo decisório - “RH à margem, falta de autonomia, função de D.P.”, como em termos de instrumentos e processos operacionais precários - falta de instrumentos, comunicação insuficiente, e, principalmente, ausência de um sistema de informação adequado. Na **área de desenvolvimento e capacitação de RH**, o principal problema, (além da já referida falta de recursos), se refere à ausência de uma política, de planejamento e programação, 33,3%. Identifica-se também fragmentação das atividades, 20,8%, indefinição de fluxos de capacitação e mais uma vez o problema de inserção da área de recursos humanos na coordenação deste processo, ou pela falta de envolvimento das gerências de outros setores com a questão, 20,8%, ou pela falta de envolvimento da área de recursos humanos na elaboração das ações 20,8%. Na área de **gestão de pessoas**, o principal problema identificado é a ausência de um PCCS, associada à indefinição de uma política para o campo e ausência de ações de planejamento e programação. Isso leva a uma situação de remuneração insuficiente, diversidade de contratos e precarização nas relações de trabalho. Reaparece aqui, mais uma vez, o problema de falta de envolvimento das gerências, falta de autonomia, burocracia e rigidez administrativa, ausência de normas e fluxos, ausência de concursos, gerando rotatividade e desmotivação dos profissionais (BRASIL¹², 2004, p.11).

As conclusões apresentadas neste estudo do CONASS/RH apontam a necessidade de desenvolver mecanismos próprios nessa área de RH, para melhorar seu desempenho. Isso implica em reconhecer que a política de recursos humanos é uma dimensão estratégica da gestão de saúde e que os organismos responsáveis pela sua condução devem buscar a institucionalização de sistemas de planejamento que dêem conta da especificidade das matérias tratadas pela área, orientadas por metas e objetivos institucionais (BRASIL⁵, 2007 p. 31 e 32).

O “novo” campo de atuação da **gestão do trabalho em saúde e do gestor de recursos humanos** pode ser configurado em um conjunto de atividades que envolvem: o planejamento, a captação, a distribuição e a alocação de pessoas em postos de trabalho, com a qualificação requerida e com medidas que fortaleçam a fixação desses profissionais; a oferta de possibilidades de formação e capacitação que atendam às necessidades de desenvolvimento de competências para atenção à saúde de qualidade; e medidas no campo da regulação do trabalho com interfaces e intermediações com as corporações profissionais, com o mercado educativo e com a sociedade (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA¹³; 2006, p.39).

Machado¹⁴(2006) analisa que as décadas de 1980 e 1990 foram repletas de inovações e transformações para o sistema de saúde. O SUS representou para os gestores, trabalhadores e usuários do sistema uma nova forma de pensar, estruturar e produzir

serviços e assistência em saúde com vistas ao alcançar os princípios estabelecidos pelo Sistema: acesso universal e igualitário a ações e serviços; participação comunitária; rede regionalizada e hierarquizada e descentralização. Os trabalhos desenvolvidos na época mostram tendências e perspectivas do mercado e da força de trabalho em saúde.

Machado¹⁴ analisa ainda que “no cotidiano da prestação de serviços em saúde, dada à natureza do trabalho e a complexidade dos atos que envolvem a atividade, o binômio conhecimento técnico atualizado e profissional qualificado para aplicá-lo, assume dimensão estratégica”¹⁴ (p.15). O mercado é crescente em conhecimento e tecnologia, pressupõe a incorporação de novas profissões, ocupações e especialidades e conseqüentemente novos empregos. As equipes de saúde são progressivamente ampliadas requerendo para tanto processos permanentes de atualizações e capacitações para o desenvolvimento de novas habilidades.

A mesma autora destaca a municipalização como aspecto marcante na ampliação da rede de atenção e aumento na demanda e oferta de emprego no SUS. Isso acarretou transformações significativas nas formas de inserção, dos vínculos de trabalho e forma de remuneração, resultando na flexibilização, terceirização e precarização nos serviços públicos de saúde.

Analisa que “a década de 90 consolida o SUS, mas sem se preocupar com seus trabalhadores”, o que resultou dentre outras questões: na falta de perspectiva de carreira profissional; trabalhadores sem direitos sociais e trabalhistas; equipes ampliadas com novas profissões e ocupações sem regulamentação e pouco comprometidas com os preceitos do SUS; expansão do ensino em saúde sem considerar os critérios de qualificação do trabalho no SUS (MACHADO¹⁴, 2006).

Na década de 90, o cenário internacional aponta para uma série de **desafios** no que se refere à **gestão do trabalho**, entre os quais se destacam: baixa remuneração e motivação das equipes, a iniquidade distributiva da força de trabalho e desempenho insatisfatório dos profissionais. Somam-se a estes a baixa capacidade preparação e fixação dos recursos humanos, dentre outros. Diante desse quadro, diversos partícipes confluem esforços para superação dos desafios por meio de Agenda Internacional, com quatro grandes objetivos: 1) aumentar a cobertura e a fixação das equipes de profissionais para assegurar a prestação de serviços de saúde de forma adequada e eqüitativa; 2) garantir competências e

habilidades-chave para a força de trabalho em saúde; 3) aumentar o desempenho da equipe de profissionais frente aos objetivos definidos e 4) **fortalecer a capacidade de planejamento e gerenciamento de recursos humanos no setor saúde** (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA¹³; 2006).

Baseado nos desafios nacionais e internacionais, a partir do ano 2003 o Ministério da Saúde criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), com a missão de formular políticas orientadoras para gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no país. A realização da III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde vai procurar superar os problemas e apontar soluções na busca de resgatar a imensa dívida social que a Reforma Sanitária tem com os trabalhadores do SUS (MACHADO¹⁴, 2006).

Destaca-se o importante **avanço na estruturação da Política de Gestão do Trabalho no Brasil**, especialmente a assimilação do conceito de **Gestão do Trabalho** em substituição ao de Recursos Humanos. O novo conceito configura-se num **mix que envolve o trabalho, o trabalhador** como “ser social” e **a sociedade**. Esta visão também trás novas formas de construção de política, como a gestão participativa. “Vale ressaltar que o trabalho enquanto categoria vem sendo objeto de preocupação e análise em todo o mundo, dadas às mudanças ocorridas nos últimos 20 (vinte) anos nessa esfera, provocando uma verdadeira revolução de valores que impactam sobremaneira a gestão das instituições” (BRASIL⁵, 2007, p.40).

Com base nos documentos consultados, analisa-se que a Gestão do Trabalho na Saúde no Brasil se expressa revelando formas bastante peculiar no enfrentamento dos fenômenos complexos do SUS. A multiplicidade de comissões, conferências, comitês gestores, mesas de negociação e outros colegiados têm sido capazes de produzir políticas que estão sendo implantadas ou debatidas em nível nacional. Esses mecanismos considerados saudáveis na relação entre trabalhadores e governo, permitem a problematização de pautas importantes em torno das relações de trabalho, favorecendo a melhoria do atendimento à saúde da população. As Conferências Nacionais de Saúde e as específicas de Recursos Humanos levantaram pontos fundamentais e estruturantes do campo e aprovaram grandes diretrizes consoantes às lutas políticas e às pautas de suas respectivas épocas de realização, mediando avanços e recuos entre governo e trabalhadores.

Ferreira¹⁵ (2008) destaca que a partir de 1999 a OPAS com o apoio de outras instituições, promoveu a iniciativa dos Observatórios de Recursos Humanos, hoje estabelecidos em 13(treze) países da América Latina, com o objetivo de apoiar o fortalecimento de políticas de desenvolvimento de pessoal nesses países, frente às reformas dos sistemas de saúde. Analisa-o como principal instrumento no intercâmbio na área de RH nesses países. E que mais recentemente por iniciativa do Ministério da Saúde do Brasil, foi criado o Fórum de Recursos Humanos em Saúde que tem congregado, sobretudo os países do MERCOSUL.

3.2 GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Com base no estudo do CONASS/RH as atividades de desenvolvimento e formação dos trabalhadores dos SUS são implementadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Destaca-se como principal problema a ausência de uma política de planejamento e programação, como também a fragmentação das atividades, indefinição de fluxos de capacitação e necessidade de inserção da área de Recursos Humanos na coordenação desse processo. Entende-se que isso traduz na necessidade do fortalecimento da capacidade gestora desses entes federados, para criação de uma identidade institucional na área de **Gestão do Trabalho e Educação na Saúde** (BRASIL⁵, 2007).

Com essa preocupação em fortalecer sua capacidade gestora na área da educação, o Ministério da Saúde conta atualmente na sua estrutura com o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), organizado em duas coordenações-gerais: Ações Estratégicas em Educação na Saúde - atua no campo da educação superior nas profissões de saúde e Ações Técnicas em Educação na Saúde - voltada para a educação profissional dos trabalhadores da saúde.

O DEGES é responsável pela proposição e formulação das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e a educação permanente dos trabalhadores da saúde em todos os níveis de escolaridade; à capacitação de profissionais de outras áreas em saúde, dos movimentos sociais e da população, para favorecer a articulação intersetorial, incentivar a participação e o controle social no setor da saúde; à interação com a escola básica no tocante aos conhecimentos sobre saúde para formação da consciência sanitária. O DEGES responsabiliza-se também, pela cooperação técnica, financeira e operacional com Estados e Municípios, instituições formadoras, organizações de educação popular em

saúde dos movimentos sociais e outras entidades envolvidas com formação, desenvolvimento profissional, educação permanente e educação popular em saúde (BRASIL¹⁶, 2004).

O DEGES visa estabelecer políticas e processos para o desenvolvimento profissional em programas institucionais, multiprofissionais e de caráter interdisciplinar, tendo em vista a atenção integral à saúde.

No documento *Os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de RH-SUS* são previstos que “os programas institucionais de educação permanente devem garantir a realização de atividades que promovam a educação para a Gestão do Trabalho em Saúde, incluindo-se o desenvolvimento do trabalhador; a administração de pessoal; a utilização de fontes de informações intra e extra-setoriais; a análise de sistemas de relações de trabalho; a análise de sistemas de retribuições e incentivos; a gestão dos Planos de Carreira, Cargos e Salários e os processos de negociações” Esse documento, elaborado pelo Conselho Nacional de Saúde, de forma participativa, democrática e descentralizada, tem sido um referencial para a formulação de uma agenda positiva na área de **gestão do trabalho e educação na saúde** para as três esferas de governo (BRASIL¹⁷, 2005, p. 62)

Os Pactos pela Vida e de Gestão-2006, regulamentados pela Portaria nº699/GM de 30 de março de 2006, que orienta a sua implantação e institui o Termo de Compromisso de Gestão nas três esferas de governo, apresentados na forma dos Anexos I e II desta portaria.

No Anexo I define o **Termo de Compromisso de Gestão Municipal**. O presente instrumento formaliza o Pacto pela Saúde nas suas dimensões pela Vida e de Gestão, contendo os objetivos e metas, as atribuições e responsabilidades sanitárias do gestor municipal e os indicadores de monitoramento e avaliação destes Pactos. Com relação às **Responsabilidades na Educação na Saúde**, são previstas:

1. Todo município deve formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos á mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando do seu financiamento;
2. Todo município de promover diretamente ou em cooperação com o estado, com os municípios da sua região e com a União, processos conjuntos de educação permanente em saúde;

3. Todo município deve apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde;
4. Todo município deve incentivar, junto à rede de ensino, no âmbito municipal, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS;
5. Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde de acordo com as diretrizes do SUS;
6. Promover e articular junto às escolas técnicas de saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem (BRASIL⁴, 2006, p.29).

No Anexo II da Portaria nº699/GM define também o **Termo de Compromisso de Gestão Estadual**, com as seguintes **Responsabilidades na Educação na Saúde**:

1. Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e os processos relativos à mesma no âmbito estadual;
2. Promover a integração de todos os processos de capacitação e o desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS;
3. Apoiar e fortalecer a articulação com os municípios e entre os mesmos, para os processos de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS;
4. Articular o processo de vinculação dos municípios às referências para o seu processo de formação e desenvolvimento;
5. Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;
6. Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;
7. Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada, no âmbito estadual (BRASIL⁴, 2006, p.56).

Analisa-se que implementar as diretrizes e responsabilidades da educação no Pacto de Gestão/2006, pressupõe da **gestão estadual da educação na saúde** a busca de estratégias articuladas com os vários atores sociais na saúde, com vistas ao cumprimento dos preceitos constitucionais no campo dos recursos humanos na saúde. Essa missão da gestão do sistema exige necessariamente das SES, três grandes capacidades: negociação, gestão da informação e apoio técnico (BRASIL⁵, 2007).

O **processo de negociação** é necessário na relação entre a SES e as SMS; no enfrentamento adequado dos conflitos entre gestores e trabalhadores; no estabelecimento de acordos e parcerias internas nos processos educativos. “Essa negociação não deve obedecer apenas a uma disputa política, mas deve ser orientada pela busca da equidade, da integralidade e da qualidade da atenção, pela capacidade de discutir e tomar decisões com base em informações, de avaliar resultados de ações e de políticas; de realizar avaliações de desempenho; estabelecer metas, identificar e escolher informações estratégicas para tomada de decisões” (BRASIL⁵, 2007, p.47 e 48).

Nesse sentido Rivera¹⁸ (2006) sugere a “**gestão da escuta organizacional**” como regra básica no fazer das organizações, com os objetivos de: apresentar e analisar alguns elementos da ausculta ou auditoria da cultura organizacional; discutir questões da mudança cultural na gestão; e discernir algumas características da denominada liderança comunicativa à luz de algumas contribuições da sociologia organizacional. Analisa que essa proposta possibilite a compreensão de fatores como a **cultura**, a **negociação** e a **liderança**, consideradas alicerces de uma nova forma de condução baseada na escuta (p.186)¹⁸.

Segundo o mesmo autor, baseado em Matus, no campo organizacional, três regras inter-relacionadas se destacam: a direcionalidade ou a missão, a governabilidade ou o grau de centralização/descentralização e a responsabilidade ou o nível da prestação de contas. Assim essas regras, especialmente as da responsabilidade determinam, a qualidade da gestão. Analisa-se que quando predomina uma baixa responsabilidade, o dirigente não é cobrado e não sente necessidade de um planejamento estratégico de seus problemas e compromissos fundamentais, atuando assim de forma tradicional, sem preocupação com os produtos e resultados finais da organização. A gestão por objetivos finais e o planejamento estratégico surgiram como resultado da cobrança do controle social (p.187)¹⁸.

Considera-se um dos mais importantes recursos para a tomada de decisão, reconhecido pelos gestores de diferentes áreas, a **informação** adequada e confiável, obtida em tempo hábil e na forma correta. A informação vem sendo utilizada também na gestão dos recursos humanos em saúde; apesar da sua importância, a informação específica sobre os recursos humanos em saúde ainda é precária e de acesso restrito. É possível reconhecer que a **decisão** nem sempre é resultado de um processo seqüencial, estruturado e dirigido para uma solução única, sendo possível, no entanto, afirmar que a **informação** é um

recurso primordial para subsidiar esse processo. No estudo, Variáveis e Indicadores para Análise de Recursos Humanos em Saúde no Brasil trás elementos que podem ser úteis e subsidiar informações específicas para gestão de RH (OLIVEIRA e GARCIA¹⁹, 2006).

De acordo com as Funções Essenciais da Saúde Pública (FESP) para a Gestão Estadual do SUS, no instrumento desenvolvido pelo CONASS, a Função Essencial N°. 08 **Administração, desenvolvimento e formação de Recursos Humanos**, inclui:

- O diagnóstico da situação dos RH em saúde no Estado;
- A educação, a capacitação e a avaliação de RH em saúde para qualificação de gestão, gerência e prestação de serviços do SUS;
- A formação de parcerias com instituições de ensino para a implementação e reorientação de programas de graduação, pós-graduação e aperfeiçoamento que garantam desempenhar com eficiência a gestão, a gerência e a prestação de serviços no SUS;
- O desenvolvimento da capacidade institucional para a administração de RH;
- A formação ética dos Recursos Humanos em saúde, com ênfase em princípios e valores como solidariedade, equidade, respeito à dignidade das pessoas e conhecimento do marco legal que rege o SUS;
- O apoio e a cooperação técnica com os municípios para o desenvolvimento da gestão do trabalho e da educação permanente (BRASIL²⁰, 2008, p.69).

Pautada nessa definição do CONASS, analisa-se que a Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Piauí deva se estruturar para corresponder aos padrões de gestão previstos pelas FESP/SUS.

3.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Davini²¹ (2009) analisa **as mudanças nos enfoques educativos** e considera transformações profundas nos últimos 20(vinte) anos, acompanhadas de reflexão crítica das tendências clássicas, incorporação dos aportes da sociologia das organizações, a análise institucional e a perspectiva da educação de adultos, particularmente em situações de trabalho. Uma corrente de pensamento tem origem nas concepções de Educação Permanente - desenvolvidas desde o começo da década de 70 que facilitaram o reconhecimento do adulto como sujeito de educação e a ampliação dos âmbitos de

aprendizagem para além do ambiente escolar, ao longo de toda uma vida e em contextos comunitários e laborais. A partir de então, outras vertentes de origens diversas, geraram novos desenvolvimentos no campo da capacitação laboral, tais como o Desenvolvimento Organizacional, os Círculos de Qualidade, a Qualidade Total ou a Reengenharia Organizativa. No campo dos sistemas de saúde, os debates acerca da educação e desenvolvimento dos recursos humanos levaram a contrastar os paradigmas das denominadas “**Educação Continuada**” e “**Educação Permanente**”.

Segundo Ceccim²² (2005) o **debate conceitual da Educação Permanente em Saúde**, para muitos educadores configura um desdobramento da **Educação Popular** ou da Educação de Jovens e Adultos associando-se aos princípios e/ou diretrizes desencadeadas por Paulo Freire, de onde provém a noção de aprendizagem significativa. Para outros educadores, a EPS configura um desdobramento do **Movimento Institucionalista em Educação**, que propôs alterar a noção de Recursos Humanos para a noção de coletivos de produção, desse movimento provém à noção de **auto-análise e auto-gestão**. Para outros educadores ainda, configura o desdobramento de vários **movimentos de mudanças na formação dos profissionais de saúde**, resultando da análise das construções pedagógicas na educação em serviços de saúde, na educação continuada e na educação formal de profissionais de saúde.

Para o mesmo autor a **Educação Permanente em Saúde**, no caso do Brasil em particular, verifica-se nos movimentos de **mudanças na atenção à saúde**, a mais ampla intimidade cultural e analítica com a doutrina de Paulo Freire; nos movimentos de **mudanças na gestão setorial**, verifica-se certa autonomia intelectual e uma forte ligação com o movimento institucionalista e nos movimentos de **mudanças na educação de profissionais de saúde**, percebe-se uma intensa originalidade na produção.

A partir desse reconhecimento nacional, desde 2001, Ceccim²³ juntamente com Laura Feuenwerker tem trabalhado a noção de Quadrilátero da Formação, num esforço intelectual, político e institucional. Essa contribuição com o conceito de quadrilátero, tem possibilitado o debate e a compreensão sobre a participação dos vários segmentos do SUS no processo de educação permanente em saúde.

O que deve ser realmente central à Educação Permanente é a sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos,

espaços e temas que geram auto-análise, auto-gestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção) (CECCIM²², 2005, p.162).

Ceccim²² analisa ainda que a **Educação Permanente em Saúde** possa corresponder à **Educação em Serviço**, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica com vistas às mudanças institucionais; pode corresponder a **Educação Continuada** quando relacionada à construção de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviços; pode também corresponder à **Educação Formal de Profissionais** quando se coloca em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino.

A Educação Permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. **A Educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho**, onde o aprender e ensinar se incorpora ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se, portanto que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, e que tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e a própria organização do trabalho e sejam estruturadas a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde. Neste caso, a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e o desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS. (BRASIL¹⁶, 2004, p.9).

Na proposta da Educação Permanente, a **mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção** terá que ser construída na prática concreta das equipes. As necessidades de capacitação não se definem somente de uma lista de necessidades individuais de atualizações dos níveis centrais, mas prioritariamente dos problemas que acontecem no dia-a-dia do trabalho, considerando a necessidade de prestar ações e serviços relevantes e de qualidade, aliados aos princípios do SUS.

A lógica ou marco conceitual, de onde se parte para propor a educação permanente, é o de aceitar que a formação e o desenvolvimento devem ser feitos de modo: descentralizado, ascendente, transdisciplinar, para que propiciem: a democratização institucional, o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, o

desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações de saúde, o trabalho em equipes matriciais, a melhora permanente da qualidade do cuidado à saúde e a constituição de práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas. (BRASIL¹⁶, 2004, p. 9).

Esta modalidade de educação deve trabalhar com os elementos que conferem **integralidade da atenção à saúde** como: acolhimento, vínculo entre usuários e equipes, responsabilização, desenvolvimento da autonomia dos usuários, resolutividade da atenção à saúde; envolve também a compreensão da clínica ampliada, o conhecimento sobre a realidade, o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar, a ação intersetorial, etc. Considera-se, portanto a Educação Permanente em Saúde uma proposta apropriada para trabalhar a construção desse modo de operar o Sistema, pois permite articular a gestão, a atenção e a formação, para o enfrentamento dos problemas concretos de cada equipe de saúde em seu território geopolítico de atuação. Constituem equipes de saúde aquelas que atuam na: atenção básica, urgência e emergência, internação domiciliar, reabilitação psicossocial, atenção humanizada ao pré-natal, parto e puerpério; nos hospitais universitários e de ensino, no desenvolvimento da gestão do sistema, das ações e dos serviços de saúde (BRASIL¹⁶, 2004).

A interinstitucionalidade expressa a diversidade de atores sociais envolvidos no processo da educação permanente em saúde, quais sejam: dirigentes, profissionais em formação, trabalhadores, estudantes e usuários das ações e serviços de saúde. Considerando-se a multiplicidade de interesses e pontos de vista existentes na prática do cotidiano das áreas de saúde e educação nos territórios locorregionais, deixa clara a necessidade de negociação e pactuação política no processo de estabelecimento de orientações e ações para a EPS. E ainda, “o núcleo central da política de educação e desenvolvimento do trabalho em saúde é constituído pela própria população, cujas necessidades sanitárias e mesmo de educação para a gestão social das políticas públicas de saúde devem ser contempladas, promovendo o desenvolvimento da sua autonomia diante das ações, dos serviços, dos profissionais e dos gestores de saúde” (BRASIL¹⁶, 2004, p.15).

No Brasil a institucionalização da Educação Permanente em Saúde tem como marco referencial a construção e publicação da Portaria N°198/GM/MS²⁴, de 13 de fevereiro de 2004, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de

trabalhadores para o setor. Prevê a condução locorregional da política pelo Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instância interinstitucional e locorregional/rota de gestão), com as seguintes funções:

- I. identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva;
- II. mobilizar a formação de gestores de sistemas, ações e serviços para a integração da rede de atenção como cadeia de cuidados progressivos à saúde (rede única de atenção intercomplementar e de acesso ao conjunto das necessidades de saúde individuais e coletivas);
- III. propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, não substituindo quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde;
- IV. articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola;
- V. formular políticas de formação e desenvolvimento de formadores e de formuladores de políticas, fortalecendo a capacidade docente e a capacidade de gestão do SUS em cada base locorregional;
- VI. estabelecer a pactuação e a negociação permanentes entre os atores das ações e serviços do SUS, docentes e estudantes da área da saúde;
- VII. estabelecer relações cooperativas com as outras articulações locorregionais nos estados e no País (BRASIL²⁴, 2004, p.44).

Ressalte-se o que disciplina a Portaria nº198/GM/MS²⁴, **Art. 2º** - *Poderão compor os Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS:*

- I. gestores estaduais e municipais de saúde e de educação;
- II. instituições de ensino com cursos na área da saúde;
- III. escolas técnicas, escolas de saúde pública e demais centros formadores das secretarias estaduais ou municipais de saúde;

- IV. núcleos de saúde coletiva;
- V. hospitais de ensino e serviços de saúde;
- VI. estudantes da área de saúde;
- VII. trabalhadores de saúde;
- VIII. conselhos municipais e estaduais de saúde;
- IX. movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde.

De acordo com a referida Portaria, reforça-se que “a grande expectativa é a instituição de relações orgânicas e permanentes, entre as estruturas de gestão da saúde (práticas gerenciais e organização da rede), as instituições de ensino (práticas de formação, produção de conhecimento e cooperação técnica), os órgãos de controle social em saúde (movimentos sociais e educação popular) e as ações e os serviços de atenção à saúde (profissionais e suas práticas)”²⁴(p.49).

E ainda, a negociação de iniciativas inovadoras e articuladoras deve se dar em cinco campos: “1)transformar toda a rede de gestão e de serviços em ambientes escola; 2)estabelecer a mudança nas práticas de formação e de saúde como construção da integralidade da atenção de saúde à população; 3)instituir a educação permanente de trabalhadores para o SUS; 4)construir políticas de formação e desenvolvimento com bases locorregionais; 5)avaliação como estratégia de construção de um compromisso institucional de cooperação e de sustentação do processo de mudança” (BRASIL²⁴ 2004, p.49).

No período de 2003 a 2006, registra-se a significativa participação dos postulados de Ceccim²² nesse processo de institucionalização da EP no país, na ocasião Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A implementação da PNEPS (2004-2007) através da estratégia dos Pólos de EPS, foi considerada uma experiência bastante difícil. Portanto, o Ministério da Saúde, juntamente com o CONASS e CONASEMS avaliaram a necessidade de revisão da vigente Portaria 198/GM. A participação das Secretarias Estaduais de Saúde se deu principalmente por meio da Câmara Técnica de Recursos Humanos/CONASS, como também por meio de Oficinas de Trabalho. O processo de discussão tripartite foi muito intenso e resultou na publicação da nova Portaria

GM/MS Nº1996²⁵, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da PNEPS, ora vigente.

Ceccim²² analisando o exercício da Educação Permanente em Saúde no contexto nacional. Baseado na velocidade como se renovam os conhecimentos e os saberes tecnológicos, a distribuição de profissionais e serviços segundo o princípio da acessibilidade para o conjunto da população, faz com que se torne muito complexa a atualização permanente dos trabalhadores. “Torna-se crucial o desenvolvimento de recursos tecnológicos de operação do trabalho perfilados pela noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidiano eles mesmos como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional” (p.163). Acrescentam-se problemas relacionados: à baixa disponibilidade de profissionais, a distribuição irregular com concentração nos grandes centros urbanos, a crescente especialização, com predomínio da formação hospitalar centrada nos aspectos biológicos e tecnológicos (CECCIM²², 2005).

Diante dessas análises estruturais, Ceccim²² reforça que é necessário constituir **equipes multiprofissionais, coletivos de trabalho, lógicas apoiadoras das práticas das equipes** com vistas à resolutividade dos problemas de saúde das populações locais; do contrário se coloca em risco a qualidade do trabalho, porque diante dos grandes problemas sempre as equipes serão insuficientes, sempre desatualizadas e sem domínio de tudo, no que se refere ao direito à saúde. E ainda deve ser considerada a presença dos saberes tradicionais, das culturas ou a produção de sentidos ligada ao processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida, distinta do modelo vigente ou proposto.

Ceccim²² analisa que um dos **entraves** à concretização das metas de saúde tem sido a compreensão da **gestão da formação como atividade meio**. Tradicionalmente fala-se da formação, como se os trabalhadores pudessem ser administrados comparável aos outros recursos (materiais, financeiros, etc.); “como se fosse possível “prescrever” habilidades, comportamentos, e perfis aos trabalhadores do setor para que as ações e os serviços sejam implementados com a qualidade desejada”²² (p.163).

As **reformas setoriais em saúde** impõem uma necessidade de tratamento específico aos trabalhadores da saúde. “A introdução desta abordagem retiraria os trabalhadores da condição de “recursos” para o estatuto de **atores sociais das reformas**, do trabalho, das lutas pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e

resolutivas de gestão e de atenção à saúde” (p. 163). A EPS é, portanto estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor saúde. *A Educação Permanente em Saúde é um desafio ambicioso e necessário.* (CECCIM²², 2005).

Segundo Rovere²⁶(2005) ao analisar o **debate da Educação Permanente em Saúde no Brasil** a partir das contribuições do Ceccim²², chama-lhe atenção o entusiasmo deste autor pelo tema. A EPS representa um marco que absorve as diferentes formas de educação no setor, tendo por **essência a aprendizagem em serviços de saúde** e uma **dimensão emancipadora do modelo de educação**. Concorda com as análises críticas do Ceccim²² sobre as formas como são desenvolvidos os conhecimentos para os trabalhadores e equipes de saúde, sem considerar a complexidade dos problemas sociais e sanitários da população.

Para Rovere²⁶ as **ambiciosas iniciativas de transformação** da realidade marcam e demarcam um campo de forças que deve ser constantemente cartografado para que a educação permanente não represente apenas uma metodologia moderna e eficiente para ensinar o mesmo; mas que insinue uma **transformação na cultura da saúde**, ou seja, a EPS seja ao mesmo tempo uma metodologia e, portadora de novas formas de resolver os problemas de saúde. Destaca ainda como *“impostergável assegurar a área da formação, não mais um lugar secundário ou de vanguarda, mas um lugar central, finalístico”*.

O mesmo autor analisa o Quadrilátero da Formação como um dispositivo muito interessante e genial para conectar processos que são pensados separadamente. E ainda *“tomar o cotidiano como lugar aberto à revisão permanente”* constitui a principal motivação dos processos de aprendizagem da EPS. A educação permanente em saúde traduz uma ação contrahegemônica, inclui mecanismos que pode configurá-la ao mesmo tempo permanente e situacional (aqui-e-agora), captura demandas do quadrilátero.

Segundo Merhy²⁷(2005) o desafio trazido por Ceccim²²: *“a produção do cuidado em saúde e sua micropolítica são constituídas de práticas pedagógicas, e não só de ações tecnológicas típicas da construção de atos de saúde, no senso estrito; portanto toda aposta que visa interferir no campo de produção em saúde tem de reconhecer isso como uma necessidade para ação”*, propõe-se uma problematização sobre a educação na saúde e a partir dela desenvolver debates e reflexões que a temática requer.

Nesse debate destacam-se **duas idéias consideradas nucleares**: primeiro “não é possível sustentarmos mais as quase exclusivas visões gerenciais que se posicionam sistematicamente pela noção de que a baixa eficácia das ações de saúde é devida à falta de competência dos trabalhadores e que pode ser corrigida à medida que suprimos por cursos compensatórios, aquilo que lhes falta”²⁷(p.172). Analisa “esses cursinhos”, na sua maioria, envolvem muitos recursos, não geram efeitos positivos e nem trazem mudanças nas práticas profissionais. Embora não se perda de vista aquelas ações necessárias (treinamentos, cursos, atualizações, etc.), identificadas a partir do processo de trabalho. “A educação em saúde e trabalho é impossível ser separado, um produz o outro”. Segundo, em relação ao modo de encarar a construção das ações no campo da saúde e da educação. Reconhecer o trabalhador como protagonista efetivo desse processo e considerar a área da formação um lugar central nas políticas de saúde. Nesse contexto fala da **pedagogia do processo**, articulado a esse novo agir do trabalhador, que aponte dispositivos analisadores, a possibilidade de auto-análises e auto-gestão. O trabalhador deve colocar-se ético-politicamente em discussão, no plano individual e coletivo do trabalho (Merhy²⁷, 2005).

Todo processo que esteja comprometido com as questões de educação permanente tem de ter a força de gerar no trabalhador, no seu cotidiano de produção do cuidado em saúde, transformações da sua prática, o que implicaria força de produzir capacidade de problematizar a si mesmo no agir, pela geração de problematizações” (MERHY²⁷, 2005, p.173)

Para Merhy²⁷ estamos diante do desafio de pensar uma **nova pedagogia**, que contemple a participação dos sujeitos auto-determinados e comprometidos sócio-historicamente com a construção da vida e de sua defesa individual e coletiva; que o centro do processo pedagógico seja a implicação ético-político do trabalhador no seu agir em ato. Esta seria a **pedagogia da implicação**, considerada uma proposta ainda aberta.

Nessa linha de análise e preocupações com o modelo de educação e capacitação vigente na saúde, Davini²¹ (2009) chama atenção para “a capacitação como problema”. A capacitação é uma das estratégias mais usadas para enfrentar os problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde; mas se desenvolve sob a influência de uma grande variedade de condições institucionais, políticas, ideológicas e culturais. E que essas condições podem caracterizar limites ou possibilidades na sua operacionalização, tais como mostra esse estudo:

- a simplificação, que reduz o problema da educação de pessoal a uma questão de aplicação de métodos e técnicas pedagógicas, sem a compreensão de seus enfoques e do contexto político institucional de sua realização;
- a visão instrumental da educação, que pensa os processos educativos apenas enquanto meio de alcançar um objetivo pontual e não como parte substancial de uma estratégia de mudança institucional;
- o imediatismo, que acredita na possibilidade de grandes efeitos de um programa educativo de aplicação rápida;
- a baixa discriminação de problemas a superar, cuja solução não depende de capacitação e sim de outros fatores;
- a tendência em atuar por meio de programas e projetos, cuja lógica é de dependência de fontes específicas de financiamento, ao invés de fortalecer a sustentabilidade e a permanência das estratégias educativas ao longo do tempo ²¹(p. 39)

Analisa como **antigos problemas**: a persistência do **modelo escolar**. Apesar da importância e difusão da capacitação, nem sempre se alcançam os resultados esperados, nem sempre esses projetos se convertem em ação, muitas vezes, o olhar se reduz à definição de métodos ou técnicas de trabalho. Isso leva a refletir sobre a direção que tomam as iniciativas de capacitação. Na maioria dos casos, a capacitação consiste na transmissão de conhecimentos dentro da lógica do “modelo escolar”, com o intuito de atualizar novos enfoques, novas informações ou tecnologias na implantação de uma nova política (Davini²¹, 2009).

Segundo a mesma autora, a experiência acumulada e as avaliações ao longo de décadas mostraram que nesse modelo escolar, o acúmulo de esforços e recursos não alcança os resultados esperados. Apesar das evidências, insiste-se neste estilo de capacitação. “Ainda que em alguns casos se alcance aprendizagens individuais por meio da capacitação, elas nem sempre se traduzem em aprendizagem organizacional, isto é, não se transferem para a ação coletiva”²¹ (p.42). Portanto, a discussão sobre a efetividade da capacitação e suas possíveis estratégias de melhora é um elemento para debate.

Por aprendizagem, entende-se o desenvolvimento de novos critérios ou capacidades para resolver problemas ou a revisão de critérios e capacidades existentes que lhes inibem a resolução. Embora a aprendizagem devesse ser necessariamente, individual, já que somente os indivíduos são capazes de aprender, muitos autores usaram, metaforicamente, a expressão “aprendizagem organizacional” para descrever situações em que as

individualidades são integradas, compartilhadas e postas em ação por meio da coordenação da conduta de indivíduos distintos, o que inclui, necessariamente, os que ocupam posições diferenciadas na organização em termos de hierarquia e poder (DAVINI²¹, 2009, p. 42).

O CONASS analisa ser nessa direção que aponta a Educação Permanente. Seu objeto de transformação é o processo de trabalho, orientado para a melhoria da qualidade, para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços. O processo de trabalho é revalorizado como centro privilegiado de aprendizagem. “Dessa forma, não se procura transformar todos os problemas em problemas educacionais, mas sim buscar as lacunas de conhecimento e as atitudes que são parte da estrutura explicativa dos problemas identificados na vida cotidiana dos serviços, assumindo uma atitude pedagógica no desdobramento de suas soluções técnicas”. Assim, não haverá aprendizagem se os atores não se conscientizarem do problema e não se reconhecerem nele (BRASIL⁵, 2007, p.54).

E ainda a “Educação Permanente permite revelar a complexidade e a articulação das explicações dos diferentes problemas e torna evidente a necessidade de estratégias múltiplas, que, para serem propostas e implementadas, necessitam de articulação com a gestão do sistema. Nesse sentido, apresenta-se também como uma estratégia de gestão, para que os necessários recursos de poder sejam mobilizados para enfrentar problemas de natureza diversa” (BRASIL⁵, 2007, p.55).

Portanto, institucionalmente entendem que a Educação Permanente em Saúde deve ser tomada como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e educação na saúde, por meio de negociação entre serviços de saúde e instituições de ensino, com vistas a promover o ordenamento da formação e desenvolvimento permanente dos trabalhadores da saúde. E que o processo de identificação das demandas de qualificação deve ser sempre a partir de análise e problematização da realidade (BRASIL⁵, 2007). Esse enfoque estratégico é o que propõe o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) proposto por Matus²⁸.

Analisa-se que “a efetividade da Educação Permanente em Saúde está intimamente relacionada à efetividade da formulação de políticas de saúde nas áreas estratégicas e prioritárias na organização da rede de atenção à saúde em cada território, a partir das necessidades reais de saúde da sua população” (p.15). Para tanto faz-se necessário que os atores envolvidos desenvolvam novas propostas pedagógicas, novos mecanismos de planejamento e gestão para que os serviços possam ser espaços de aprendizagem e que as

instituições formadoras também realizem importantes iniciativas inovadoras na área do planejamento e gestão educacional (BRASIL¹⁶, 2004, p.15).

A pesquisadora compreende que o Planejamento Estratégico Situacional representa uma perspectiva adequada à proposta da educação permanente em saúde, haja vistas a crescente aplicabilidade do mesmo nas áreas da saúde e educação. ”Embora o método tenha sido desenhado para ser utilizado no nível central, global, seu formato flexível possibilita a aplicação nos níveis regionais/locais ou mesmo setoriais, sem, contudo, deixar de situar os problemas num contexto global mais amplo, o que permite manter a qualidade da explicação situacional e a riqueza da análise de viabilidade e de possibilidades de intervenção na realidade” (ARTMANN²⁹, 2000, p.99).

3.4 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL (PES)

Segundo Matus²⁸ (1996) o **planejamento** é a tentativa de submeter à nossa vontade o curso encadeado dos acontecimentos cotidianos, os quais condicionam a direção e a velocidade à mudança que inevitavelmente experimenta um país em decorrência de nossas ações. Trata-se de algo muito complexo devido às variáveis a serem enfrentadas. Esse processo requer experiência, perseverança e capacidade de aprendizagem na prática, além de forças e recursos para alterar o curso dos acontecimentos na direção desejada. O planejamento aplica-se a qualquer atividade humana em que é necessário um esforço para alcançar um objetivo.

Para o mesmo autor, no **planejamento social** todos os homens em sociedade produzem e são responsáveis pelo curso dos acontecimentos. “Portanto, todos somos responsáveis por mover ou arrastar a realidade para onde queremos, mas ao mesmo tempo somos inconscientemente arrastados nessa direção que não desejamos. Todos conduzimos o processo de mudança situacional, mas sem capacidade de impor o rumo. Somos condutores conduzidos” (MATUS²⁸, 1996, p. 11 e 12).

Matus problematiza: o que significa submeter o desenvolvimento dos acontecimentos à vontade humana? O que significa governar? Nesse contexto ele ressalta que **planejar é um processo social** que envolve o homem indivíduo e o homem coletivo. Aquele busca alcançar objetivos particulares e este busca uma ordem e uma direção societária. Os objetivos entre os homens são conflitantes, portanto o planejamento surge em meio a um problema. E conclui, “se planejar é sinônimo de conduzir conscientemente,

não existirá então alternativa ao planejamento, ou planejam os ou somos escravos da circunstância. Negar o planejamento é negar a possibilidade de escolher o futuro, é aceitá-lo seja ele qual for”²⁸(p.14)

Matus²⁸ (1996) apresenta e fundamenta seis **argumentos para justificar a necessidade de planejamento:**

1. É necessária uma mediação entre o futuro e o presente – este argumento reside no critério de que para decidir o que devo fazer hoje consiste em saber se esta ação de hoje será eficaz para mim amanhã;
2. É necessário prever quando a predição é impossível - baseia-se na exigência de prever possibilidades para prever ações e, conseqüentemente sermos oportunos e eficazes na ação;
3. Reação veloz e planejada ante as surpresas - refere-se à necessidade de estar preparado para reagir de forma veloz e eficaz ante a surpresa;
4. É necessária uma mediação entre passado e futuro - baseia-se na necessidade de aprendizagem na prática como mediação entre passado e futuro;
5. É necessária mediação entre conhecimento e ação - sugere que entre a ação e o conhecimento da realidade requer o planejamento, ainda que como mera análise do presente e para o presente;
6. É necessária coerência global ante as ações parciais dos atores sociais - baseia-se na necessidade de uma ação central que busque a coerência global frente às ações parciais dos atores sociais, se é que queremos conduzir o sistema social a objetivos decididos democraticamente pelos os homens.

O “**Planejamento Situacional** é semelhante a uma guerra de trincheiras contra a incerteza futura gerada pelos os sistemas complexos”²⁸ (p.29). O planejamento pode tentar atacar os problemas antes que se materializem (planejamento preventivo); ou simplesmente dedicar-se a solucionar problemas quando já são evidentes para todos, pela sua magnitude e conseqüências (planejamento reativo). “O planejamento reativo é defensivo e ineficaz. A prática do planejamento preventivo requer que um sistema oportuno de informação sinalize os indícios dos problemas, mostre quando certas variáveis

críticas fogem ao controle ou passam a uma faixa fora da normalidade, entrando em uma zona de perigo que anuncia problemas” (MATUS²⁸, 1996, p. 32).

O planejamento e a ação são inseparáveis. O **plano** é o cálculo que precede e preside a ação. A ação sem cálculo é mera improvisação. O governo eficaz exige um encontro do cálculo com a ação. No presente eles se unem e se confundem. Tal encontro é que nos permite fazer uma teoria comum do governo e do planejamento. “O processo de planejamento real, unido indissolavelmente ao processo de governo, consiste num cálculo incessante e permanente que precede e preside as ações dos atores em conflito. Mas o essencial do governo é a ação e o essencial do planejamento é o cálculo que a precede e preside, então planeja quem governa (porque o governante faz o cálculo de última instância) e governa quem planeja (porque governar é conduzir com uma direcionalidade que supera o imediatismo de mera conjuntura)” (MATUS²⁸, 1996, p. 34).

Para Matus²⁸, “entre o desenho normativo e a ação está à **análise estratégica**, o cálculo de viabilidade, a apreciação da eficácia política e a oportunidade de executar o desenhado em relação ao interesse, força e vontade do ator que está capacitado para executar a ação. Quem faz esse cálculo? Qual a validade, então de o planejador ser um técnico? Por que partir da premissa de que um só ator planeja, sem que outros integrantes do sistema se oponham, resistam e formulem também seus próprios planos? Porque limitar o diagnóstico a uma só explicação objetiva, quando é notório que os diversos componentes da sociedade têm diferentes opiniões sobre seu estado, sobre as causas de tal estado e sobre o futuro desejável?” (MATUS²⁸, 1996, p. 42)

Segundo Matus²⁸, “são imensas e decisivas para a **teoria do planejamento** as consequências de se aceitar que existem oponentes ao plano, que todos os atores planejam de uma ou de outra forma, que o econômico é inseparável do político, que o planejamento não pode ser confundido com seu processo técnico de cálculo, etc”²⁸(p.45). Algumas consequências são destacadas: a) não é possível raciocinar em termos de certeza; b) os meios para se alcançar os objetivos não podem ser calculados com precisão; c) não é possível sustentar que o planejamento esgota-se no plano; d) o planejamento não pode afastar-se do acompanhamento constante da conjuntura política, econômica e social; e) o planejamento deve compreender possibilidades de processos a curto, médio e longo prazo; etc.

Para o mesmo autor o bom dirigente e o bom planejador liberam-se, na prática, da rigidez do planejamento normativo. Fazem de fato, um **cálculo estratégico**. “Assim surge um conceito de plano mais rico e mais amplo, no qual a dimensão normativa do deve ser, precisa articular-se com o plano estratégico do pode ser, e o plano operacional na conjuntura da vontade de fazer”²⁸(p.47). O **Modelo Estratégico de Planejamento** é aquele “cujo grau de governabilidade depende essencialmente do meu peso frente ao peso do outro, para produzir ações necessárias ao cumprimento de meus objetivos” (p.51). Envolve vários sujeitos que planejam com objetivos conflitantes.

Segundo Pedrosa³⁰(1997), baseado nos fundamentos propostos por Mário Testa, são características básicas do **Planejamento Estratégico**:

- Reconhecimento da existência de mais de uma racionalidade para interpretar a realidade;
- Pluralidade associada a interesses específicos que evidenciam a existência de conflitos, cuja resolução depende de acordos, negociações ou quaisquer outras formas de condução das vontades envolvidas na questão;
- Entendimento de que as relações entre os atores portadores de interesses específicos nem sempre são relações destrutivas, podendo resultar em ações criativas, cuja trajetória depende de um processo permeado de incertezas e elementos não controláveis;
- Posicionamento do planejador como parte da realidade a ser modificada.

Nesse sentido Matus²⁸ analisa sobre as **Técnicas de Planejamento**: o planejamento pode fundamentar-se em várias teorias e diversos enfoques, segundo a natureza dos problemas e casos de aplicação. A partir de então se toma consciência do planejamento como método, como teoria e como tecnologia.

O **Planejamento Estratégico Situacional** foi idealizado por Matus, autor chileno, a partir de sua vivência como ministro da economia e da sua análise de outras experiências de planejamento na América Latina. O enfoque do PES surge do planejamento econômico-social e vem sendo crescentemente adaptado e aplicado para outras áreas como saúde e educação. O PES é considerado um método complexo na sua operacionalização. Portanto Matus propôs a trilogia PES, ZOOP (origem alemã Zielorientierte Projektplanung – Planejamento por Projetos Orientados por Objetivos) e MAPP (Método Altadir de

Planejamento Popular), desenhados, respectivamente para os níveis central, intermediário e local/popular (ARTMANN²⁹, 2000, p.99).

No Brasil, estudos têm mostrado aspectos da aplicação desses métodos. Artmann³¹ (1993) analisa semelhanças e diferenças entre eles. Destaca como semelhança entre o PES e o ZOOP, a **ênfase no trabalho em equipe**. No caso desses métodos, o planejamento (seleção e explicação dos problemas, e propostas) é feito por atores, ou grupos concretos, e o plano dependerá do conhecimento e capacidades desses. Destaca uma diferença no ZOOP: todo o processo de planejamento é realizado em equipe e a participação de todos os atores envolvidos; já no PES pode acontecer o planejamento solitário de um ator, em determinados momentos. Ambos propõem uma visão “policêntrica” no sentido de considerar outros atores envolvidos, seja como aliados ou oponentes³¹(p.128).

No mesmo estudo Artmann³¹ analisa que a **complexidade do PES** é coerente com a realidade que o planejamento pretende “dar conta”, principalmente no nível central onde se situam os macroproblemas. Ressalta que dada essa complexidade do método, *sem o domínio da teoria, conceitos e categorias básicas torna-se impossível o manejo do método*. Artmann propõe que para apreender o método do PES, são necessárias oficinas de trabalho e cursos, para dar conta do processo de aprendizagem. Ainda diante da complexidade a saída apontada por Matus: “a análise da situação problemática e o desenho do plano deve passar pela discussão geral dentro do grupo de trabalho, mas esta discussão deve ser “filtrada” através do uso rigoroso de determinadas categorias (VDP, descritores, regras, acumulações, fatos, etc.)”³¹(p.136).

Considerando-se que o PES foi idealizado para sua aplicação no nível central, Matus²⁸ aprofunda sobre essa dimensão. **Governar** ou conduzir é algo muito complexo, envolvem teoria, arte e domínio sobre os sistemas sociais. “O condutor dirige um processo para alcançar objetivos que escolhe e altera segundo as circunstâncias (seu projeto), superando os obstáculos de maneira não-passiva, mas ativamente resistente (governabilidade do sistema), e para vencer essa resistência com sua força limitada é preciso demonstrar capacidade de governo”²⁸(p.59). As três variáveis, projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade do sistema constituem um sistema triangular em que cada uma variável depende das outras, caracteriza assim o do **Triângulo de Governo**:

- **Projeto de governo (P)** refere-se ao conteúdo propositivo dos projetos de ação que um ator propõe-se realizar para alcançar seus objetivos. Versa sobre as reformas políticas, o estilo de desenvolvimento, a política econômica, etc., que parece pertinentes ao grau de governabilidade do sistema. O conteúdo propositivo é produto não apenas das circunstâncias e interesse do ator que governa, mas também de sua capacidade de governo.
- **Governabilidade do sistema (G)** é uma relação entre as variáveis que o ator tem o poder de controle no processo de governo. Quanto mais variáveis decisivas ele controla, maior é a sua liberdade de ação e maior é para ele a governabilidade do sistema. Ela é relativa a um ator determinado, às demandas ou exigências colocadas pelo projeto de governo a este ator e à sua capacidade de governo.
- **Capacidade de governo (C)** é uma capacidade de condução ou direção e refere-se ao acervo de técnicas, métodos, destrezas, habilidades e experiências de um ator e sua equipe de governo, para conduzir o processo social a objetivos declarados, dado a governabilidade do sistema e o conteúdo propositivo do projeto de governo. O domínio de técnicas potentes de planejamento é das variáveis mais importantes na determinação da capacidade de uma equipe de governo. A capacidade de governo expressa-se na capacidade de direção, de gerência, de administração e controle.

No **Triângulo de governo**, as três variáveis são por um lado distintas e por outro se entrelaçam. A diferenciação leva a reconhecer sistemas de natureza distintas: o sistema propositivo de ações (projeto de governo), o sistema social (governabilidade do sistema) e o sistema de direção e planejamento (capacidade de governo). A interação e o condicionamento mútuo indicam, por sua vez, algo comum aos três sistemas: **a ação humana**. O *projeto de governo* é um conjunto de propostas de ação; a *governabilidade do sistema* refere-se à possibilidade de ação e ao controle de seus efeitos; a *capacidade de governo* pode ser definida como capacidade de gerar e controlar ações. Pensando nas relações entre os componentes do triângulo, é importante destacar que o aumento ou a melhoria da capacidade de governo contribuiria para uma melhor definição do projeto de governo e para uma melhoria da governabilidade, através da transformação de variáveis não controláveis em variáveis controláveis (MATUS²⁸, 1996).

E ainda Matus³² descreve o **conceito de momento** - indica instância, ocasião, circunstância ou conjuntura pela qual passa um processo contínuo, ou em cadeia, que não tem começo nem fim definidos. No caso do processo de planejamento, os momentos encadeiam-se e formam circuitos repetitivos para ajudarem-se mutuamente e passar sempre a um momento distinto. São eles os momentos: Momento Explicativo (M1) – foi e tende a ser; Momento Normativo (M2) – deve ser; Momento Estratégico (M3) – pode ser; Momento Tático-operacional (M4) – fazer.

Para o mesmo autor “o **conceito de momento** é próprio de um processo contínuo e encadeado sistematicamente, em oposição ao conceito de “etapa” do planejamento normativo, mais pertinente a uma seqüência linear e direcionada, que começa com o diagnóstico, passa pelo desenho e aprovação do plano-livro e culminam nas instâncias de execução, avaliação e controle”³²(p.229). Na realidade, cada momento do processo de planejamento está sempre presente, mesmo que um deles adquira importância significativa decisiva em alguma instância concreta. Por isso todos os momentos estão sempre presentes na situação. Os distintos problemas do plano podem estar em distintos momentos. Assim, os momentos são recorrentes para cada problema no processo de mudança situacional. “O plano situacional está sempre pronto e sempre sendo feito. Só o conceito de momento permite compreender o significado dessa frase aparentemente contraditória”³²(p.300).

Para Matus³² de forma abstrata, os momentos têm as seguintes características:

- Não seguem uma seqüência linear estabelecida;
- Formam uma cadeia contínua, sem começo nem fim definidos;
- Cada momento, quando dominante, contém todos os outros momentos, nos quais apóia seu cálculo;
- Eles se repetem constantemente, mas com distintos conteúdos, propósitos, datas, ênfases e contextos situacionais;
- Numa data concreta do processo de planejamento, os problemas e oportunidades enfrentados pelo plano encontram-se em diferentes momentos dominantes;
- Para cada momento existem instrumentos metodológicos que lhe são mais pertinentes, embora, embora nenhum instrumento destine-se ao uso exclusivo de um momento específico (MATUS³², 1996, p.301).

Matus³⁴ fundamenta também o **conceito de ator**. Considerando-o ter existência real, o ator não pode ser concebido como uma elaboração intelectual. São considerados atores: aliados e adversários, parte da realidade, que têm a capacidade de análises, de fazer avaliações situacionais, de elaborar planos criativos e propor objetivos para mudar o futuro. Os **atores** são motores da mudança: são eles que declaram insatisfações; buscam entender a realidade em que vivem; acumulam vontade, valores, preconceitos, ideologias, poder de mudanças e incapacidades; criam visões diferenciadas; rebela-se contra o evitável e geram conflitos; lutam pelo poder; enfim são portadores e até criadores de idéias (MATUS³⁴, 2007).

O mesmo autor define **ator social** como a direção de uma organização, e deve preencher os seguintes requisitos:

- Ser criativo, ser produtor e produto do sistema social;
- Ter um projeto que oriente sua ação;
- Controlar parte relevante do vetor de recursos críticos (VRC) do jogo social;
- Participar do jogo social, não como observador;
- Ter organização estável, com peso de uma coletividade;
- Pode ser um ator-pessoa ou um ator grupo;

Conclui, o **ator** é participante de um jogo, é um **sujeito ativo** que tem marca de identidade.

O conceito de ator foi aplicado por Pedrosa³⁰ (1997), na dimensão institucional. Considera **atores institucionais** aqueles que a partir dos processos nos quais se constituem como sujeitos e dos movimentos que realizam no espaço das organizações, de acordo com suas relações com o poder institucional em saúde, que pode ser: técnico, administrativo e político. O *poder técnico* - se caracteriza pelo tipo de informação que manipula e sua ação depende do âmbito em que esta informação circula, da homogeneidade do sistema de informação e do estilo de comunicar; o *poder administrativo* - se organiza a partir do tipo de financiamento que opera; e o *poder político* - residiria na capacidade de desencadear mobilização.

Nesse sentido, estudos realizados no âmbito da Secretaria de Saúde do Estado do Piauí evidenciam **contribuições do modelo estratégico do planejamento**, como esse desenvolvido por Pedrosa³⁰ (1997), que parte das preocupações de compreender as

instituições de saúde como as organizações da burocracia pública responsáveis pelo gerenciamento dos serviços nos três níveis de administração pública federal, estadual e municipal; busca-se entender essas instituições como espaços de produção de ações de saúde; conhecer a dinâmica desses espaços no processo de **institucionalização da política de saúde**, como cenários preferenciais de decisões políticas; bem como entender como os projetos políticos são transformados no interior dessas organizações pela ação de profissionais - **atores institucionais**.

No contexto do mesmo estudo, Pedrosa³⁰ analisa mudanças, no caráter do processo de produção das ações de saúde que são oferecidas à população, no Estado, através de projetos e programas conduzidos por aquelas organizações estudadas, no âmbito da gestão do SUS no Estado. Esses processos buscam apresentar-se como um conjunto de práticas resultantes de saberes acumulados, apreendidos e utilizados, por sujeitos sociais que agem diante das possibilidades de transformar o cotidiano.

Essa tendência deve-se em grande parte, às formulações teóricas do **pensamento estratégico em saúde**, forma genérica de sintetizar uma linha de pensamento, que tem se desenvolvido na América Latina, aprofundada pelos autores Testa e Matus. Com base nesses fundamentos teóricos, o Projeto Nordeste, por meio de dois componentes: a melhoria da organização de serviços e a promoção do desenvolvimento institucional visavam **institucionalizar o planejamento estratégico** como o elemento norteador das ações da SESAPI (PEDROSA³⁰, 1997).

O **planejamento estratégico** apresenta-se como **ação instrumental** que objetiva, em última instância, a reordenação das relações entre o *poder institucional* em saúde e o *poder societário* a partir da ação transformadora de atores sociais "conscientes". Nesse sentido, permite aos atores vinculados à estrutura das organizações, a possibilidade de se movimentarem em decorrência de suas próprias deliberações. "Ação instrumental (porque estratégica) que tem por base as representações que esses atores têm de si mesmos, de suas relações com o trabalho, com o lazer, com o afeto, enfim com a vida, a partir da qual vivenciam seu cotidiano e põem em visibilidade seu próprio devir" (Pedrosa³⁰, 1997, p.26).

Segundo Pedrosa³⁰, o estudo aponta para o conhecimento dos processos vivenciados pelos profissionais em suas práticas na SESAPI, em que reconhecem a si mesmos enquanto **sujeitos**, como aspectos fundamentais para uma análise propositiva do

processo de institucionalização de uma política na própria estrutura da saúde. Nesse contexto são os profissionais que agem nos pontos de intersecção onde a vontade política se transforma em ato; nos processos que permeiam a transformação das intenções em gestos; aqueles atores que "fabricam" os projetos, cuja performance revela o sentido político das ações institucionais; representam o pessoal de primeiro escalão da SESAPI: os assessores diretos do secretário, os diretores de departamentos e divisões a nível central e coordenadores de programas.

Segundo o mesmo autor a institucionalização de uma política compreende vários momentos:

- A explicitação e definição da vontade coletiva;
- O arcabouço jurídico-político que prescreve as regras de como e a quem tais vontades devem satisfazer;
- A definição de um substrato material necessário na forma de organização da produção das ações a serem realizadas;
- A reação dos grupos sociais atingidos por essas medidas.

Enfim, a **ação social** que toma forma nos vários momentos do processo, isto é, **a ação institucional** (PEDROSA³⁰, 1997, p.26).

Outra contribuição nessa área é de Eulálio Amorim³⁵ (2004) que estudou Limites e Possibilidades de um Planejamento descentralizado e participativo nas instâncias colegiadas de gestão do SUS – Piauí. Para a pesquisadora as análises e discussões desenvolvidas no estudo impuseram à necessidade de incorporar à concepção de **planejamento como prática social**, o *componente político*, que permite assumir o conflito como condição inerente às interações sociais, especialmente nas instâncias gestoras no âmbito do SUS.

Nos resultados do mesmo estudo, sobre o planejamento no SUS: na percepção dos *usuários* - se desenvolve com a perspectiva de oportunizar melhorias no atendimento à população com vistas a resgatar a dignidade, o respeito e o valor humano; na visão dos *trabalhadores* - fortalece a dimensão do direito do cidadão, à medida que prioriza estratégias de intervenção para superação dos problemas de saúde da população; e na percepção dos *gestores e prestadores* - o planejamento significa definir ações, prioridades, metas físicas e recursos financeiros, materiais e humanos para enfrentamento dos problemas identificados, bem como o estabelecimento de parcerias e pactuação de

responsabilidades. Pode-se afirmar, portanto, que para os gestores e prestadores repousa a dimensão técnica e instrumental, o foco central do processo de planejar (EULÁLIO AMORIM³⁵, 2004).

Para a pesquisadora, baseado nos referenciais teóricos que evidenciam a crescente aplicabilidade nas áreas da saúde e educação, o PES representa uma perspectiva metodológica para a Educação Permanente em Saúde, conforme preceitos da Portaria 1996/2007²⁵, anexo II. **O Plano de Ação Regional de Educação Permanente** em Saúde será construído coletivamente pelo Colegiado de Gestão Regional com apoio das Comissões de Integração Ensino-Serviço, a partir de um processo de planejamento das ações de educação na saúde, obedecendo as orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento no SUS, e deverá conter: 1. Caracterização da região de saúde; 2. Identificação do(s) problema(s) de saúde; 3. Caracterização da necessidade de formação em saúde; 4. Identificação dos atores envolvidos no processo; 5. Relação entre os problemas e as necessidades de educação permanente em saúde; 6. Produtos e resultados esperados; 7. Processo de avaliação do plano; 8. Recursos envolvidos para a execução do plano (BRASIL³⁶, 2009, p.21 e 22).

Entende-se que condiz com a proposta do PES, trabalhar a relação entre os problemas e as necessidades de EPS como: *a) identificar as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde; definir e justificar a priorização de um, ou um conjunto de problemas, em relação aos demais, na busca de soluções originais e criativas guardando as especificidades regionais; b) descrever ações a curto, médio e longo prazo, para o enfrentamento das necessidades identificadas; c) formular propostas indicando metodologias de execução e correlacioná-las entre si* (BRASIL³⁶, 2009, p.22).

A pesquisadora entende que essa forma de **atuação institucional**, na qual se adota o **enfoque estratégico do planejamento** e **valoriza a participação dos atores institucionais** com vistas aos processos de mudanças, guarda uma forte relação com a proposta de fazer a Educação Permanente em Saúde. Portanto a intenção desse estudo ao analisar os processos de capacitação e educação permanente no âmbito da DUVAS/SESAPI, busca contribuir na promoção da integração desses processos a partir da participação efetiva dos atores da gestão da DUVAS.

4.CARACTERIZANDO O CENÁRIO DA PESQUISA

O Estado do Piauí está situado na região nordeste do país e conta com uma população residente de 3.065.459 habitantes, distribuída em 224 municípios. Possui área territorial de 251.259,19 km (IBGE/2007). Quanto às condições de vida, o Estado apresenta taxa de urbanização crescente, porém a população com pouco acesso a infraestrutura, especialmente de fossas sépticas e coleta de lixo; apresenta Índice de Desenvolvimento Humano/IDH-M de 0,656 verificando, no entanto crescimento no componente educação com 53,9% (BRASIL³⁷, 2008).

No Relatório Técnico para Oficina de Rede de Atenção à Saúde no Piauí³⁸, sobre a Situação de Saúde no Estado, verifica-se que o perfil epidemiológico traçado a partir dos dados constantes dos Sistemas de Informações em Saúde/SESAPI (2006-2007) e DATASUS (2000-2005) analisados nesse relatório situa o Estado do Piauí nos processos de transição demográfica e epidemiológica, sendo possível concluir o seguinte:

- Redução no ritmo de crescimento da população com idade inferior a 15 anos, sobretudo o grupo etário menor de 5 anos;
- Evidências de envelhecimento populacional e aumento da expectativa de vida ao nascer;
- Coexistência de doenças infecciosas e parasitárias e doenças crônico-degenerativas;
- Aumento da ocorrência de óbitos por doenças crônico-degenerativas como neoplasias, doenças cardiovasculares e metabólicas, além do expressivo número de óbitos por causas externas (acidentes e violências).
- O componente neonatal precoce tem se mantido acima de 50% do total de óbitos infantis;
- O componente neonatal tardio tem apresentado tendência crescente, enquanto o pós neonatal teve uma ligeira diminuição.
- A mortalidade materna continua elevada para série histórica apresentada, embora tenham sido verificadas algumas oscilações.

Nesse contexto, estudos mostram que a população do Estado é fortemente dependente do SUS. Mostra também elevado avanço na estruturação da rede de atenção e assistência à saúde no estado, impulsionadas pelas ações e programas das Políticas Nacionais de Saúde, com crescente implantação de Estabelecimentos de Saúde, num total de 2.482 unidades registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), das quais aproximadamente 70% convencionados ao SUS (BRASIL³⁷, 2008).

No mesmo estudo destaca que a Gestão Estadual do SUS tem como prioridade a qualificação e o monitoramento da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família nos 224 municípios do Estado. Atualmente apresenta cobertura de 96,01 %, uma das maiores do país, embora resultados preliminares da agenda de monitoramento realizada em julho de 2008 aponte irregularidades em parte considerável das equipes. A SESAPI ainda não implementou a contrapartida estadual da Atenção Básica, o que está em estudo. Sendo assim o financiamento da AB tem sido mantido com recursos federais e municipais, majoritariamente (BRASIL³⁷, 2008).

Para melhor compreensão da Gestão Estadual do SUS, a pesquisadora analisa importante resgatar historicamente como se dá esse processo de organização da SESAPI a partir da sua criação.

Segundo Eulálio Amorim³⁵ (2004), apesar da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí ter sido institucionalizada em 1962, somente foi organizada burocraticamente com a nomeação do seu primeiro titular, o médico Carlyle Guerra de Macedo (1965-1969), o qual conferiu caráter mais técnico e político a essa instituição. No governo Alberto Silva (1972-1975) a regionalização e a integração das instituições da saúde passaram a fazer parte da política de governo. A partir de 1983 a SESAPI assume a responsabilidade na consolidação dos mecanismos operacionais do Sistema Estadual de Saúde, priorizando a importância da descentralização das ações através das Diretorias Regionais de Saúde. Essas estruturas regionais criadas obedeciam mais a lógica de desconcentração de recursos e atividades, do que a lógica da democratização do sistema.

Segundo a mesma autora, a trajetória da construção do SUS no Piauí, especialmente a partir da assinatura do convênio SUDS em dezembro de 1988, foi marcada por forte participação institucional e social. Em 1989 foram realizadas Plenárias de Saúde, Assembléia Unificada de Trabalhadores de Saúde, criação da Comissão Pró-Conselho e Pró-SUS; criação da Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS) e do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP). A NOB/SUS N°01/91 regulamentou a criação dos Conselhos de Saúde, foi criado o Conselho Estadual de Saúde do Piauí (Lei Estadual N°4539, de 22/12/92); a NOB/SUS N°01/93 impulsionou o processo de municipalização e a criação da Comissão Intergestores Bipartite no Estado; a NOB/SUS N°01/96 criou novas condições de gestão para municípios e Estados, definindo responsabilidades sanitárias dos entes públicos na gestão do sistema de saúde. Em 2001 os municípios piauienses foram 100% habilitados na condição de Gestão Plena da Atenção Básica.

A NOAS/SUS N°01/01 estabeleceu o processo de Regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e busca de maior equidade. Instituiu o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e Plano Diretor de Investimento (PDI); estabeleceu ainda as seguintes condições de gestão: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena de Sistema Municipal; Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual. O Plano Diretor de Regionalização do Piauí foi aprovado em outubro de 2003, na V Conferência Estadual de Saúde. Neste mesmo ano a Secretaria Estadual de

Saúde sofreu uma reestruturação organizacional no bojo da Reforma Administrativa do Estado, com vistas à adequação das novas atribuições e competências decorrentes da habilitação na Gestão Plena do Sistema Estadual (EULÁLIO AMORIM, 2004).

A SESAPI atualmente conta com uma estrutura organizacional ampliada: três (03) Superintendências, nove (09) Diretorias, cinco (05) Hospitais de Ensino e outros estabelecimentos de saúde de referência na capital e regiões pólo do estado, dez (10) hospitais regionais e onze (11) coordenações regionais de saúde nos respectivos territórios de desenvolvimento. Conta ainda com uma equipe técnica preparada, embora insuficiente para o cumprimento das responsabilidades previstas nos pactos e outros, com vistas ao assessoramento técnico aos municípios (vide figura1).

Para a pesquisadora no atual contexto político, a SESAPI conta com apoio político, econômico, administrativo e gerencial favorável ao desenvolvimento de uma agenda positiva para Saúde Pública no Estado. Dirigida pelo então Secretário Estadual de Saúde, o Deputado Estadual Francisco de Assis Carvalho Gonçalves (2007-2010). Trata-se de um gestor eminentemente político e com muita experiência administrativa, portanto tem revelado ser muito realizador na gestão pública. Embora não sendo profissional da saúde, observa-se do atual gestor estadual, certa imparcialidade frente às categorias profissionais, especialmente daquelas mais hegemônicas. Isso representa para a área da saúde uma quebra de paradigma na gestão do SUS no Piauí, sobretudo considerando-se a tradição dessa instituição de ser dirigida por médicos professores titulares da Universidade Federal do Piauí.

No contexto organizacional (administrativo e gerencial) da SESAPI, a pesquisadora analisa como **desafios históricos enfrentados na gestão do trabalho no SUS** no âmbito do Estado: a Implantação de um Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) para o SUS. Embora o atual PCCS, conforme Lei Complementar nº38, de 24/03/2004³⁹ tenha contribuído sobremaneira para melhoria da vida funcional do servidor público Estadual, ainda não atende suficientemente as especificidades do sistema de saúde. Isso tem resultado na ausência de carreiras na gestão do SUS e numa política salarial injusta e incompatível ao desempenho profissional. Essas informações podem ser observadas no contexto da Saúde Pública do Estado, ao constatar: a “polivalência” dos profissionais de saúde, quer de formação técnica (nível médio) ou superior, atuando com mais de um vínculo, público ou privado, com o objetivo de complementar o salário; há um notável

esvaziamento de profissionais de carreira no nível da gestão central da SESAPI. Enfim, diante disso, pode-se registrar que no período correspondente da elaboração desse projeto de pesquisa à sua aplicação, a DUVAS vivenciou a experiências de três diretoras diferentes. Esses exemplos ainda são comuns no cenário político organizacional, há grande rotatividade na direção de unidades administrativas, o que reflete significativamente nos processos de trabalho das equipes de saúde e nos resultados da gestão em saúde.

Atualmente a SESAPI, por meio da DUGP dirige um total de 11.485 servidores públicos da saúde, desses 9.164 são efetivos e 2.319 não efetivos (Infofolha⁴⁰, 2009). Vale registrar significativo acesso por concurso público nos últimos sete anos, totalizando o número de 3.836 servidores da saúde⁴¹.

5. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Segundo Minayo⁴² (2004), a Metodologia da Pesquisa Social traz algumas características peculiares: *consciência histórica* – os grupos sociais, as instituições, as leis, as visões, etc. são provisórios, mutáveis; *consciência real ou consciência possível* – as grandes questões de nossa época têm seus limites dados pela realidade do desenvolvimento social; a *identidade* entre *o sujeito e o objeto* da investigação – envolve seres humanos, que de alguma forma se tornam solidariamente imbricados e comprometidos; e, sobretudo a pesquisa social é essencialmente *qualitativa*.

Assim a pesquisa qualitativa torna-se importante para: (a) compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas

específicos: (b) para compreender as relações que se dão entre atores sociais tanto no âmbito das instituições como dos movimentos sociais; (c) para avaliação das políticas públicas e sociais tanto do ponto de vista de sua formulação, aplicação técnica, como dos usuários a quem se destina (MINAYO⁴², 2004, p. 134).

Na pesquisa social, a opção por entrevistas não estruturadas, por meio da elaboração de um roteiro com questões abertas, permite abordar as questões de forma mais abrangente possível e alcançar objetivos, como: a compreensão das especificidades culturais dos grupos, opiniões, relevâncias e valores dos entrevistados.

Essa possibilidade estimulou a pesquisadora na aplicação das técnicas de: Grupo Focal, Entrevistas e Oficina de Trabalho de PES, junto aos atores da gestão da DUVAS, com vistas a discutir conceitos, processar problemas e propor um plano de intervenção para aumentar a integração dos processos de capacitação e educação permanente em saúde na DUVAS. Para a pesquisadora essa forma de coletar os dados da pesquisa propiciou o alcance dos objetivos específicos propostos na pesquisa.

5.1 O Cenário da Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no âmbito da Diretoria de Unidade de Vigilância e Atenção à Saúde (DUVAS), parte integrante da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí (SESAPI). Considera-se essa uma “megadiretoria” devido à importância das áreas/ações/programas estratégicos integradas por esta diretoria, frente à Gestão Estadual do SUS.

Integram a DUVAS: **04 Gerências:** 1.Vigilância em Saúde, 2.Atenção Básica, 3.Saúde Mental e 4.Atenção à Saúde; **12 Coordenações:** 1.Epidemiologia, 2.Imunização, 3.Análise e Divulgação de Situação e Tendências, 4.Vigilância Ambiental, 5.Atenção à Saúde da Criança e Adolescente, 6.Atenção à Saúde da Mulher, 7.Atenção à Saúde do Adulto e Idoso, 8.Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, 9.Doenças Transmissíveis, 10.Saúde do Trabalhador, 11.Gestão da Atenção Básica, 12.Coordenação dos Centros de Atenção Psico-social. E ainda como parte da diretoria, conta-se com **21 Supervisões** ligadas às coordenações (vide figura3)

Com base no **Instrumento para Auto-Avaliação das Funções Essenciais da Saúde Pública (FESP)** estruturadas pelo CONASS. As estruturas organizacionais ligadas à DUVAS, desenvolvem funções vinculadas à **Gestão Estadual do SUS**, como: cooperação e apoio técnico aos Municípios nas respectivas áreas específicas; desenvolve ações de

planejamento, monitoramento e avaliação nas suas áreas de competência; desenvolve ações de vigilância à saúde e controle de riscos e agravos à saúde; ações de promoção à saúde em parcerias intersetoriais; ações de atenção à saúde nos vários níveis de complexidade do sistema de saúde, com vistas à promoção do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde (BRASIL²⁰, 2008).

Além dessas funções específicas compete a todas as equipes da SESAPI, atuar com vistas ao fortalecimento da regionalização e descentralização do sistema de saúde; contribuir para o fortalecimento da atenção básica; formular políticas públicas no âmbito estadual; contribuir para promoção da capacidade organizacional e institucional da gestão do sistema estadual de saúde; participar no processo de desenvolvimento e formação de Recursos Humanos; contribuir para o fortalecimento da participação e do controle social em saúde.

5.2 Os Atores – Os Informantes

A população da pesquisa é constituída por trabalhadores da SESAPI, técnicos da DUVAS, especialmente ocupantes de cargos comissionados: diretora, gerentes, coordenadores e supervisores dessa diretoria. Todos são portadores de nível superior. Dentre as competências inerentes ao cargo, as mais frequentemente desempenhadas: planejamento (elaboração de projetos, programas e políticas); apoio, cooperação técnica, acompanhamento, monitoramento e avaliação de ações, especialmente no âmbito dos municípios.

Vale destacar, com base nos relatórios de gestão da SESAPI 2007/2008, observa-se que a maioria desses atores desenvolve ações de capacitações destinadas aos vários segmentos do SUS. Pode-se assim caracterizá-lo como “multiplicadores” de processos educativos nas suas respectivas áreas específicas.

5.3 O Grupo Focal na DUVAS/SESAPI

O grupo focal consiste numa técnica de inegável importância para se tratar das questões da saúde sob o ângulo do social, porque se presta ao estudo de representações e relações dos diferenciados grupos de profissionais da área, dos vários processos de trabalho e também da população (MINAYO⁴², 2004).

Segundo Gatti ⁴³(2005), a técnica grupo focal consiste em coleta de dados num grupo “conjunto de pessoas selecionadas e reunidas por pesquisadores para discutir e comentar um tema, que é objeto de pesquisa, a partir de sua experiência pessoal”.

Os grupos focais têm por objetivo captar, a partir das trocas realizadas no grupo, conceitos, sentimentos, atitudes, crenças, experiências e reações, de modo que não seria possível com outros métodos, como por exemplo, a observação, a entrevista ou questionário (Gatti⁴³, 2005).

A escolha por esta técnica, Grupo Focal, para coleta de dados dessa pesquisa, se deve ao fato de ser adequada para pesquisas qualitativas, ter sido sugerida pela banca de qualificação e por apresentar a possibilidade da mestrandia intensificar o acesso às informações e aprofundar idéias e conceitos propostos, os quais são vivenciados pelos atores envolvidos.

O Grupo Focal (GF) foi desenvolvido com o objetivo de discutir os conceitos de: Educação Permanente em Saúde, Integralidade da Atenção à Saúde e Integração das Ações de Capacitação na DUVAS/SESAPI.

Passos no Desenvolvimento do Grupo Focal:

1. **Assinatura prévia da autorização da instituição** para realização desta pesquisa;
2. **Contatos** da pesquisadora com a atual diretora da DUVAS para o agendamento da data do GF com a equipe;
3. **Definição dos participantes previstos no GF**, conforme protocolo de pesquisa: a diretora, (04) quatro gerentes e (12) doze coordenadores da diretoria.
4. **Realização do GF**: dia 09 de setembro de 2009, na sala 01 da Escola Fazendária, anexo do Centro Administrativo, Av. Pedro Freitas S/N, Teresina Piauí.
5. **Duração**: início às 11h 45 min e término às 13h 30 min, com duração aproximada de 1h e 30 min., tempo considerado adequado para aplicação desta técnica.
6. **Participação no GF**: 13(treze) atores da gestão da DUVAS: a diretora, as gerentes de vigilância em saúde, atenção básica, saúde mental e atenção à saúde; os coordenadores de imunização, vigilância ambiental, atenção à saúde da criança e adolescente, atenção à saúde da mulher, atenção à saúde do adulto e idoso, atenção à saúde da pessoa com deficiência, doenças transmissíveis e a gerente de planejamento da SESAPI.
7. Ressalta-se que do grupo, participaram todas as gerentes da diretoria; e dos (12) doze coordenadores, deixaram de participar (05) cinco por motivo de viagens de trabalho.

8. Participou como moderadora do grupo a própria pesquisadora, juntamente com (01) uma relatora e (02) dois apoiadores de informática da DUVAS, que filmaram o GF.
9. **Desenvolvimento do Grupo Focal:** Inicialmente a pesquisadora agradeceu a presença de todos e ressaltou a importância da participação deles para a realização e o alcance dos objetivos da pesquisa. Seguidamente apresentou o projeto, distribuiu e leu os impressos referentes aos procedimentos éticos e metodológicos da pesquisa, como: o Resumo do Projeto da Pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Grupo Focal (anexo C) e o Roteiro para Discussão no Grupo Focal (anexo B). Esclareceu sobre o funcionamento e a liberdade dos presentes em participar ou não no grupo focal. Foi solicitada ao grupo a permissão para registros do GF, o que foi prontamente permitida a filmagem do mesmo pelos participantes.
10. **Como foi o desenvolvimento do Grupo Focal:** Os participantes foram dispostos em círculo e tomando por base o roteiro semi-estruturado pela pesquisadora, constando quatro questões norteadoras (anexo B), a moderadora fez a leitura as questões 1 e 2 referentes ao conceito de Educação Permanente em Saúde: Procedeu-se a uma rodada de discussão com vistas a discutir o conceito de Educação Permanente em Saúde. A discussão foi muito participativa, foram abordadas questões que permeiam o processo do fazer educativo no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde e sobre como esse fazer se vincula à proposta da Educação Permanente em Saúde. As falas dos 13(treze) atores participantes foram anotadas pelo relator e registradas através da filmagem. Esta foi transcrita pela pesquisadora, para posterior análise.

5.4 Entrevistas dos Atores da DUVAS

Considerando ainda a insuficiência do material para análises, resultado da discussão dos atores no grupo focal, no tocante aos conceitos de integralidade da atenção à saúde e integração das ações de capacitação, referentes às questões 03 e 04 do Roteiro para Discussão no Grupo Focal (anexo B), fez-se necessário a aplicação de entrevistas complementares, junto aos participantes do GF com o objetivo de enriquecer o material de análise.

Para aplicação das entrevistas foram consideradas as disponibilidades daqueles atores participantes do grupo focal. Desse grupo foi possível entrevistar (07) sete atores, a

diretora, (03) três gerentes e (03) três coordenadores. As respostas dos entrevistados sobre as questões 3 e 4 do roteiro do GF, ou seja, suas representações em relação à Integralidade da Atenção à Saúde e da integração dos processos de capacitação na DUVAS, foram somadas às falas dos atores no GF, para posterior análise.

5.5 Oficina de Planejamento Estratégico Situacional na DUVAS

A aplicação do Planejamento Estratégico Situacional (PES) como meio metodológico desta pesquisa projetada com vista à consecução dos seguintes objetivos específicos: 2) processar problemas relacionados à integração das ações de capacitação e educação permanente em saúde no âmbito da DUVAS e 3) propor um plano de intervenção para aumentar a integração nos processos de capacitação e educação permanente em saúde na DUVAS.

Entendeu-se que a aplicação do PES junto ao grupo em estudo, possibilitaria a identificação dos principais problemas enfrentados pela gestão e serviços de saúde, assim como seus descritores, em especial daqueles problemas que se vinculem à prática da educação na saúde na DUVAS. Essa hipótese foi fortalecida pela pesquisadora ao exercitar o PES nesse Mestrado, sediado em termos de simulação na GDQ/SESAPI, a experiência foi muito motivadora para os participantes do grupo de trabalho ao permitir identificar a aplicabilidade da proposta metodológica à área da Gestão da Educação na Saúde.

A oficina de PES com os gestores da DUVAS aconteceu depois da realização do grupo focal, e ocorreu em duas datas diferentes, no dia 25 de setembro/09 e 08 de outubro/09. O fato se deu devido à dificuldade de agenda compatível para atores envolvidos na pesquisa. No primeiro encontro, foi apresentado e discutido o protocolo do PES.

Participaram da oficina o total de (22) vinte e dois atores da DUVAS, dentre diretora, gerentes, coordenadores, supervisores e técnicos das equipes. Contou-se também com a participação de uma assessora de projetos especiais e duas técnicas da área de planejamento da SESAPI, que colaboraram com a pesquisadora na facilitação do processo metodológico da oficina.

Utilização dos Instrumentos do CONASS (Adaptação do Método do PES)

Adotado como base as Diretrizes e Metodologia para o Fortalecimento das Funções Essenciais da Saúde Pública do SUS no âmbito da Gestão Estadual, a pesquisadora avaliou a viabilidade da aplicação dos instrumentos do CONASS na oficina de PES, considerando-se que a SESAPI vem vivenciando esse processo. Foram realizadas no Estado a Oficina de Auto-avaliação da FESP/SUS em maio/2009 e Oficina de Fortalecimento da FESP em agosto/2009.

A metodologia da Oficina de Fortalecimento é fundada numa adaptação do PES desenvolvida pelo CONASS.

Na Oficina de Fortalecimento da FESP é considerado o processo de avaliação, e incorporado o acúmulo do debate anterior sobre os indicadores avaliados. O produto da oficina de avaliação será uma agenda de compromissos. E o processo de fortalecimento da FESP não se esgota com a oficina, a perspectiva é de continuidade. Portanto entendeu-se oportuno aplicar o instrumento do CONASS com vistas à possibilidade de outros desdobramentos desse processo no estado.

Considerando-se que uma boa parte do grupo participante da Oficina de PES, já tinha exercitado-a recentemente numa Oficina da FESP, a referida experiência favoreceu no entendimento e na participação do grupo no processo de aplicação do método do PES nessa oficina.

Etapas da Oficina de PES na DUVAS:

- 1) **Apresentação da pesquisa**, ocasião em que a pesquisadora fez os devidos esclarecimentos sobre os **aspectos éticos da pesquisa**, conforme parecer N°93/09 do Comitê de Ética da ENSP e, distribuídos para assinatura o Termo de Consentimento Livre Esclarecido para o PES (Anexo A);
- 2) **Apresentação em slides sobre a fundamentação e o protocolo** do PES (Apêndice A), instrumento utilizado nesse exercício, distribuídas cópias deste documento;
- 3) **Socialização do Produto do Grupo Focal**. A necessidade de socialização do produto do GF foi avaliada considerando-se que nem todos os integrantes da oficina de PES tinham

participado do GF, e por entender importante valorizar a participação dos vários atores na análise da gestão dos processos de capacitação e educação permanente em saúde, desenvolvidos no âmbito da DUVAS/SESAPI. Ressalta-se que neste procedimento de socialização do GF foi resguardado o anonimato dos depoimentos dos atores pesquisados, conforme preceitos éticos. Concluiu-se que essas análises dos atores no GF subsidiaram as discussões na oficina de PES.

4) Exercício do Planejamento Estratégico Situacional na DUVAS:

I - Momento Explicativo: o grupo em forma de plenária desenvolveu parte do momento explicativo. Foram listados livremente os problemas vinculados à prática dos processos de capacitação, desenvolvimento de recursos humanos e educação permanente em saúde que afetam a SESAPI; selecionados os indicadores-problemas da auto-avaliação da FESP e aplicado a *Planilha de Problemas* (apêndice B). A partir do debate coletivamente, identificou-se (02) dois problemas centrais vinculados à prática da educação permanente no âmbito da SESAPI. A partir de então grupo foi dividido em dois subgrupos para discutir o problema central e suas causas.

II - Momento Normativo: Depois de cumprida a etapa de problematização, o grupo discutiu e estruturação da *Matriz de Objetivos para o Fortalecimento* (apêndice C). Transformou-se o indicador-problema em objetivo e o problema central em ação. Para as causas do problema foram estruturadas as ações. A atividade é compreendida como um componente da ação. Como o produto da oficina gera uma agenda de compromissos, faz-se necessário a definição dos responsáveis pelas ações. Para efeito da pesquisa não foi adequado citar os nomes, mas as áreas responsáveis.

6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

Os resultados desta pesquisa intitulada: Educação Permanente em Saúde e Planejamento Estratégico Situacional: o caso da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí. No estudo buscou-se analisar a gestão dos processos de capacitação e educação permanente em saúde, desenvolvidos no âmbito da Diretoria de Unidade de Vigilância e Atenção à Saúde (DUVAS/SESAPI), a partir dos dados coletados no grupo focal e na oficina de trabalho utilizando-se do método de Planejamento Estratégico Situacional (PES).

6.1 RESULTADOS DO GRUPO FOCAL NA DUVAS

Os atores integrantes da gestão da DUVAS reunidos num Grupo Focal para discutirem os conceitos de *Educação Permanente em Saúde, Integralidade da Atenção à*

Saúde e Integração das Ações de Capacitação na DUVAS. Com base no Roteiro para Discussão no GF (Anexo B), os integrantes do grupo foram participativos e entusiasmados nas discussões. Reportaram-se de forma ampla e dialética sobre as questões.

No GF discutindo a **questão1**: *O conceito de Educação Permanente propõe que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social na saúde. O que você entende por esta proposta?*

O grupo, ao discutir sobre o conceito de educação permanente, trouxe muitos elementos vinculados à sua prática e ao processo de trabalho das equipes da gestão estadual do SUS. As várias questões levantadas no grupo através das falas desses atores possibilitaram à pesquisadora agrupá-las por **temas**, para melhor compreensão dos resultados das discussões, conforme serão apresentados a seguir.

6.1.1 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E AS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

As falas dos atores no GF convergem para o reconhecimento de que esses pressupostos como *considerar as necessidades de saúde da população*, são essenciais para a implementação da estratégia de educação permanente em saúde, como revelam alguns atores:

“A discussão sobre EPS nos remete as dificuldades enfrentadas em promovê-la aliada aos instrumentos de gestão como o Pacto pela Vida, buscando aproximar as ações de qualificação dos trabalhadores das necessidades de saúde da população” (ator A).

“... se a estratégia avançar na formação das Comissões de Integração Ensino Serviço, formadas nos seus territórios de desenvolvimento, conhecendo e discutindo baseada na sua realidade e nas necessidades de saúde daquela população, permitirá avançar nesse processo da educação permanente. Só se pode fazer alguma coisa, se conhecer a realidade!” (Ator B).

“A gestão setorial, os trabalhadores, o controle social e a população em geral têm que estar imbricados na lógica da educação permanente, senão ela não anda!... e para valorizar as necessidades de saúde da população, o controle social deve participar das atividades promovidas pela DUVAS / SESAPI” (Ator C).

“As qualificações oferecidas pela gestão para os profissionais têm tentado ser de acordo com as necessidades de saúde da população; mas é

preciso aprimorar o diálogo com os municípios, buscar estratégias que permitam a gestão estadual ouvir as demandas dos municípios... valorizar os sistemas de informações e os dados observados por ocasião das visitas de supervisão nos municípios” (Ator D).

“A gestão central faz o planejamento, mas até que ponto condiz com as necessidades dos municípios e da população”? (Ator I)

Nas falas (acima), percebe-se que os atores ao se reportarem sobre o mesmo assunto, Educação Permanente em Saúde, abordaram diferentes questões, embora todas enfoquem sobre a importância do reconhecimento das necessidades de saúde da população nessa estratégia.

O grupo destaca questões como: a importância da participação popular e o controle social nesse processo, assim como a participação dos vários segmentos do SUS na implementação da EPS; a criação e funcionamento das Comissões de Integração Ensino Serviços (CIES), com vistas à aproximação da política das necessidades de saúde da população.

Enfim os atores da DUVAS reconhecem a importância das estratégias propostas pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) previstas na Portaria GM/MS Nº1996/2007, como também na lei 8080/90, art. 14, prevê que as CIES são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde.

Os gestores da DUVAS nas suas falas também externam preocupações com o papel da gestão estadual do SUS: não valorização das demandas dos municípios nos processos de planejamento e nas supostas dificuldades no acompanhamento dos sistemas de informações em saúde, os quais são importantes na análise de saúde desses municípios. Nesse sentido sugerem o aprimoramento da comunicação com as instâncias municipais e a valorização dos Pactos Pela Vida e de Gestão⁴.

Os Pactos Pela Vida e de Gestão publicados pela Portaria GM/MS nº399, de 22 de fevereiro de 2006, por meio do Termo de Compromisso de Gestão Municipal, deve ser usado como instrumentos de gestão e acompanhamento da política de educação permanente, considerando as responsabilidades previstas para essa área.

6.1.2 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E A QUALIFICAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE

No GF ainda discutindo a **questão1**: *O conceito de Educação Permanente propõe que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social na saúde. O que você entende por esta proposta?*

No GF foi discutido o aspecto da Educação Permanente em Saúde enquanto processos de qualificação dos trabalhadores da saúde, tomando como referência as necessidades dos serviços e da gestão setorial. Sobre a questão, nas falas dos atores da DUVAS foram levantadas as seguintes opiniões:

“Às vezes o que é prioridade para um município, pode não ser para o outro. Inclusive no Curso de Qualificação de Educação Permanente para Atenção Básica, em andamento no Estado, desenvolvido em parceria com a Universidade Federal do Piauí (...) tem questões discutidas no curso, que não interessam ao serviço. Diante disso, entendo que esse é desafio para educação permanente” (Ator C)

“É importante ressaltar a participação do quadrilátero da formação (atenção, formação, gestão e controle social na saúde) na discussão da Educação Permanente em Saúde para os trabalhadores da saúde” (Ator B).

“A gestão estadual levanta as necessidades, elege as prioridades, e de alguma forma tenta buscar atendê-las, no tocante aos trabalhadores; mas deixa quem quanto às necessidades de qualificação para a gestão e para o controle social” (Ator D).

“Inclusive foi identificado pelo método do PES, aplicado ao conjunto de assessores de 40 municípios do Estado, que o principal problema do sistema está na gestão do SUS, envolvendo diversos aspectos, como: a falta de formação e capacitação sobre gestão; pouco comprometimento e inclusive aspectos culturais e éticos desfavoráveis com a gestão pública” (Ator E).

“Diante disso avaliamos positivamente e com certo otimismo a iniciativa da FIOCRUZ em capacitar os gestores do SUS, porque esse grupo mostra-se muito carente de capacitação” (Ator C).

Nas manifestações dos atores no GF sobre o desenvolvimento dos processos de capacitações para os trabalhadores da saúde, revelam que esses não têm sido satisfatórios aos anseios dos serviços. Reconhecem inclusive, como desafio o aprimoramento desses processos e a sua articulação à política de educação permanente em saúde.

Nas discussões são ilustrados exemplos de processos de capacitações que estão ocorrendo no Estado, com o objetivo de capacitar trabalhadores e gestores do SUS. Nesses exemplos revela-se a impressão de que para os participantes, ainda é muito forte a correlação de que as necessidades de capacitações sejam resolvidas com “cursos e similares”. No entanto esse tem sido o desafio da proposta da EPS.

A pesquisadora analisa que essa representação que os atores pesquisados têm sobre os processos de educação, ou seja, “educação permanente em saúde associada às ações formais, cursos, capacitações e outros” vem do conceito de educação, concordando com a análise de Davini ²¹(2009), na maioria dos casos, a capacitação consiste na transmissão de conhecimentos dentro da lógica do “modelo escolar”, com o intuito de atualizar novos enfoques, novas informações ou tecnologias na implantação de uma nova política. E também fundamentada, que na educação permanente “a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central.” (BRASIL¹⁶, 2004, p. 9).

A perspectiva diante da PNEPS, é que a “concepção formal da educação” seja substituída, pela a lógica desta nova proposta, que “consiste na valorização dos processos de trabalho” e a partir deles a identificação das necessidades de processos educativos ou outras ações. “Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. A proposta é de ruptura com a lógica da compra e pagamento de produtos e procedimentos educacionais orientados pela oferta desses serviços.” (BRASIL³⁶, 2009, p. 20).

6.1.3 O MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA SESAPI.

Nas discussões do grupo foram muito ressaltadas questões relacionadas a essa temática da necessidade de monitoramento e avaliação das ações de capacitação e educação permanente em saúde, como podem ser observadas nas falas dos atores abaixo:

“A leitura sobre a Educação Permanente em Saúde é empolgante, mas questionamos sobre o avanço nessa área da EPS na secretaria” (Ator B).

“O problema não é a insuficiência de capacitações, mas sim a falta ou o baixo impacto das mesmas: Estamos capacitando quem e pra quê? Estamos avaliando e acompanhando os processos de capacitações? Temos tomado decisões a partir desses processos”?(Ator E)

“Os processos de capacitações desenvolvidos pelos vários setores da Secretaria precisam ser avaliados, de forma sistemática, não de forma pontual” (Ator E).

“(...) fazem capacitações por fazer, mas sem se preocupar com os resultados. Diante disso para que serve essas capacitações? Quais são seus resultados? Apesar de tantas capacitações, nada muda, os processos de trabalho continuam os mesmos!” (Ator I).

“Continuam as discussões na SESAPI sobre o desenvolvimento dos processos de capacitação e qualificação, sem considerar os indicadores de saúde e os resultados e impactos esperados pela gestão” (Ator J).

“(...) a educação dos trabalhadores no processo de trabalho requer continuidade, pois não basta só qualificar, é necessário monitorar, avaliar e reorientar as práticas” (Ator N).

As falas dos atores no GF foram bastante repetitivas nesse aspecto, ressaltando-se assim a pertinência dessa análise do grupo. A constatação e o reconhecimento deles que os processos de capacitação e educação permanente na SESAPI são desenvolvidos sem monitoramento e avaliação, sugere-se mudanças nesse sentido.

De acordo com os preceitos da PNES faz parte das atribuições dos respectivos conselhos de saúde, dos CGR e das CIES **acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação em saúde implementadas na região** (Brasil³⁶, 2009).

Analisa-se não fazer parte do cotidiano da prática das equipes de saúde e nem da gestão dos serviços no SUS, o exercício do acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e dos processos de trabalhos. Essas constatações foram ratificadas pela Auto-avaliação das Funções Essenciais da Saúde Públicas desenvolvida pela gestão estadual do SUS, ocorrida em maio de 2009, sob a coordenação do CONASS. (O relatório final desta atividade ainda não foi oficialmente liberado).

Considera-se, portanto, o monitoramento, avaliação e acompanhamento das ações de capacitação e educação permanente em saúde um desafio a ser enfrentado pela área da educação.

6.1.4 A GESTÃO DO TRABALHO E A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Outro aspecto levantado no grupo se relaciona à **gestão do trabalho em saúde**. Essas referências dos atores ilustram as questões do vínculo e responsabilização dos

profissionais de saúde com o sistema, a baixa governabilidade da equipe no processo de trabalho e falta de apoio da gestão, especialmente na Estratégia Saúde da Família.

“Observa-se que os integrantes de nível superior das equipes, na sua grande maioria, não têm vínculo e nem responsabilização com o serviço, embora não assimilem isso! Mas não é só isso, os profissionais chegam ao ponto de declarar que não tem governabilidade sobre o processo de trabalho, eles são capacitados, mas não tem governabilidade para mudar as práticas porque não têm apoio da gestão (Ator C)”.

“Inclusive capacita-se hoje, amanhã já muda aquele profissional envolvido na capacitação. Muitas vezes ocorre um esvaziamento de toda equipe capacitada num dado município. Além da grande rotatividade dos profissionais de saúde, acho-os pouco interessados e comprometidos. Eles não se implicam com os processos de mudanças nos serviços. Não repassam os conhecimentos para suas equipes” (Ator G).

A pesquisadora analisa essas questões destacadas na discussão, como pertinentes nas práticas do sistema de saúde. Embora a forma de vínculo nos municípios do Estado já tenha melhorado muito pela realização de concursos públicos; persiste a cultura da falta de vínculo relacionado à responsabilização dos profissionais com o serviço público. Atribui-se essa questão, muitas vezes ao fato do profissional não ter afinidade com a própria saúde da família, à sobrecarga de trabalho por duplas ou triplas jornadas de trabalho e, sobretudo à flexibilidade da gestão municipal do processo de trabalho. Além da inexistência de planos de enfrentamentos para a problemática da elevada rotatividade dos profissionais nos serviços de saúde, sobretudo na ESF. Essas questões ainda produzem um bom debate.

Quanto à capacitação e educação permanente em saúde frente às questões estruturais da gestão do trabalho, a problemática é cíclica, requerendo ações estratégicas da área da educação sempre em parcerias com os municípios, ofertas de planos de atualizações técnicas frequentes para as equipes e processos de aprendizagens no trabalho. A equipe que sai não deveria levar o conhecimento sem multiplicá-lo no trabalho.

6.1.5 A ANÁLISE DA PARTICIPAÇÃO NOS PROCESSOS DE CAPACITAÇÃO DESENVOLVIDOS NA SESAPI.

Nas discussões o grupo levanta várias preocupações relacionadas ao planejamento, às mobilizações e ao repasse dos conhecimentos pelos participantes nos processos de capacitações, vejamos algumas falas:

“É importante que ao promover uma capacitação se defina claramente o público alvo. O que tem ocorrido nas capacitações é que se deixa aberto, todo mundo participa, ao final ficam as informações perdidas, porque é muito solto” (Ator F).

“As capacitações devem valorizar a participação dos conselheiros de saúde. Nota-se um grande esvaziamento de conselheiros nas capacitações de saúde; observa-se também pouca participação dos ACS nas capacitações das equipes de saúde da família.” (Ator G).

“Inclusive, como gerente fui abordada por mais de uma vez por representantes dos ACS, alegando a falta de capacitações para eles; e que há muitas capacitações para o pessoal de nível superior” (Ator I).

“É necessário se traçar o perfil dos profissionais que participarão de um processo de capacitação” (Ator I).

“Nas capacitações, entram e saem da sala, atendem celular, etc. Às vezes mostra-se como se estivesse obrigado estar naquele processo!” (Ator G).

“Quem participa dos processos de capacitação precisam ter a responsabilidade de repassar para as outras pessoas da equipe, pois essa representatividade perpassa o individual, ela é mais coletiva do que pessoal. Acho que o problema é o fato das pessoas que vão para as capacitações não terem a consciência exata de que elas não estão ali representando a si mesmas, mas sim o serviço ou a instituição” (Ator H).

“Nos processos de mobilização para as capacitações, temos percebido um excesso de formalização, sem valorizar o aspecto mais humano da comunicação. Isso nos remete analisar o distanciamento da gestão estadual, a falta de acolhimento e vínculo com nosso público alvo” (Ator H).

“Sobre a experiência de um projeto de capacitação de conselheiros, desenvolvidos nos territórios para o fortalecimento do controle social nos municípios, ressaltamos a dificuldade em mobilizar o público alvo. Avaliamos como grande desafio repensar saídas para mobilizar e envolver os municípios com os processos de capacitação nessa área” (Ator E).

Essas preocupações relatadas pelos atores denotam a não valorização de um planejamento estratégico dessas ações, resultando: na utilização de ineficientes estratégias de mobilização e inadequado perfil de participação do público alvo nas capacitações; em não multiplicação ou repasse dos conhecimentos para suas equipes de trabalho; na baixa oferta de capacitações para todos os trabalhadores das equipes de saúde e do controle social; em não valorização de metodologias apropriadas de ensino aprendizagem nos processos educativos desenvolvidos. Essas questões corroboram com outros resultados já

discutidos e referenciados, contribuindo para os baixos impactos avaliados desses processos educativos desenvolvidos na DUVAS.

Essas questões também são compatíveis com o desenvolvimento dos processos educativos pelas várias áreas técnicas da SESAPI, sem articulação interna com a proposta da educação permanente. Caracterizando assim a fragilidade da área da educação da SESAPI, no desempenho do seu papel de condutor pedagógico e articulador político do processo educativo para os trabalhadores do SUS. Nesse contexto, para a pesquisadora o desenvolvimento da função de planejamento, de forma estratégica e participativa contribuirá para mudança desse quadro.

Para Matus ²⁸(1996) é necessário mediação entre **conhecimento** e **ação**, sugere que entre a ação e o conhecimento da realidade requer o **planejamento**. E que também é necessário coerência global das ações, baseado na necessidade de uma ação central que busque a coerência global frente às ações parciais dos atores sociais, se é que queremos conduzir o sistema social à objetivos decididos democraticamente pelos os homens.

A PNEPS explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde. “Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a idéia de rede” (BRASIL³⁶, 2009, p. 20).

Essas considerações teóricas dialogam com Pedrosa ³⁰(1997), o estudo aponta para o conhecimento dos processos vivenciados pelos profissionais em suas práticas na SESAPI, em que reconhecem a si mesmos enquanto sujeitos, como aspectos fundamentais para uma análise propositiva do processo de institucionalização de uma política institucional. Enfim são os atores institucionais que promovem as mudanças nas práticas institucionais.

Na proposta da Educação Permanente em Saúde a perspectiva é trabalhar com elaboração de Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS). Com isso busca-se viabilizar o planejamento preventivo, e que nesse caso haja manifestação de indícios de problemas a serem trabalhados, evitando assim sua magnitude e conseqüências. Ou seja, a possibilidade é maior da SESAPI evitar equívocos no atendimento das demandas de educação permanente, pois se trata de um processo ascendente de planejamento.

6.1.6 A METODOLOGIA UTILIZADA NA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Foram também discutidas no GF questões relacionadas aos aspectos metodológicos aplicáveis à lógica da EPS. Algumas opiniões dos atores.

“Embora muitas vezes achemos que o método tradicional de educação seja melhor, por apresentar mais resultados do que a proposta atual da EPS” (Ator D).

“É importante também valorizar o uso de metodologias adequadas nos processos educativos na SESAPI...” (Ator N).

“Acho que metodologicamente falando, o tempo que a proposta da EPS exige é maior e de difícil administração. Essa é uma proposta muito trabalhosa!” (Ator D).

Nas discussões percebe-se que ainda há uma forte expectativa do grupo em querer uma “receita” para aplicar nas suas práticas pedagógicas, com vistas à proposta da educação permanente em saúde. No entanto não é possível oferecer essa alternativa, mas ressaltar os princípios e diretrizes dessa proposta metodológica. Entende-se a necessidade de buscar aprofundar essas discussões, oferecer mais subsídios nessa temática.

A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL³⁶, 2009, p. 20).

6.1.7 A NECESSIDADE DE INCORPORAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE AO COTIDIANO DAS ORGANIZAÇÕES E AO PROCESSO DE TRABALHO.

Das discussões no GF foram agrupadas neste tema, as falas da proposta de mudanças nas práticas da educação no processo de trabalho e gestão em saúde. Os atores da DUVAS mostram que não desconhecem a proposta da educação permanente, como expressam abaixo:

“Essa proposta da Educação Permanente em Saúde é interessante e trás resolutividade por ser construída na base, com a população. É positivo porque valoriza as vivências das pessoas” (Ator M).

“Não podemos perder de vista que a política de educação permanente é nova, e que a mudança é lenta, e não é uma coisa fácil. Historicamente na SESAPI tem como processo, buscado implementar mudanças nessas práticas. A partir da política posta, ela vai impondo as mudanças. Nós também precisamos inclusive mudar nossas compreensões e incorporar a importância e a riqueza dessa prática” (Ator D).

“É importante lembrar que a educação permanente não é uma ação visível, como uma construção de uma escola ou uma Unidade Básica de Saúde que fica ali presente...; na EPS o processo é lento e os resultados ocorrem em longo prazo” (Ator C).

“Mas é preciso entender que é um caminhar lento, porque é um processo cultural. Mudar o jeito como você vinha trabalhando para se apropriar de nova forma de fazer. Primeiro devemos mudar as concepções que agente trás e depois convencer o outro. É muito difícil” (Ator J).

“Numa reunião de trabalho promovida pelo nível central para discutir o processo de trabalho e inclusive sobre a proposta da educação permanente em saúde (...); a interpretação dos presentes foi que não se tratou de uma reunião técnica, haja vista que não houve alguém palestrando. Então, essa é a concepção da gestão! É preciso trabalhar o entendimento sobre a EPS a partir da própria gestão” (Ator L).

As falas dos atores são na sua maioria otimistas e apontam para validação da proposta da EPS, porém sem perdem de vistas os entraves e desafios a serem enfrentados na implementação da PEPS no âmbito do Estado. As contribuições e reflexões, trazidas pelo grupo revelam deles conhecimento sobre a proposta da EPS, embora ainda pouco aprofundada. E revelam uma perspectiva de corresponsabilização desses atores no processo de implementação da PEPS no âmbito do SUS.

Essas questões identificadas convergem para as discussões da oficina de PES, quando foram apontadas como causas do problema da baixa institucionalidade da política de educação permanente no Estado: a pouca discussão, divulgação e socialização da política na SESAPI; a falta de clareza sobre os objetivos e diretrizes da educação permanente em saúde; a baixa adesão dos técnicos da secretaria à proposta da educação permanente e inclusive a fragilidade no processo de recrutamento e seleção dos profissionais para gestão e viabilização da política no âmbito do SUS.

Reforça-se a partir das discussões que a PEPS é uma política transversal, pressupõe assim o envolvimento do conjunto de atores do SUS, dos vários segmentos da formação, da atenção, da

gestão e do controle social no enfrentamento dos desafios coletivos ora postos na implementação da política no Estado. Sabidamente esse é um processo em construção no Estado a partir de 2003. O planejamento e a implementação dessa política vão demandar tempo, enfrentamento das barreiras culturais e paciência histórica, para se ver os resultados desse processo.

A participação dos atores da SESAPI no processo conseqüentemente contribuiu para elevar a institucionalidade da EPS no Estado. Entende-se que não se trata da missão de uma área apenas, mas é uma política a ser adotada pelas várias áreas técnicas da secretaria, considerando-se que todas trabalham de alguma forma com ações de educação no processo de trabalho. A participação das instituições de ensino na área da saúde, especialmente a Escola Técnica do SUS tem papel relevante nesse processo.

Baseado nos preceitos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, considerando que a Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (BRASIL³⁵, 2009).

Nesse sentido esse ator trás um testemunho da sua experiência na coordenação de uma área técnica:

“Essa discussão tem causado inquietações em nossa área técnica e feito pensar como capacitar pessoas da rede básica, por exemplo. De forma que esses processos fossem práticos, operacional, objetivo, e que tivessem um bom impacto e resolutividade. Esse exercício, já na perspectiva da EPS, motivou a busca de parcerias com as outras áreas técnicas e, a adoção de outras metodologias, sempre almejando resultados. Esse exemplo mostrou que estamos no caminho certo. Inclusive logrando bons resultados” (Ator N).

No GF discutindo a **questão2**: *A aplicabilidade da lógica da Educação Permanente na Saúde busca do alcance dos princípios do SUS, como: descentralização, regionalização e participação social.*

6.1.8 A DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DO SUS E A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ESTADO

A discussão no GF, sobre a promoção da descentralização das ações do SUS no Estado, pressupõe da gestão estadual iniciativas, com vistas ao fortalecimento da regionalização e a participação social conforme revelam alguns dos atores:

“Além de uma grande discussão feita internamente sobre o fortalecimento da Atenção Básica. A proposta é que todas as áreas estratégicas e programáticas da DUVAS trabalhem com a referência da Atenção Básica, pois ela é a grande veiculadora desse modelo de atenção primária nos municípios” (Ator A).

“No planejamento no município, a Atenção Básica deve considerar alguns aspectos agregadores como: credos religiosos, gênero, agravos à saúde, grupos populacionais, étnicos e outros” (Ator O).

“Temos que planejar a partir dos CGR e dos Pactos. De posse do termo de compromisso de gestão, do pacto pela vida e do resultado do pacto de indicadores, temos todos os instrumentos para planejar junto com os municípios” (Ator A).

“A estratégia é definir técnicos de referência na SESAPI para facilitar a comunicação e as informações para aquele município, pois só assim a gestão estadual atua mais focada nas necessidades de saúde daquela população” (Ator D).

“Sobre o tripé de participação focado no controle social, a proposta é mais voltada para o empoderamento da comunidade, isso abre a possibilidade das ações serem orientadas com base nas necessidades da realidade onde ela vive” (Ator J).

“Sobre o aprimoramento do diálogo com os municípios está em andamento à experiência do Projeto de Assessoria Técnica da SESAPI aos Municípios. A idéia principal é exatamente facilitar o acompanhamento técnico aos mesmos nas suas funções de gestão. Inclusive foram oferecidos à equipe técnica, elementos metodológicos sobre o Planejamento Estratégico Situacional” (Ator E).

“Nessa perspectiva, alguns avanços têm-se percebidos como: a participação efetiva e descentralizada do próprio Ministério da Saúde nos Estados juntamente com os municípios, para discutir planejamento, formação dos trabalhadores e outras questões do funcionamento do SUS” (Ator A).

Nas falas são referenciados alguns exemplos operacionais da gestão, como: fortalecimento da atenção básica, participação do controle social, valorização dos Colegiados de Gestão Regional no planejamento e gestão em saúde, como também a experiência do projeto de assessoria técnica da SESAPI aos municípios.

A Política Nacional da Atenção Básica ⁴⁵(PNAB), conforme preceitos da Portaria nº648/GM de 28 de março de 2006, é considerada uma política estratégica para o SUS, porém muito desafiante na sua implementação, especialmente devido à estrutura política federativa do nosso país e conseqüentemente do próprio SUS. Isso atribui a cada ente federativo, ou seja, a cada município, certa autonomia na gestão das políticas de saúde, requerendo, portanto muita negociação entre os entes federados para implementação dessas políticas.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL ⁴⁵, 2006).

A partir dessa caracterização da Atenção Básica fica ressaltada a importância dessa política para consolidação da educação permanente no âmbito municipal. Para tanto o pacto de gestão/2006, traz as responsabilidades da gestão municipal na educação na saúde, dentre elas destacam-se:

1. Todo município deve formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde (...);
2. Todo município deve promover diretamente ou em cooperação com o Estado, com os municípios da sua região e com a União, processos conjuntos de educação permanente em saúde;
3. Todo município deve apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde (BRASIL ⁴⁵, 2006,p.29).

Com base nessas prerrogativas do Pacto de Gestão, analisa-se de fundamental importância à adesão dos municípios para implementação da PEPS no âmbito municipal. Considerando-se que a grande maioria dos municípios do nosso Estado possui uma média

de até 10.000 hab. E que pressupõe, portanto cooperação técnica do estado para viabilizar iniciativas na área da educação na saúde e outras.

Quanto ao exercício do planejamento por meio dos Colegiados de Gestão Regional. Essa prática ainda é considerada “insipiente”, haja vista que os CGR foram recém criados nos onze (11) territórios de desenvolvimento do Estado. Eles estão participando das discussões da PEPS, mas ainda não conseguiram elaborar seus respectivos Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), conforme previsto na política.

Conclui-se que fortalecer a atenção básica, aumentar a capacidade de planejamento e gestão dos CGR, aprimorar a cooperação técnica da gestão estadual aos municípios e estimular a participação popular, caracterizam-se condições essenciais para viabilização da PEPS no âmbito municipal. Ao contrário, a gestão estadual incorrerá em práticas ora criticadas, de promover ações dissociadas das necessidades locais.

6.2 RESULTADOS DAS ENTREVISTAS NA DUVAS

Participaram das entrevistas sete (07) atores da DUVAS, sendo a diretora, três (03) gerentes e três (03) coordenadores. As respostas foram organizadas por temas seguindo a mesma lógica do grupo focal.

Questão3: *A proposta da Educação Permanente na Saúde pode contribuir para promover a integralidade da atenção à saúde, considerando: acolhimento, vínculo entre usuários e equipes, responsabilização, resolutividade da atenção à saúde, etc.*

Os entrevistados apresentaram suas respostas a esta questão com dois enfoques, um conceitual e outro mais pragmático. Foram agrupadas em dois temas.

6.2.1 O CONCEITO DE INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE

Sobre o entendimento do conceito de integralidade, os atores responderam:

“Acho que esse modelo está esgotado, onde as necessidades de saúde estão centralizadas no indivíduo. Busca-se implementar uma política

mais integral, onde o sujeito seja considerado em suas diversas dimensões” (Ator J).

“Como o SUS é diversificado, a integralidade deve ser trabalhada no conjunto das ações, e requer a interdisciplinaridade dessas ações. Entendo a Integralidade no SUS e a Educação como a matriz integradora do cuidado. E a EPS deve manter a atualização permanente dos conhecimentos desses trabalhadores” (Ator B).

“Entendo a integralidade em três aspectos: primeiro relacionado aos níveis de atenção à saúde, integrando os diferentes níveis de complexidade; segundo, integrando a participação dos vários atores envolvidos no processo, constituindo o sistema de governança e terceiro aspecto, a participação do quadrilátero, que reforça e fundamenta a integralidade” (Ator A).

“Eu entendo o conceito de integralidade em duas vertentes: uma sobre os níveis de atenção à saúde, que busca romper a separação entre as ações preventivas e curativas; outra, a integralidade associada à totalidade do sujeito, considerando suas demandas biológicas, psicológicas, espirituais, econômicas e sociais” (Ator J).

“Eu entendo a integralidade, onde as ações se integram; não são fragmentadas. Integralidade como direito à saúde de forma integral” (Ator I).

Nesse sentido para os atores da DUVAS o entendimento sobre o conceito de integralidade está associado: à totalidade do sujeito, à integração das ações de saúde e educação, à valorização dos níveis de atenção à saúde, ao direito à saúde de forma integral, à participação dos sujeitos na política de saúde e, inclusive à integração das ações de saúde e à prática da interdisciplinaridade na formação. Esses sentidos são condizentes com os preceitos constitucionais do SUS:

“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III participação da comunidade” (BRASIL¹, 1988, art. 198).

Analisa-se que essas diretrizes do SUS devem indicar os processos e os modos de gestão, a organização do trabalho e das práticas cotidianas das equipes de saúde. A implementação dessas diretrizes poderão possibilitar diferentes fazeres e sentidos. Por exemplo, a integralidade refere-se tanto às pessoas como quanto ao sistema de saúde. Reconhecendo-se que cada qual constitui uma singularidade com capacidade/poder de

mudanças. A participação muda à atenção e a gestão; a gestão muda à atenção e a participação; a atenção muda à participação e a gestão (BRASIL⁴⁷, 2005).

Segundo Louzada, Bonaldi e Barros⁴⁸ (2007), o conceito de integralidade não tem um sentido estável, mas se modifica com os movimentos e as transformações dos processos no cotidiano das práticas de saúde. Essa concepção participativa que envolve os vários atores do SUS: usuários, trabalhadores, gestores, formadores e pesquisadores garantem o aspecto processual do conceito e permite que ele possa se apresentar como um princípio ou como uma postura ético-política, que venha guiar as práticas em saúde desses atores.

Ainda sobre o conceito de integralidade com base na lei 8080, de 19 de setembro de 1990², no cap.II, art. 7º, inc. II:

“integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.

As concepções manifestadas pelos atores da DUVAS estão vinculadas ao conceito original de integralidade. Pressupõe-se que o entendimento conceitual pelos atores seja um passo importante para implementar práticas de integralidade na saúde.

6.2.2 PROMOÇÃO DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE NA DUVAS

Na opinião dos entrevistados, o entendimento sobre promoção da integralidade da atenção à saúde está associada às ações práticas.

“Percebo dentro da PEPS a Comissão de Integração Ensino Serviço, funciona como ferramenta que promoverá a Integralidade” (Ator A).

“Para promover integralidade da atenção à saúde é preciso que as ações estejam integradas. E isso requer no âmbito da gestão da DUVAS que as equipes planejem conjuntamente suas atividades, discuta propostas, etc. A gerência deve ser o articulador desse processo. O que atualmente não ocorre” (Ator D).

“É importante lembrar que na formação acadêmica dos profissionais de saúde é trabalhada as demandas dos sujeitos de forma departamentalizadas, onde o sujeito não é considerado nas suas várias necessidades demandadas; são consideradas, sobretudo as necessidades biológicas. A proposta da integralidade é associar o conceito sobre os níveis de atenção à saúde com o da totalidade do sujeito, tornando-o um ser indivisível. A proposta da Educação

Permanente busca associar o saber da academia com o da vivência das pessoas nas suas realidades, embora esses saberes muitas vezes sejam conflitantes” (Ator J).

“A metodologia da Educação Permanente permite um diálogo de diferentes atores sobre um mesmo problema. Isso permite que cada um conheça a percepção dos outros. Permite também ao planejamento conjunto e conseqüentemente a responsabilização desses atores sobre a solução dos problemas e o fortalecimento da busca da integralidade. Essa metodologia contribui para o entendimento, o reconhecimento e apontamento de caminhos para a busca da integralidade” (Ator D).

“Há experiências em que se tem buscado integralizar as ações, digo, no sentido da intersetorialidade, com a educação, assistência social e outros. Acho que no âmbito da DUVAS, da SESAPI ou do próprio SUS a Integralidade da atenção à saúde ainda não ocorre” (Ator P)

Tradicionalmente é possível perceber dicotomias e hierarquização na organização da atenção, da gestão, da participação social e da formação nas práticas de saúde desenvolvidas por cada segmento. O atual desafio do SUS é o de promover alternativas e práticas que valorizem o *encontro* entre esses vários segmentos para buscar superar essas dicotomias. A partir do entendimento que cuidar da saúde de alguém não implica só em competências e habilidades técnicas científicas, mas em promover diálogos com interesses de natureza estética, emocional e moral. Esse é o foco da educação permanente. Nos debates da educação permanente discute-se também sobre o distanciamento constatado na relação entre trabalhadores e usuários do SUS. Com vistas à promoção da integralidade, faz-se necessário colocar os usuários como centro da gestão e da atenção à saúde (BRASIL⁶, 2005).

Nesse contexto Mattos “chama-nos atenção para o fato de que a reforma sanitária brasileira produziu um dos sentidos da integralidade que é o que está gravado na CF: a não aceitação de uma política voltada para a oferta de serviços assistenciais descompromissada com as conseqüências dessa oferta sobre o perfil epidemiológico da população, bem como a não aceitação do ordenamento de um sistema descontextualizado das necessidades e dos problemas de saúde das pessoas e da população” Entendendo que apenas com a assistência não seria possível reduzir a magnitude da maioria das doenças. Por isso a integralidade deve estar presente nas práticas de formação e de atenção, nos princípios da gestão e na organização dos serviços de saúde (BRASIL⁶, 2005, p. 98).

Segundo Louzada, Bonaldi e Barros⁴⁸ (2007), para que o SUS se constitua no sentido do que se propunha é importante que ele deixe de ser visto apenas como texto de lei. É a partir do cotidiano das experiências dos trabalhadores e dos usuários que devem ser atualizados os princípios do SUS. É nesse sentido que se busca trabalhar a integralidade na saúde, como ação integral, encontro entre os vários atores envolvidos no cotidiano das ações de saúde, capaz de produzir relações de acolhimento, respeito, dignidade e vínculo.

As autoras analisam ainda que os seres humanos criam normas de vida e os atores que atuam no SUS constroem os serviços de saúde a partir de um agir ético. Nesse sentido refere-se sobre integralidade como um referencial ético de trabalho, portanto há impossibilidade de quantificar as práticas de saúde integralizadas, mas de reconhecer condições para o seu exercício. “A integralidade pressupõe encontro entre fazeres e saberes efetivos de diferentes agentes”⁴⁸(p.39).

Os autores referenciados dialogam com os atores pesquisados, visto que há uma compreensão bem caracterizada sobre a necessidade da participação e do diálogo dos vários atores envolvidos nas práticas de saúde para que se promova integralidade da atenção à saúde no SUS. Considera-se que a partir desse entendimento de integralidade que têm os atores dessa diretoria, permitirá a orientação das suas práticas na gestão dos processos educativos na DUVAS.

Na questão 4: *Promoção da integração de todos os processos de capacitação e o desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS.*

6.2.3 IMPORTÂNCIA DA INTEGRAÇÃO DOS PROCESSOS DE CAPACITAÇÃO NA DUVAS.

Nesse tema foram agrupadas as respostas que se relacionam, positiva ou negativamente, mas que ilustram a necessidade da integração dos processos de educação no âmbito da SESAPI.

“Vejo que o processo de qualificação visa aprimorar conhecimentos e sensibilizar os diversos atores para o processo de trabalho. Mas às vezes vejo que nosso trabalho nesse sentido tem sido vão. As ações são pontuais, fragmentadas, não tendo respostas” (Ator P).

“Eu vejo que esse processo de qualificação de forma integrada ainda é um grande desafio na DUVAS, por falta de um planejamento integrado, um comando único. Temos vários exemplos nessa área que não deram certo, por serem pontuais, fragmentados e sem uma análise da situação de saúde ou demanda da população”(Ator A).

“Num passado próximo, as atividades educativas desenvolvidas na nossa área técnica eram realizadas numa lógica muito distante do que se propõe atualmente, na perspectiva da integração das ações. Concluímos que se percebem avanços no sentido de integração das ações, apenas no âmbito da coordenação” (Ator O).

“Sobre a integração das ações, essa é uma lacuna visível e histórica percebida no âmbito da gestão estadual, por isso esses processos se tornam fragmentados e com pouco retorno para os serviços de saúde” (Ator B).

“A proposta de integrar as ações através da Educação Permanente é positivo e pertinente, pois potencializa recursos públicos e desconstrói o individualismo dos processos educativos, até agora feitos de forma isolados, fragmentados, nas ilhas das áreas técnicas” (Ator J).

“Na prática, os setores são provocados pelos municípios solicitando capacitações. Será que essa competência é da área técnica ou da área da educação? Isso contribui para as capacitações serem pontuais. Em reuniões da DUVAS evidencia-se a necessidade de integração das ações, pois muitas vezes os vários setores fazem ações fragmentadas, inclusive nos diferentes aspectos do processo de trabalho, não só no que tange às ações educativas” (Ator I).

“Concebo que a integração das capacitações otimiza tempo, recursos financeiros e humanos, além de possibilitar a concepção e o exercício da integralidade. Analiso como desafiante a operacionalização da integração dos processos de capacitação nas áreas técnicas. Como trabalhar as especificidades?” (Ator D).

Nos resultados apresentados ficou bem caracterizado sobre a fragmentação dos processos de capacitação desenvolvidos no âmbito da SESAPI. Inclusive os atores ratificam exemplos de ações nesse sentido que não deram certo por falta de integração. Analisa-se que a ausência de um planejamento integrado também favorece ao fracasso desse trabalho da educação.

Foi partir dessas concepções manifestadas que os atores da DUVAS discutiram na oficina de PES os problemas e as possíveis ações para superação desses problemas, com vistas a integrar os processos e elevar a institucionalidade da educação permanente na SESAPI.

Para Artmann e Uribe⁴⁹,(1999) o planejamento é entendido como ferramenta organizacional, fazendo parte de um processo mais amplo de desenvolvimento das organizações, que valoriza a condução da ação. Destaco o Planejamento Estratégico em Saúde (PES) como a tentativa de reconhecimento da complexidade ao introduzir as idéias da superioridade do político sobre o econômico e da diversidade de atores sujeitos do mesmo ato de planejar. Talvez o grande mérito do planejamento estratégico tenha sido o de trazer à tona a iminência do diálogo, possibilitando uma problematização coletiva capaz de articular sujeitos sociais, com vistas à governabilidade de situações. O Planejamento Comunicativo é assumido como meio de construção de organizações dialógicas. Um aspecto fundamental deste enfoque é a busca da integração, entendido como desafio gerencial permanente.

6.2.4 A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIA INTEGRADORA DOS PROCESSOS DE CAPACITAÇÃO NA SAÚDE.

Aqui foram agrupadas as respostas, na sua maioria positivas, sobre a perspectiva da educação permanente em saúde, como articuladora dessas ações no âmbito do SUS.

“A perspectiva é trabalhar um planejamento por territórios, juntamente com os CGR, com a participação das várias áreas técnicas da DUVAS e de outras diretorias e da área da EPS. Nota-se que atualmente quem define as prioridades da educação na saúde é a gestão estadual das áreas técnicas sem um diálogo direto com os municípios. Precisamos reverter esse processo” (Ator A).

“Vislumbra-se criar equipes de vigilância e de supervisão em nível de territórios; promover o fortalecimento do controle social, instituindo fóruns de movimentos sociais e estratégias de prevenção junto à comunidade; e por fim, trabalhar instrumentos de supervisão integrada com o objetivo de não realizar mais ações isoladas” (Ator O).

“A EPS representa como um elo integrador nos processos de trabalho. É muito bem vindo e oportuno, para que possa agregar todas as demandas de capacitações e instituir a política estadual de EPS, baseada nas demandas dos serviços e, conseqüentemente trazer retorno para as necessidades de saúde da população” (Ator B).

“A estratégia da EP é trazer para a mesma pauta os processos educativos isolados e agrupar aqueles afins; trazer os sujeitos para as discussões coletivas e contribuir para compreensão de um novo olhar e traçar agendas comuns de trabalho. Essa proposta busca construir outra forma de andar, sem desconsiderar as contribuições dos sujeitos que já vinham fazendo os processos educativos até agora. A proposta

da EP contribui inclusive para o aprofundamento da democracia nas relações e nos processos” (Ator J).

“Acho que a própria área da EP teria que conhecer tudo o que está proposto nos planos de trabalho de cada área técnica para ajudar a promover a integração. Outra ferramenta importante é o planejamento como uma ação prévia. É necessário criar espaços de avaliação e acompanhamento do planejamento para promover ajustes e integrar as ações. Portanto a EPS contribuirá com as áreas técnicas nesse processo, selecionando no processo de trabalho aquelas que requerem ação educativa. E inclusive buscar o apoio e fortalecimento das parcerias com as Instituições de Ensino, públicas e privadas”(Ator I).

“A responsabilização da gestão estadual requer um efeito dominó, para que alcancemos os atores nos municípios. A gestão deve oferecer condições para que os técnicos possam desenvolver a lógica da EPS em todas as esferas de gestão e em todos os setores da secretaria. A EPS além de conter um aspecto pedagógico forte, requer também um aspecto técnico. É preciso ter conhecimentos amplos sobre saúde para contribuir na disseminação da proposta” (Ator D).

Nesse sentido os resultados apresentados pelos atores da DUVAS ratificam sobre a baixa integração dos processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente em saúde e apontam sugestões. Eles incorporam idéias condizentes com a proposta da PEPS como: trabalhar com os CGR e valorizar o planejamento a partir dos territórios; articular as áreas técnicas nos processos de planejamento das ações educativas; valorizar a participação do controle social e por fim construir de forma participativa a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde.

Baseado nos preceitos da PNEPS o Colegiado de Gestão Regional deverá coordenar a estruturação/reestruturação das Comissões de Integração Ensino Serviço, juntos elaborarão o Plano de Ação Regional para Educação Permanente em Saúde, o qual servirá de norteador para as atividades da CIES na construção e implementação de ações e intervenções na área da educação na saúde em respostas às necessidades dos serviços e aos indicadores de saúde da região (BRASIL³⁶, 2009).

Os desafios aqui apontados para estruturação de uma Política de Estado estão, sobretudo, pautados no planejamento e na gestão.

Como analisa Uribe¹⁸(2006), o planejamento comunicativo que corresponde a uma interpretação do planejamento estratégico matusiano, com a possibilidade de uma problematização coletiva, capaz de articular sujeitos sociais, com a possibilidade de

incorporação de um raciocínio sobre a governabilidade de situações de compartilhamento e dispersão de poder que enfatiza a negociação política. O planejamento comunicativo assume como meio de construção de organizações dialógicas. Um aspecto fundamental desse enfoque é a busca da integração, da possibilidade de um projeto solidário, entendido com desafio gerencial permanente.

Acrescenta Uribe¹⁸, vale ressaltar que a perspectiva comunicativa não se reduz à escolha de métodos, mas envolve o processo gerencial como um todo, a partir de uma racionalidade ampliada, considerando o mundo da vida dos atores envolvidos em uma postura dialógica que motive a construção de projetos que possam ser assumidos coletivamente como compromissos.

Enfim, para a pesquisadora, esse foi verdadeiramente o sentido desse estudo, buscar compromissos coletivos dos atores envolvidos nos processos, que serão transformados em projetos e planos de ação para educação permanente em saúde no estado. A aplicação das estratégias metodológicas coletivas, através de grupo de discussão e oficina de trabalho, propiciou aos atores um diálogo e um encontro entre seus saberes e as suas práticas em saúde.

6.3 Resultados da Oficina de Planejamento Estratégico Situacional na DUVAS

Quadro 1: Planilha de Problemas

INDICADOR PROBLEMA: Educação Permanente em Saúde da Força de Trabalho do SUS no Estado do Piauí.		
Produto do debate livre sobre o Padrão do indicador	Problema Central	Causas

<p>Parcial incorporação da política de educação permanente pelos atores participantes do SUS no Estado;</p> <p>Pouca discussão e divulgação da política de educação permanente no âmbito do SUS, especialmente na sede da secretaria;</p> <p>Falta de clareza dos atores envolvidos, sobre as diretrizes e os objetivos da educação permanente;</p> <p>Insipiente socialização em relação à educação permanente no nível central;</p> <p>Não instrumentalização dos técnicos da SESAPI em relação à metodologia a ser utilizada nas capacitações na lógica da educação permanente;</p> <p>Pouca adesão e envolvimento dos técnicos da SESAPI nas atividades de educação permanente;</p> <p>Inexistência de instrumentos de monitoramento e avaliação para os processos de educação permanente;</p> <p>Inadequada forma de seleção e recrutamento interno de trabalhadores (seleção pública); perfis inapropriados para o exercício da gestão e gerencia da política de educação permanente.</p>	<p>Baixa institucionalidade da gestão da educação permanente em saúde no âmbito do SUS no Estado.</p>	<p>Pouco conhecimento por parte dos gestores e dos técnicos, em relação à educação permanente;</p> <p>Inexistência de uma Política Estadual de Educação Permanente SUS no Estado</p> <p>Ausência de Plano Estadual estruturado para melhoria da educação permanente e qualidade da força de trabalho em saúde em todo o estado:</p> <p>Dificuldade de integrar as diversas áreas com a política de educação permanente;</p> <p>Pouco incentivo, valorização, apoio político e visibilidade, pelos gestores em relação à execução de ações pertinentes à educação permanente.</p> <p>Inexistência de instrumentos de monitoramento e avaliação para os processos de educação permanente;</p>
---	--	---

No **Quadro1:** Planilha de Problemas (acima) apresenta o produto das discussões feitas pelo grupo da DUVAS na Oficina de PES, em torno do Indicador Problema - *Educação Permanente em Saúde da Força de Trabalho do SUS no Estado do Piauí*. Esse indicador foi considerado problema por ter sido avaliado com nota inferior à referência prevista pela FESP/SUS. As discussões com base nos padrões desse indicador evidenciam problemas na área da educação, conforme listados na planilha. A partir deles, o grupo elegeu como problema central: *A Baixa Institucionalidade da Gestão da Educação Permanente em Saúde no âmbito do SUS no Estado*. Este problema está relacionado com as causas enumeradas no quadro1.

Quadro 2: Matriz de Objetivos para o Fortalecimento

Objetivo: Estruturar a Política Estadual de Educação Permanente para SUS no Estado

Problema Central: **Baixa institucionalidade da gestão da educação permanente no âmbito do SUS no Estado.**

AÇÃO 1	ATIVIDADES	RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE	ORGÃOS ENVOLVIDOS	
			INTERNOS	EXTERNOS
<p>Contribuir para elevar a capacidade técnica e gerencial da gestão estadual para a condução da política de educação permanente em saúde no SUS.</p>	<p>1-Promover reuniões internas com as equipes de direção da SESAPI para construção de consensos quanto ao papel gestor estadual do SUS com base na política de educação permanente;</p> <p>2-Realizar Oficinas internas e regionais (rodas de conversa) para discussão conceitual e tendências sobre a educação permanente;</p> <p>3-Promover discussões sobre as responsabilidades da educação na saúde constantes dos Termos de Compromisso de Gestão Estadual e Municipal;</p>	<p>Diretoria de Unidade de Gestão de Pessoas</p> <p>Gerência de Desenvolvimento e Qualificação</p> <p>Coordenação de Educação Permanente</p> <p>Coordenação da ETSUS</p> <p>Diretoria de Unidade de Planejamento</p>	<p>Diretorias, Gerências e Coordenações da SESAPI</p> <p>Gerências Regionais de Saúde</p>	<p>Comissão Intergestores Bipartite (CIB)</p> <p>Conselho Estadual de Saúde (CES)</p> <p>Conselhos Municipais de Saúde (CMS)</p> <p>Instituições de Ensino Superior (IES) públicas e privadas</p> <p>Escolas Técnicas de Saúde</p>

No **Quadro2**: Matriz de Objetivos para o Fortalecimento, são apresentadas ações e atividades para solução dos problemas identificados pelo grupo na Oficina de PES. Como também relacionado os atores institucionais responsáveis pelas atividades e os órgãos envolvidos interna e externamente.

Neste quadro2 (acima) é detalhada a AÇÃO1: *Contribuir para elevar a capacidade técnica e gerencial da gestão estadual para a condução da política de educação permanente em saúde no SUS*. Entende-se que essa ação é preferencialmente de responsabilidade do conjunto da DUGP, como também da DUP, destinada para todo grupo da gestão do SUS. Prevê ainda o envolvimento de muitos atores da SESAPI e parceiros externos, como pode ser observado no mesmo quadro.

Continuação Quadro 2: Matriz de Objetivos para o Fortalecimento

AÇÃO 2	ATIVIDADES	RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE	ORGÃOS ENVOLVIDOS	
			INTERNOS	EXTERNOS

AÇÃO 2	ATIVIDADES	RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE	ORGÃOS ENVOLVIDOS	
			INTERNOS	EXTERNOS
Definição das Diretrizes da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde para o SUS	1-Constituir Grupo Técnico para conduzir a articulação inter e intra-setorial para elaboração das diretrizes estaduais da política de educação permanente;	Diretoria de Unidade de Gestão de Pessoas	DUVAS DUP	CES CIB
	2-Submeter as Diretrizes da política de educação permanente em saúde à consulta pública através do site da SESAPI num prazo de 120;	Gerência de Desenvolvimento e Qualificação	DIVISA DUOH	COSEMS CMS
	3-Realizar encontros temáticos com as áreas técnicas da SESAPI e instituições envolvidas para avaliar as sugestões da consulta pública e definir as diretrizes da política no Estado;	Coordenação de Educação Permanente	DUCARA Unidades Assistenciais de Saúde	Instituições de ensino
	4-Realizar Seminário Estadual para divulgação das diretrizes da política com a participação das instituições envolvidas;	Coordenação da ETSUS.		

Neste **Quadro2** (acima) continuação da Matriz de Objetivos para o Fortalecimento, é detalhada a AÇÃO 2: ***Definição das Diretrizes da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde para o SUS.*** O grupo entendeu que a *Inexistência de uma Política Estadual* tem contribuído para *Baixa Institucionalidade da Educação Permanente no Estado*. Prevê a condução do processo de definição das diretrizes da política, como de responsabilidade da própria área de desenvolvimento e qualificação e educação na saúde da SESAPI, inclusive com a missão de promover ampla participação dos outros atores internos e externos do SUS.

Continuação Quadro 2: Matriz de Objetivos para o Fortalecimento

AÇÃO 3	ATIVIDADES	RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE	ORGÃOS ENVOLVIDOS	
			INTERNOS	EXTERNOS
Estruturação do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde para o SUS	<p>1-Instituir nos territórios as Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES) com a participação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) e validação da CIB;</p> <p>2-Realizar oficinas nos territórios com a participação das CIES, CGR, CMS e Serviços de Atenção Básica e da Assistência Hospitalar, com vistas à identificação das necessidades de saúde da população, para nortear as metas prioritárias do plano estadual;</p> <p>3-Pactuar na CIB e aprovar no CES os Planos Territoriais e Estadual de Educação Permanente em Saúde.</p>	<p>Diretoria de Unidade de Gestão de Pessoas</p> <p>Gerência de Desenvolvimento e Qualificação</p> <p>Coordenação de Educação Permanente</p> <p>Coordenação da ETSUS.</p>	<p>Gerências Regionais de Saúde</p> <p>DUVAS</p> <p>DUP</p> <p>DIVISA</p> <p>DUOH.</p> <p>DUCARA</p> <p>Estabelecimentos Assistenciais de Saúde</p>	<p>CES</p> <p>CIB</p> <p>CMS</p> <p>Instituições de ensino</p>

Neste **Quadro2** (acima) continuação da Matriz de Objetivos para o Fortalecimento é detalhada a AÇÃO3 - *Estruturação do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde para o SUS*. O grupo entendeu que depois de instituída a Política Estadual de EPS, procede-se a estruturação do Plano Estadual. Esse processo deve considerar os princípios do SUS, especialmente a regionalização e a participação social, no reconhecimento das necessidades da saúde da população. Portanto foi incorporada a proposta da Portaria nº1996/2007, para elaboração dos Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS).

Aponta como principal responsável por esta ação, a própria Coordenação de Educação Permanente, com o envolvimento da equipe da GDQ/DUGP.

Continuação Quadro 2: Matriz de Objetivos para o Fortalecimento

AÇÃO 4	ATIVIDADES	RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE	ORGÃOS ENVOLVIDOS	
			INTERNOS	EXTERNOS
Divulgar a Política e o Plano Estadual de Educação Permanente para o SUS	1-Realizar Eventos Regionais e setoriais com a participação dos atores envolvidos para divulgação e desenvolvimento da política;	Diretoria de Unidade de Gestão de Pessoas	Gerências Regionais de Saúde	CES CIB CMS
	2-Veicular nos meios de comunicação a Política de Educação Permanente;	Gerência de Desenvolvimento e Qualificação	DUVAS DUP	COSEMS Instituições de ensino
	3-Inserir um link no portal da SESAPI e instituições formadoras sobre Educação Permanente (UFPI, UESPI, CEFET);	Coordenação de Educação Permanente	DIVISA DUOH.	
	4-Elaborar panfletos e folders explicativo sobre Educação permanente.	Coordenação da ETSUS Assessoria de Comunicação	DUCARA Estabelecimentos Assistenciais de Saúde	

Neste **Quadro2** (acima) continuação da Matriz de Objetivos para o Fortalecimento é detalhada a AÇÃO4: ***Divulgar a Política e o Plano Estadual de Educação Permanente para o SUS***. O grupo discutiu sobre a relevância desta ação, considerando-se a pouca notoriedade das ações da educação na saúde. Portanto uma agenda de informação e comunicação sobre a educação permanente em saúde faz-se necessária. Esperam-se alcançar os vários atores interessados e envolvidos com o SUS, especialmente os que estão no ensino e nos serviços de saúde, assim como os movimentos sociais da saúde.

Destaca-se a participação da Assessoria de Comunicação como ator institucional estratégico para viabilidade desta ação.

Continuação Quadro 2: Matriz de Objetivos para o Fortalecimento

AÇÃO 5	ATIVIDADES	RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE	ORGÃOS ENVOLVIDOS	
			INTERNOS	EXTERNOS
Implementação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde	1-Identificar, articular e qualificar as demandas central, setoriais e regionais de capacitação e educação na Saúde para o SUS;	Diretoria de Unidade de Gestão de Pessoas	DUVAS DUP	CES CIB
	2-Desenvolver o processo de educação permanente para o controle social, valorizando a participação da diversidade social existente;	Gerência de Desenvolvimento e Qualificação	DIVISA DUOH	COSEMS CMS
	3-Capacitar facilitadores para Política de Educação Permanente em Saúde visando o fortalecimento, dinamicidade e descentralização da Política;	Coordenação de Educação Permanente	DUCARA Unidades Assistenciais de Saúde	Instituições de ensino
	4-Instituir Núcleos de Educação Permanente em Saúde nos Serviços de referências, com vistas a permitir mais capilaridade da política.	Coordenação da ETSUS.		

Neste **Quadro2** (acima) continuação da Matriz de Objetivos para o Fortalecimento, detalha a **AÇÃO 5- *Implementação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde.***

Entende-se que embora o grupo tenha destacado quatro atividades consideradas relevantes, há possibilidades de ampliação dessa proposta, sobretudo por se tratar de uma macro ação, que dependerá da capacidade política da área da educação para construção e implementação das atividades pertinentes à PEPS.

Continuação Quadro 2: Matriz de Objetivos para o Fortalecimento

AÇÕES 6 e 7	ATIVIDADES	RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE	ORGÃOS ENVOLVIDOS	
			INTERNOS	EXTERNOS
Elaboração do Plano Operativo Anual de Educação Permanente e em Saúde	Definir cronograma físico e financeiro para operacionalização das ações de educação permanente	Gerência de Desenvolvimento e Qualificação Coordenação de Educação Permanente Coordenação da ETSUS	DUGP DUP Fundo Estadual de Saúde	CES CIB COSEMS CMS Instituições de ensino
Implantação de um Sistema de Informação para o monitoramento e avaliação da Educação Permanente e em Saúde no Estado	Elaborar instrumentos para monitorar e avaliar as ações de educação permanente desenvolvidas no âmbito do SUS	Gerência de Desenvolvimento e Qualificação Coordenação de Educação Permanente/ Coordenação da ETSUS Coordenação de Tecnologia em Informática	Superintendência de Administração da Gestão	Secretaria Estadual de administração Ministério da Saúde CONASS

Neste **Quadro2** (acima) continuação da Matriz de Objetivos para o Fortalecimento, detalha as ações 6 e 7.

AÇÃO 6: *Elaboração do Plano Operativo Anual de Educação Permanente em Saúde*, com uma respectiva atividade: *Definir cronograma físico e financeiro para operacionalização das ações de educação permanente*. Considera-se este instrumento gerencial imprescindível na gestão de uma política.

AÇÃO 7: *Implantação de um Sistema de Informação para o monitoramento e avaliação da Educação Permanente em Saúde no Estado*. Com essa iniciativa pretende-se possibilitar o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações de educação permanente em saúde de forma mais hábil e sistemática.

Certamente trate-se de uma ação ousada, para tanto área recorrerá aos apoios institucionais externos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo faz uma abordagem qualitativa por meio da utilização do Grupo Focal e da oficina de PES envolvendo atores da gestão da DUVAS. Foram levantados dados sobre a análise da gestão dos processos de capacitação e educação permanente em saúde, desenvolvidos no âmbito da SESAPI. As estratégias metodológicas aplicadas foram consideradas bastante participativas e acertadas para o alcance dos objetivos propostos.

No GF os atores discutiram sobre o entendimento do conceito de educação permanente em saúde. A discussão foi vinculada às práticas educativas desempenhadas pelos gestores nas áreas técnicas da DUVAS/SEAPI. Os resultados do GF: 1) a EPS e as necessidades de saúde da população; 2) a EPS e a qualificação dos trabalhadores da saúde; 3) o monitoramento e avaliação das ações de capacitação e EPS na SESAPI; 4) a Gestão do Trabalho e a EPS; 5) analisando a participação nos processos de capacitação desenvolvidos na SESAPI; 6) a metodologia utilizada na EPS; 7) a necessidade de incorporação da EPS ao cotidiano das organizações e ao processo de trabalho; a descentralização das ações do SUS e a EPS no Estado.

Entendem, portanto conforme os preceitos da PNES que é fundamental a participação dos vários segmentos do SUS, destacando a importância do controle social, nas estratégias sugeridas pela política, como as Comissões da Integração Ensino Serviço, os Colegiados de Gestão Regional e trabalhar na perspectiva da elaboração de Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde. Reconhecem ainda que se constitua num desafio o aprimoramento desses processos de educação permanente no âmbito do Estado.

Os gestores também externam preocupações com o papel da gestão estadual do SUS. Na prática não valorizam as demandas dos municípios nos processos de planejamento. Analisam também as dificuldades da gestão, no acompanhamento dos sistemas de informações em saúde, os quais são importantes na análise de saúde desses municípios.

Ao analisar o atual desenvolvimento e a participação nos processos educativos, os atores relatam preocupações que denotam a não valorização de um planejamento estratégico dessas ações, resultando: na utilização de ineficientes estratégias de mobilização e inadequado perfil de participação do público alvo nas capacitações; em não multiplicação ou repasse dos conhecimentos para suas equipes de trabalho; na baixa oferta

de capacitações para todos os trabalhadores das equipes e controle social; inclusive não valorização de metodologias apropriadas de ensino aprendizagem nesses processos. Além da inexistência de planos de enfrentamentos para a problemática da elevada rotatividade dos profissionais nos serviços de saúde, sobretudo das equipes de saúde da família.

Os resultados mostram a fragmentação das ações de capacitação, problema discutido no grupo focal e processado na oficina de PES. Analisa-se que os processos educativos desenvolvidos pelas várias áreas técnicas da SESAPI não se articulam com a proposta da política de educação permanente, especialmente na sede da secretaria.

Destacam também a necessidade de criar indicadores de processo e resultados que permitam acompanhar, monitorar e avaliar a implementação da política de educação permanente em saúde no âmbito do SUS no Estado, conforme é sugerida como ação na matriz objetivo do PES.

Analisa-se que a arte de aprender e ensinar, na lógica da educação permanente é um processo lento que requer construção, participação, diálogo e negociação permanente. O planejamento e a implementação dessa política vão demandar tempo, enfrentamento das barreiras culturais e paciência histórica para se ver os resultados desse processo.

Sobre a aplicabilidade da proposta da educação permanente com vistas à implementação dos princípios organizativos do SUS no Estado, alguns exemplos são ilustrados, como: o fortalecimento da atenção básica, a valorização dos colegiados de gestão regional no planejamento e gestão em saúde, como também a experiência do projeto de assessoria técnica da SESAPI aos municípios, mas considera-se ainda muito insipiente tais iniciativas frente aos anseios dos usuários e as metas previstas para gestão estadual do SUS.

Os resultados das entrevistas aplicadas aos atores da DUVAS permitiram captar deles idéias sobre: 1) o Conceito de Integralidade da Atenção à Saúde; 2) a Promoção da Integralidade da Atenção à Saúde na DUVAS; 3) a Importância da Integração dos Processos de Capacitação na DUVAS; 4) a Educação Permanente como Estratégia Integradora dos Processos de Capacitação na Saúde. Essas idéias foram analisadas e consideradas compatíveis com os postulados teóricos e propostos pela política de educação permanente em saúde.

Na oficina de PES foram identificados os principais problemas enfrentados pela gestão estadual do SUS, vinculados à prática da educação na saúde, sob o olhar dos atores da DUVAS. Processado como problema central a **Baixa institucionalidade da gestão da educação permanente no âmbito do SUS no Estado.**

Analisa-se que o problema central está associado às seguintes causas: pouco conhecimento por parte dos gestores e dos técnicos, em relação à educação permanente; ausência de Plano Estadual estruturado para melhoria da educação permanente e qualidade da força de trabalho em saúde em todo o estado; dificuldade de integrar as diversas áreas com política de educação permanente; além de pouco incentivo, valorização, apoio político e visibilidade, pelos gestores em relação à execução de ações pertinentes à educação permanente.

Constatou-se ainda que o produto desta oficina de PES realizada com a DUVAS foi semelhante ao produto do exercício do PES no Mestrado, em termos de simulação na Gerência de Desenvolvimento e Qualificação da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí.

Com base nas análises do grupo, foi estruturada a Matriz de Objetivos para o Fortalecimento, **Objetivo:** Estruturar a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde para o Sus no Estado. Formuladas sete ações e várias atividades, com vistas à superação dessas causas identificadas, conforme mostradas no quadro 2.

Para a pesquisadora ficou caracterizado no grupo focal que a Educação Permanente em Saúde está associada aos processos educativos formais, como cursos, oficinas e outros. Esse entendimento reforça a necessidade de discussões para aprofundamento do conceito de EP na SESAPI. O mesmo entendimento foi destacado na oficina de PES, os atores analisam a necessidade de maiores esclarecimentos sobre as diretrizes e os objetivos da proposta da educação permanente, para que busque o maior envolvimento dos técnicos da secretaria nesse processo de discussão, socialização e implementação da política no Estado.

Diante dos resultados apresentados ficou também caracterizada a fragilidade da área da educação da SESAPI, no desempenho do seu papel de condutor pedagógico e articulador político do processo educativo para os trabalhadores do SUS. Nesse contexto, a pesquisadora entende que o desenvolvimento da função de planejamento, de forma

estratégica e participativa contribuirá para mudança desse quadro da educação na saúde no âmbito do Estado.

Conforme preceitos da PNES o PES permite analisar a relação entre os problemas e as necessidades de educação permanente em saúde como: a) identificar as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde; definir e justificar a priorização de um, ou um conjunto de problemas, em relação aos demais, na busca de soluções originais e criativas guardando as especificidades regionais; b) descrever ações a curto, médio e longo prazo, para o enfrentamento das necessidades identificadas; c) formular propostas indicando metodologias de execução e correlacioná-las entre si.

Para a pesquisadora, as discussões ratificam que a política de educação permanente em saúde é transversal, pressupõe assim o envolvimento do conjunto de atores do SUS, dos vários segmentos da formação, da atenção, da gestão e do controle social no enfrentamento dos desafios coletivos ora postos na implementação dessa política no Estado.

Entende-se que a participação dos atores da DUVAS nesse processo contribuirá para elevar a institucionalidade da educação permanente em saúde. Pois não se trata da missão de apenas uma área, mas de uma política a ser adotada pelas várias áreas técnicas da secretaria, considerando-se que todas trabalham de alguma forma com ações de educação no processo de trabalho. E que para construir uma política de forma participativa, pressupõe da equipe vontade, determinação política e perseverança. Buscar que o resultado dessa construção seja compatível com os anseios dos vários segmentos do SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, sessão II da Saúde. Brasília, DF: Senado, 1988.
2. BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.
3. ----- Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Dialogando sobre Pacto pela Saúde. Brasília, 2007.
4. ----- Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, 2006.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Gestão do Trabalho na Saúde. In: Coleção Progestores- Para entender a Gestão do SUS, vol. 5. Brasília : CONASS, 2007.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Documentos preparatórios para 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: trabalhadores da saúde e saúde de todos os brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Conselho Nacional. 2 ed. Brasília, 2005.
7. SAYD, J.D.; JUNIOR, L.V.; VELANDIA, I.C. Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992). In: Instituto de Medicina Social/ UERJ. Revista de Saúde Coletiva, Vol. 8, n.2, Rio de Janeiro, EDUFRRJ, 1998.
8. NOGUEIRA, R.P.; Problemas de Gestão e Regulação do Trabalho no SUS. Artigo do projeto de pesquisa Conjuntura do Emprego em Saúde na primeira metade da década de 2000 (Plano Diretor 2006 do ObservaRH/NESP). Disponível em: <http://www.observarh.org.br/nesp>. Acesso em
9. GIRARDI, S.N. Aspectos do(s) mercado(s) de trabalho em saúde no Brasil: estrutura, dinâmica, conexões. Organização Pan-Americana de Saúde. [artigo na internet]. Acessado em 05/01/2010 Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/texto_apoio/pub04UIT6.pdf
10. MACHADO, M.H.; MOYSÉS, N.M.N.; OLIVEIRA, E.D.S (org.). Trabalhadores de Saúde em Números, volume 2. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2006.

11. ----- Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Indicadores de Gestão do Trabalho em Saúde. Brasília, 2007.
12. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Estruturação da área de recursos humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal. Brasília:CONASS, 2004.
13. PIERANTONI,C.R.;VARELLA,T.C.;FRANÇA,T.Recursos Humanos e Gestão do Trabalho em Saúde: Teoria para a prática. In: BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Cadernos de RH Saúde, Vol. 3, n. 1, Brasília, 2006.
14. MACHADO, M.H. Trabalhadores de Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Cadernos de RH Saúde, Vol. 3, n. 1, Brasília, 2006.
15. FERREIRA, J.R. Recursos Humanos em Saúde no Mercosul. In PIERANTONI org. et. al. Trabalho e Educação em Saúde no Mercosul. Brasília, DF; Ministério da Saúde; Rio de Janeiro;Europa, 2008.
16. ----- Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde: Pólos de Educação Permanente em Saúde. Brasília,2004.
17. ----- Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS) / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 3. ed. rev. atual. – Brasília, 2005.
- 18.URIBE,F.J.R.Análise Estratégica e Gestão pela Escuta. Rio de Janeiro: Ed.FIOCRUZ,2006.
- 19.OLIVEIRA, S.P.; GARCIA, A.C.P. Variáveis e indicadores para análise de recursos humanos em saúde no Brasil.– Rio de Janeiro : ENSP/FIOCRUZ, 2006.
- 20.BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Instrumento para Auto-Avaliação das Funções Essenciais da Saúde Pública/ SUS na Gestão Estadual. – Brasília : CONASS, 2008, set.
- 21.DAVINI,M.C.Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde.In:Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.Série Pactos Pela Saúde 2006,Vol.9;39-58
- 22.CECCIM,R.M.B.O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação.Interface Comunic. Saúde Educ.9(16):161-77,set.2004/fev.2005.
- 23.CECCIM,R.M.B;FEUERWERKER,L.M.C.O quadrilátero da formação para área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. PHYSIS: ver Saúde Coletiva.Rio de Janeiro,14(1);41-65,2004.

24. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004.
- 25.----- Ministério da Saúde. Portaria nº 1996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007, Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2007.
- 26.ROVERE, M.Comentários estimulados por la lectura del artículo “ Educación Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário”.In: Interface Comunic. Saúde. Educ. 9(16), 161-77, set.2004/fev.2005.
- 27.MERHY,E.E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação.In:Interface Comunic. Saúde. Educ. 9 (16):161-77,set.2004/fev.2005.
- 28.MATUS,C.Política, Planejamento & Governo. Tomo I. 2. ed. – Brasília: IPEA, 1996.
- 29.ARTMANN, E. Planejamento Estratégico Situacional no Nível Local: um instrumento a favor da visão multissetorial. Cadernos da Oficina Social nº3, Rio de Janeiro, 2000.
- 30.PEDROSA,J.I.S. Ação dos Atores Institucionais na Organização da Saúde Pública no Piauí - espaço e movimento. UNICAMP: Campinas, 1997.
- 31.ARTMANN, E. O Planejamento Estratégico Situacional: A Trilogia Matusiana e uma proposta para o nível local de saúde. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde – FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1993.
- 32.MATUS,C.Política, Planejamento & Governo. Tomo II. 2. ed. – Brasília: IPEA, 1996.
- 33.MATUS,C.Estratégias Políticas.Tradução de: CHIMPANZÉ, MAQUIAVEL e GANDHI.; São Paulo: Fundap,1996, 2ª ed. 2007.
- 34.MATUS,C.O Método PES: entrevista com Matus / Franco Huertas; tradução de Giselda Barroso Sauveur. São Paulo: Fundap,1996, 2ª ed. 2007.
- 35.EULÁLIO AMORIM,A.M.M.N. Limites e Possibilidades de um Planejamento descentrado e participativo nas instâncias colegiadas de gestão do SUS – Piauí. Teresina: UFPI, 2004.
- 36.----- Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: Brasília, Ministério da Saúde, 2009.
- 37.----- Ministério da Saúde.Atlas de Desenvolvimento da Atenção à Saúde no SUS: Informações integradas da SAS- Subsídios para Gestão. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2008.
- 38.SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ,Oficina Rede de Atenção à Saúde no SUS.In: Guia do Participante.Teresina,2008.

39. BRASIL, Lei Complementar nº 38, de 24 de março de 2004. Diário Oficial do Piauí 25 de março 2004;56
40. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PIAUÍ, Sistema de Recursos Humanos. Acesso em 08.01.10 Disponível em <http://www.srh.pi.gov.br/infofolha>
41. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PIAUÍ, Sistema de Folha de Pessoal. Acesso em 08.01.10 Disponível em <http://www.sfp.pi.gov.br>
42. MINAYO, M.C.S.O. Desafio do Conhecimento pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
43. GATTI, B.A. Grupo Focal na Pesquisa em Ciências Sociais e Humanas. Brasília: Líder Livro Editora, 2005.
44. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006- Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2004.
45. ----- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília, 2006.
46. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006.
47. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005.
48. LOUZADA, A.P.; BONALDI, C.; BARROS, M.E. Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: Pinheiro, R.M.R.A.; Barros, M.E.B. (orgs.) **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.
49. ARTMANN, E.; RIVERA, FJU. **Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo**. Ciência & Saúde Coletiva vol. 4 nº2, Rio de Janeiro, 1999.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A**Oficina de Fortalecimento das FESP/SUS na SES**

Planilha de Problemas		
Indicador – problema nº.:		
Produto do debate livre sobre o padrão do indicador	Problema central	Causas (Por quê existe o problema?)

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O PES

Prezado(a) Diretor(a), Gerente, Coordenador(a), Supervisor(a)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “**Educação Permanente em Saúde e Planejamento Estratégico Situacional: o caso da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí**”, a qual tem como pesquisadora principal a mestrandia Iolete Soares da Cunha, sob orientação do professor Doutor Francisco Javier Uribe Rivera, pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - FIOCRUZ, onde a pesquisadora cursa o Mestrado em Saúde Pública, na área de concentração: Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.

O objetivo geral do estudo é analisar a gestão dos processos de capacitação e educação permanente em saúde, desenvolvidos pela Diretoria de Unidade de Vigilância e Atenção à Saúde (DUVAS).

A sua participação se dará por meio de **Oficinas para Aplicação do PES**, onde suas contribuições serão consolidadas em relatório. As informações obtidas através das falas serão confidenciais e, assegurado o sigilo tanto em relação à sua identidade quanto no que se refere às informações/opiniões expressas no transcorrer das oficinas. Suas informações serão utilizadas apenas para o estudo citado, resguardando-lhe de riscos. Os dados só poderão ser divulgados em documentos e eventos científicos.

Ressalta-se que em qualquer etapa do estudo, você poderá ter acesso à pessoa responsável pela pesquisa para esclarecimentos, assim como poderá desistir de participar e retirar seu consentimento sem penalidades ou prejuízos. Sua recusa não trará prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição.

Esclareço que o projeto será submetido ao Comitê de Ética da FIOCRUZ e está em conformidade com a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde. Não foram identificados riscos e seu investimento será o tempo de duração da coleta de dados da pesquisa. Benefícios podem resultar dos momentos de reflexão sobre as suas práticas relacionadas ao objeto da presente pesquisa.

Se você estiver suficientemente esclarecido(a) e concordar em participar, por favor, preencha o espaço abaixo com seu nome e assine este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Eu, _____, concordo em participar deste estudo após ser suficientemente esclarecido(a) e declaro estar ciente do propósito deste estudo, sobre o uso dos dados os quais poderão ser divulgados em eventos científicos, e que terei assegurado o sigilo e confidencialidade. Declaro ter recebido uma cópia deste termo.

Assinatura do(a) participante

local e data

Pesquisadora: Iolete Soares da Cunha

e-mail ioletecunha@ensp.fiocruz.br ou ioletecunha@yahoo.com.br

Endereços para contato:

Secretaria Estadual de Saúde do Piauí

Gerência de Desenvolvimento e Qualificação

Fone: (086) 3216-3560 Fax: (086) 3216-3626

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública - CEP / ENSP:

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Andar Térreo.

Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210

Tel. e Fax - (21) 2598-2863



ANEXO B

ROTEIRO PARA DISCUSSÃO NO GRUPO FOCAL

- 1) O conceito de Educação Permanente propõe que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. O que você entende por essa proposta?
- 2) Discuta sobre a aplicabilidade da lógica da Educação Permanente na Saúde considerando-se a busca do alcance dos princípios organizativos do SUS, como descentralização, regionalização e participação social;
- 3) Um dos princípios basilar do SUS é a integralidade. Como a proposta da Educação Permanente na Saúde pode contribuir para promover a integralidade da atenção à saúde, considerando: acolhimento, vínculo entre usuários e equipes, responsabilização, resolutividade da atenção à saúde, etc.?
- 4) Uma das prerrogativas do Pacto de Gestão para a área da Educação na Saúde na gestão estadual é: promover a integração de todos os processos de capacitação e o desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS. Comente essa responsabilidade sanitária.

ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O GRUPO FOCAL

Prezado(a) Diretor(a), Gerente, Coordenador(a), Supervisor(a)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “**Educação Permanente em Saúde e Planejamento Estratégico Situacional: o caso da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí**”, a qual tem como pesquisadora principal a mestrandia Iolete Soares da Cunha, sob orientação do professor Doutor Francisco Javier Uribe Rivera, pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - FIOCRUZ, onde a pesquisadora cursa o Mestrado em Saúde Pública, na área de concentração: Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.

O objetivo geral do estudo é analisar a gestão dos processos de capacitação e educação permanente em saúde, desenvolvidos pela Diretoria de Unidade de Vigilância e Atenção à Saúde (DUVAS).

A sua participação se dará por meio de **grupo focal**, onde suas contribuições serão gravadas para posterior transcrição, categorização e sistematização em relatório coletivo. As informações obtidas através das falas serão confidenciais e, assegurado o sigilo tanto em relação à sua identidade quanto no que se refere às informações/opiniões expressas no transcorrer do grupo focal. Suas informações serão utilizadas apenas para o estudo citado, resguardando os participantes de riscos. Os dados só poderão ser divulgados em documentos e eventos científicos.

Ressalta-se que em qualquer etapa do estudo, você poderá ter acesso à pessoa responsável pela pesquisa para esclarecimentos, assim como poderá desistir de participar e retirar seu consentimento sem penalidades ou prejuízos. Sua recusa não trará prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição.

Esclareço que o projeto será submetido ao Comitê de Ética da FIOCRUZ e está em conformidade com a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde. Não foram identificados riscos e seu investimento será o tempo de duração da coleta de dados da pesquisa. Benefícios podem resultar dos momentos de reflexão sobre as suas práticas relacionadas ao objeto da presente pesquisa.

Se você estiver suficientemente esclarecido(a) e concordar em participar, por favor, preencha o espaço abaixo com seu nome e assine este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Eu, _____, concordo em participar deste estudo após ser suficientemente esclarecido(a) e declaro estar ciente do propósito deste estudo, sobre o uso dos dados os quais poderão ser divulgados em eventos científicos, e que terei assegurado o sigilo e confidencialidade. Declaro ter recebido uma cópia deste termo.

Assinatura do(a) participante

local e data

Pesquisadora: Iolete Soares da Cunha

e-mail: ioletecunha@ensp.fiocruz.br ou ioletecunha@yahoo.com.br

Endereços para contato:

Secretaria Estadual de Saúde do Piauí

Gerência de Desenvolvimento e Qualificação

Fone: (086) 3216-3560 Fax: (086) 3216-3626

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública - CEP / ENSP:

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Andar Térreo.

Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210

Tel. e Fax - (21) 2598-2863

Figura 1

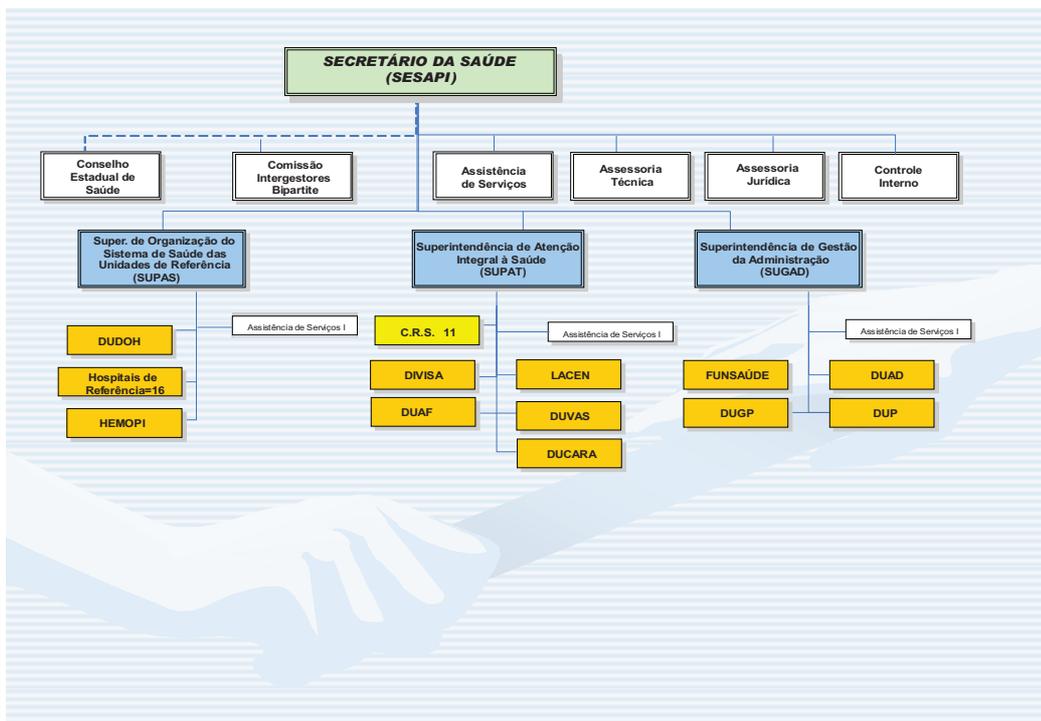


Figura 2

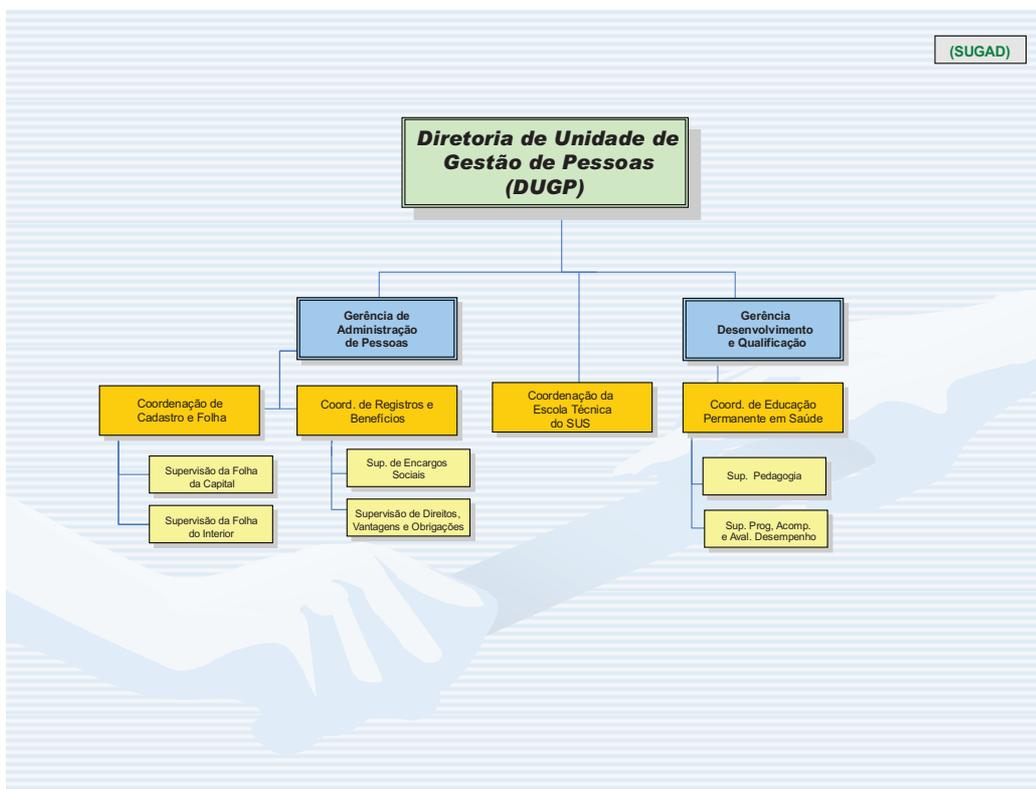


Figura3

