

GEORGE AKIO MIYAMOTO

Núcleo de Educação Permanente em região de
municípios de pequeno/médio porte: desafios e
potencialidades

Dissertação apresentada ao
Programa de Mestrado
Profissional em Saúde Coletiva
da Coordenadoria de Recursos
Humanos da Secretaria de
Estado da Saúde de São Paulo,
para obtenção do título de
Mestre em Saúde Coletiva.

São Paulo

2014

GEORGE AKIO MIYAMOTO

Núcleo de Educação Permanente em região de
municípios de pequeno/médio porte: desafios e
potencialidades

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da
Coordenadoria de Recursos Humanos da
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em Saúde
Coletiva.

**Área de concentração: Gestão e Práticas de
Saúde**

**Orientadora: Profa. Dra. Maria Angela
Bianconcini Trindade**

São Paulo

2014

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca. Centro de Apoio Técnico-Científico. Instituto de Saúde

. Miyamoto, George Akio

Núcleo de Educação Permanente em região de municípios de pequeno / médio porte: desafios e potencialidades, SP / George Akio Miyamoto. São Paulo, 2014.

85p.

Dissertação (mestrado) - Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Maria Angela Bianconcini Trindade

1.Educação Permanente 2.Educação em Saúde 3.Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. 4. Formação do Trabalhador em Saúde.

I. Título

RESUMO

Introdução: A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) representa o esforço de tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho. No Colegiado de Gestão Regional (CGR) de Itapetininga - DRS XVI - Sorocaba, a implantação da PNEPS teve início no ano de 2007 com a formação dos Núcleos de Educação Permanente (NEP) regionais. As propostas e ações realizadas podem ser verificados através dos Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS). **Objetivo:** Analisar o processo de implementação do NEP do CGR de Itapetininga. **Método:** Foi adotada a abordagem qualitativa de pesquisa, utilizando as técnicas de entrevista e de análise documental. Análise documental foi realizada nos PAREPS da região no período analisado. Entrevistas semiestruturadas foram realizadas com sete participantes do NEP do CGR de Itapetininga para conhecer suas percepções a respeito do processo de implementação da PNEPS. As entrevistas foram gravadas e analisadas com a técnica da análise temática de conteúdo. **Resultados:** A partir do procedimento de análise, emergiram sete categorias: o conceito de Educação Permanente e sua dinamicidade; a forma de ingresso nos Núcleos de Educação Permanente; as atividades realizadas no ambiente de trabalho; as dificuldades enfrentadas na prática local; as sugestões para melhoria; a elaboração dos PAREPS: expectativas, resultados e potencialidades; as transformações pessoais oriundas do envolvimento com o processo. **Considerações Finais:** A pesquisa mostrou que a implementação da PNEPS na região enfrenta dificuldades como: falta de tempo e formação para os articuladores de EPS, falta de apoio dos gestores e maior aproximação entre estado e municípios. Entretanto, há potencialidades observadas em: capacidade do estado em manter o NEP regional ativo por meio de seus representantes, a obrigatoriedade de elaborar e executar o PAREPS periodicamente e a existência de trabalhadores de saúde engajados na implementação do SUS e a PNEPS na região. **Potencial de aplicabilidade:** Haverá o retorno social dos resultados da pesquisa, a

partir de uma apresentação com debate no NEP do CGR, visando ampliar as atividades em EP e, assim, contribuir para o desenvolvimento e fortalecimento do SUS na região.

Palavras chave: Educação permanente; Educação em saúde; Política Nacional de Educação Permanente, Formação do Trabalhador em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The National Policy on Permanent Health Education (PNEPS) is the effort to make public health a network of teaching and learning in work performance. In the Regional Management Board (CGR) Itapetininga - DRS XVI - Sorocaba, implementation of PNEPS began in 2007 with the formation of regional Nuclei of Continuing Education (NEP). The proposals and actions taken can be verified through Regional Action for Continuing Education in Health Plans (PAREPS). **Objective:** Analyze the implementation process of the NEP CGR Itapetininga. **Method:** Qualitative research approach was adopted, using the techniques of interview and documentary analysis performed on PAREPS of the region in the period analyzed. Semi-structured interviews were conducted with seven participants of NEP CGR Itapetininga to learn about their perceptions regarding the implementation of PNEPS process. The interviews were recorded and analyzed with the technique of thematic content analysis. **Results:** From the analysis procedure, seven categories emerged: the concept of Continuing Education and its dynamics; the entry way in the Nucleus of Continuing Education; activities performed in the workplace; the difficulties faced in local practice; suggestions for improvement; the preparation of PAREPS: expectations, results and potential; the personal transformations arising from involvement in the process. **Final Considerations:** The research showed that the implementation of PNEPS faces difficulties such as lack of time and training for organizers of EPS, lack of managerial support and closer relations between the state and municipalities. However, there is potential observed at: ability of the state to maintain an active regional NEP through their representatives, the requirement to develop and implement the PAREPS periodically and the existence of health workers engaged in the implementation of the NHS and the PNEPS in the region. **Potential applicability:** A presentation with debate on the NEP CGR, aiming to expand the activities of EP and thus contribute to the development and strengthening of the public health system in the region.

Keywords: health education; health public politics; health professional.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1 A Formação de Profissionais do e para o SUS.....	17
1.2 A Política Nacional de Educação Permanente	21
1.3 A Política Nacional de Educação Permanente no Sistema Único de Saúde - São Paulo	27
2. JUSTIFICATIVA	30
3. OBJETIVOS	31
4. MÉTODO	32
4.1 Contextualização	32
4.2 Tipo de Estudo	38
4.3 Análise Documental	38
4.4 Caracterização dos Entrevistados.....	39
4.5 Técnicas Empregadas	40
4.6 Análise dos Dados	41
4.7 Aspectos Éticos	41
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
5.1 Análise Documental dos PAREPS	43
5.2 Análise das Entrevistas	52
5.2.1 O Conceito de Educação Permanente e sua dinamicidade ..	53
5.2.2 A forma de ingresso e participação no Núcleo de Educação Permanente	55
5.2.3 As atividades realizadas no ambiente de trabalho	57
5.2.4 As dificuldades enfrentadas na prática local	60
5.2.5 As sugestões para melhoria do processo de implementação da PNEPS na região	66

5.2.6 A elaboração dos PAREPS: expectativas, resultados e potencialidades	68
5.2.7 As transformações pessoais oriundas do envolvimento com a Educação Permanente	72
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
Referências	77
Apêndices	83
Anexo	85

LISTA DE TABELAS

		Página
TABELA 1	Distribuição por CGR do número de municípios, população e % da população do DRS XVI Sorocaba no ano de 2010	32
TABELA 2	Composição do NEP e número aproximado de representantes de cada segmento entre 2007 e 2012	36
TABELA 3	Representação municipal nas seis oficinas realizadas pelo NEP Itapetininga em 2012 em Número e percentual (%)	42

LISTA DE QUADROS

		Página
QUADRO 1	Atividades realizadas e necessidades levantadas nos PAREPS - 2008 a 2012	43
QUADRO 2	Consolidado de necessidades CGR de Itapetininga – PAREPS 2013	48

LISTA DE FIGURAS

		Página
FIGURA 1	Regionalização da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo em 2009	28
FIGURA 2	Distribuição geográfica, por CGR, dos municípios do DRS XVI Sorocaba no ano de 2013	32

LISTA DE GRÁFICOS

		Página
GRÁFICO 1	Distribuição % dos municípios do Estado de São Paulo e do CGR de Itapetininga, segundo os cinco grupos do Índice Paulista de Responsabilidade Social no ano de 2010	33
GRÁFICO 2	Pirâmide populacional segundo o sexo e faixa etária da população residente no território da Comissão Intergestora Regional de Itapetininga no ano de 2012	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CGR – Colegiado de Gestão Regional
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
DRS – Diretório Regional de Saúde
EP – Educação Permanente
EPS – Educação Permanente em Saúde
ESF – Estratégia Saúde da Família
IPRS – Índice Paulista de Responsabilidade Social
MS – Ministério da Saúde
NEP – Núcleo de Educação Permanente
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PAREPS – Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PEPS – Polo de Educação Permanente em Saúde
PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PSF – Programa Saúde da Família
RRAS - Redes Regionais de Atenção à Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde

APRESENTAÇÃO

A motivação deste estudo nasceu a partir de vivências do meu exercício profissional como médico trabalhando na atual Estratégia Saúde da Família há cerca de treze anos e na experiência como diretor de saúde entre os anos de 2009 e 2011 na equipe da Secretaria Municipal de Saúde do município de Capão Bonito/SP.

Como profissional do Sistema Único de Saúde (SUS) e participante direto da proposta do Ministério da Saúde de reestruturação deste sistema a partir da atenção básica, foi inevitável a aproximação da EPS, estratégia político pedagógica adotada para fortalecimento e implementação do SUS, seus princípios e diretrizes.

É fato que minha formação foi fragmentada e distante do perfil profissional adequado para a maioria dos postos de trabalho na saúde pública. Foi apenas na metade do quinto ano, de seis, da faculdade de Medicina, que tive contato com um Posto de Saúde. Após a graduação, foi na Residência em Medicina Geral e Comunitária que tive a oportunidade de vivenciar mais dois anos em uma Unidade Básica de Saúde. E a partir daí, lançado aos leões, tive que começar a percorrer a árdua estrada de enfrentamento das diferentes realidades do processo saúde X doença em vários locais que trabalhei.

Sempre existiu uma angústia profissional de impotência diante das diferentes realidades vividas pela população e aquilo que a minha formação, focada nas doenças e seus tratamentos definidos pela Medicina Baseada em Evidências, poderia oferecer.

A EPS surgiu como possibilidade de, em conjunto com a comunidade, o gestor, outros profissionais de saúde e instituições de ensino, desconstruir valores e preconceitos construídos ao longo do tempo e reconstruir novos conceitos e práticas voltados para a saúde em sua definição ampla.

A partir de 2007, convidado a participar do NEP regional de Itapetininga representando o município de Capão Bonito no segmento

trabalhador de saúde, comecei a me envolver e perceber os desafios e potencialidades deste processo para a região do CGR de Itapetininga.

Com a oferta do Mestrado Profissional do Instituto de Saúde, abriu-se a possibilidade de elaborar este estudo dando cunho científico às observações e percepções do processo de implementação da PNEPS e as modificações possíveis das pessoas que fizeram parte diretamente do NEP regional de Itapetininga em suas práticas diárias como articuladores de EP.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado para o atendimento público de saúde da população, considerado a maior política brasileira de inclusão social, teve suas primeiras regulamentações na Constituição Federal de 1988 e, desde então, com a contínua transformação social, traz repercussões nos diferentes campos do saber e nas práticas de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

O SUS representa a materialização da nova concepção acerca da saúde, que passa a ser entendida não somente como estado de ausência de doença, mas relacionada com a qualidade de vida da população, composta por bens que incluem a moradia, o trabalho, a educação, o meio ambiente, o saneamento básico, o transporte, o lazer, etc. A partir deste entendimento, surge a necessidade de transformar a lógica de pensar a saúde não apenas em torno da cura de agravos, mas na direção de uma lógica centrada na prevenção de agravos e promoção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Em constante processo de construção, o SUS traz em sua essência um grande desafio no processo de garantir o exercício de seus princípios doutrinários — a Universalidade, a Integralidade e a Equidade — envolvendo as entidades formadoras, gestores, trabalhadores e usuários num processo contínuo de formação e reflexão, buscando aproximá-los das necessidades de toda a população.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/1990) que regulamenta o Sistema Único de Saúde; a Portaria GM 198/2004, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor; a Portaria GM 399, que aprova as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 - Consolidação do SUS com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão; a Portaria GM 1996/2007 que dispõe sobre as

diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde adequando-se ao regulamento do Pacto pela Saúde, norteiam a trajetória da formação e qualificação dos profissionais de saúde para o SUS e suas diretrizes.

1.1 A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DO E PARA O SUS

O processo de formação e desenvolvimento profissional não termina com o fim de um curso, seja ele de qualquer nível e sua continuidade é fundamental para atualização e adequação de ações e práticas no dia-a-dia do exercício profissional.

Muitas categorias profissionais, tais como: recepcionistas, auxiliares de serviços diversos, digitadores e até mesmo agentes comunitários de saúde, ingressam no SUS por meio de contratação direta ou algum tipo de processo seletivo, sem participarem de qualquer tipo de formação ou treinamento específico para seu exercício profissional.

Para trabalhar no SUS, que tem seus princípios doutrinários e operacionais e uma complexa estrutura organizacional voltados para o atendimento da população, que vivenciam uma dinâmica relação entre saúde e doença, mesmo para os profissionais graduados, seria fundamental o conhecimento mais aprofundado deste universo, a fim de refletir sobre as práticas que, efetivamente, mudassem a realidade de saúde da população.

Educação Continuada (EC) e Educação Permanente (EP) são processos que se caracterizam pela continuidade das ações educativas, ainda que baseadas em diferentes metodologias.

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), citado por FARAH (2003, p.3), considera a EC como "*um processo permanente que se inicia após a formação básica e está destinado a atualizar e melhorar a capacidade de uma pessoa ou grupo, frente às evoluções técnico-científicas e às necessidades sociais*".

Segundo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), formulada pelo MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004), a EC, tradicional recurso utilizado no setor Saúde, se caracteriza por:

- representar uma continuidade do modelo escolar ou acadêmico, centralizado na atualização de conhecimentos, geralmente com enfoque disciplinar, em ambiente didático e baseado em técnicas de transmissão, com fins de atualização;
- conceituar tecnicamente a prática enquanto campo de aplicação de conhecimentos especializados, como continuidade da lógica dos currículos universitários, que se situa no final ou após o processo de aquisição de conhecimentos, o que produz uma distância entre a prática e o saber (compreendido como o saber acadêmico) e uma desconexão do saber como solução dos problemas da prática;
- ser uma estratégia descontínua de capacitação com rupturas no tempo: são cursos periódicos sem sequência constante;
- ter sido, em seu desenvolvimento concreto, dirigida predominantemente ao pessoal médico e ter alcançado, com menos ênfase, o grupo de enfermagem. Centrada em cada categoria profissional, praticamente desconsiderou a perspectiva das equipes e diversos grupos de trabalhadores.

A EC, desta forma, permite ao trabalhador manter, aumentar ou melhorar sua competência de forma compatível com as suas necessidades e responsabilidades profissionais. Palestras, treinamentos, congressos, cursos livres, à distância, de extensão e Pós-graduações são tradicionalmente conhecidos pelos profissionais como meios para se adquirir informação e capacitação em alguma área específica. Com características de EC, têm como principal objetivo a atualização de conhecimentos técnicos e é geralmente operada no serviço público de saúde de forma descendente, oriunda das esferas de gestão ou a partir da busca individual dos profissionais.

Entretanto, nem sempre há concordância entre as decisões tomadas nas esferas de gestão e as necessidades dos profissionais, gerando conflito de interesses e baixo impacto, com poucas modificações nas práticas dos trabalhadores (FEUERWERKER E MERHY, 2011).

Ao participar de cursos e treinamentos de atualização, os profissionais têm contato com a versão da realidade do conhecimento científico acumulado, nem sempre aplicáveis na prática do dia-a-dia. Segundo CECCIM (2004), para produzir mudanças, é fundamental dialogar com as práticas e concepções vigentes, problematizá-las, com base nas vivências práticas da realidade, e construir novos pactos de convivência e práticas. Ao privilegiar os aspectos técnicos do trabalho, a EC reforça a fragmentação do cuidado, das equipes e do processo de trabalho na medida em que é centrada no desempenho de cada categoria profissional em suas funções determinadas, social e tecnicamente, pela divisão do trabalho.

A EP é centrada no processo de trabalho e tem como propósito melhorar a qualidade de vida em todas as dimensões pessoais e sociais, auxiliando na formação integral do indivíduo e na transformação do meio para uma futura sociedade. (HADDAD, 1990).

A EPS pode ser definida como *"a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços, cuja finalidade é melhorar a saúde da população"* (HADDAD, 1994, p.9)

A finalidade principal da EPS seria a de reconceituar e reorientar os processos de capacitação de trabalhadores dos serviços de saúde, tendo como eixo da aprendizagem o trabalho executado no cotidiano dos serviços. A EPS, além de considerar a atualização técnica, possui como objetivo principal a transformação do processo de trabalho, utilizando-se da problematização coletiva do cotidiano do trabalho em equipe, como ponto de partida para direcionar o aprendizado (CECCIM, 2005).

Segundo FARAH (2003, p.5), *"O processo educativo a ser construído para os profissionais de saúde que atuam no SUS não deve ser entendido como aquele que substitui apenas as lacunas de formação na graduação. Ele deve ocupar os espaços criados pelo modelo assistencial*

proposto para o SUS. (...) O processo ainda deve ser um meio de adaptação do conhecimento técnico para a transformação das práticas dos profissionais de saúde."

Segundo a PNEPS (2004), o enfoque da EP, diferente da EC, representa importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços. Supõe inverter a lógica do processo:

- incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem;
- modificando substancialmente as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer;
- colocando as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores;
- abordando a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar;
- ampliando os espaços educativos fora da sala de aula e dentro das organizações, na comunidade, em clubes e associações, em ações comunitárias.

A EPS tem, entre seus aspectos técnicos, as noções de aprendizagem significativa e problematização. Segundo PELIZZARI (2002), a aprendizagem significativa é o processo através do qual uma nova informação se relaciona de maneira não arbitrária e substantiva à estrutura cognitiva do aprendiz e é considerada o mecanismo humano para adquirir e armazenar as informações representadas em qualquer campo de conhecimento. A EPS é construída com a finalidade de aprimorar o método educacional em saúde, tendo o processo de trabalho como seu objeto de transformação, com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços, transformando as práticas de saúde, visando alcançar a integralidade e equidade no cuidado, e tornando os profissionais de saúde mais qualificados para o atendimento das

necessidades de saúde da população. Nesta situação, a atualização técnico-científica é vista como um dos aspectos da transformação das práticas, porém, não é seu foco central (CECCIM e FEUERWERKER, 2004). Segundo CECCIM (2004), a EPS acontece no cotidiano dos profissionais e pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências prévias adquiridas pelos profissionais.

A transformação dos processos de trabalho, orientado para a melhoria da qualidade dos serviços e garantia do exercício dos princípios doutrinários do SUS, sejam eles a Universalidade, a Integralidade e a Equidade, é objetivo fundamental da EPS como estratégia do Ministério da Saúde. Ao considerar o trabalho para além de sua dimensão técnica, a EPS passa a ser peça chave na relação entre serviços e a sociedade, pois significa abordar as múltiplas dimensões que o processo de trabalho envolve, contribuindo para intervenções e mudanças nas relações, nos processos, nos produtos e, principalmente, nas pessoas.

1.2 A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

A Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) teve, em seu processo de implementação, a criação de muitos programas com o objetivo de adequar a formação e qualificar os profissionais de saúde a exercerem suas respectivas funções; esses programas foram considerados desarticulados ou fragmentados. Desta forma, tiveram limitada capacidade de produzir impacto sobre as instituições formadoras e, conseqüentemente, promover alterações nas práticas dominantes no sistema de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2004).

SARRETA (2009) chama a atenção para um ponto fundamental no processo: a participação dos sujeitos envolvidos na saúde na identificação de interesses e prioridades para a formação e desenvolvimento dos profissionais.

"A Política de EPS aponta o fortalecimento da gestão participativa e da responsabilidade compartilhada, com dispositivos que ampliem os espaços para o exercício do diálogo, integração, participação, troca de experiências e de conhecimentos e a busca de respostas e soluções coletivas para problemas que impedem a atenção integral e de qualidade. Ao mesmo tempo, estimula a formação e o desenvolvimento de profissionais que atendam às necessidades dos serviços públicos, a partir de interesses e prioridades identificados pelos próprios sujeitos envolvidos na saúde" (SARRETA, 2009, p.23).

Essa afirmação corrobora CECCIM (2005), ao citar uma das mais nobres metas formuladas pela saúde coletiva no Brasil: tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho e um marco no processo de descentralização e disseminação de capacidade pedagógica no SUS.

A descentralização e regionalização do sistema de saúde com a transferência dos recursos, que passou a ser direta para estados e municípios, como parte operativa das ações, fortalece a gestão local, proporciona a expansão e desconcentração da oferta de serviços, o aumento no financiamento à saúde, a criação de instâncias mais democráticas de participação da sociedade na implementação da política de saúde, a formação de instâncias intergestoras entre estados e municípios e a expansão da atenção primária à saúde e outros recursos de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

A materialização da EPS enquanto política pública ocorre a partir dos anos 90. Em 1996 foram criados os Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família. Em 2003, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) com a responsabilidade de formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil. Em 2004, a PNEPS e, em 2007, suas diretrizes, passam a ocupar um lugar

estratégico junto ao MS, com a finalidade de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A instituição da PNEPS, através da Portaria 198, de 2004, como Estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, levou em consideração, entre vários, os seguintes aspectos fundamentais:

- o Ministério da Saúde tem responsabilidade constitucional de ordenar a formação de recursos humanos para a área da saúde e de incrementar, na sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico;
- a importância da integração entre o ensino da saúde, o exercício das ações e serviços, a condução de gestão e de gerência e a efetivação do controle da sociedade sobre o sistema de saúde como dispositivo de qualificação das práticas de saúde e da educação dos profissionais de saúde;
- a Educação Permanente é o conceito pedagógico utilizado no setor saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços entre docência e atenção à saúde;
- a EPS realiza a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva.

Entre as principais definições, essa Portaria institui os Polos de Educação Permanente em Saúde como instâncias interinstitucionais e loco regionais de condução da PNEPS. A composição intersetorial dos Polos, com a participação de gestores, instituições de ensino, trabalhadores de saúde e representantes dos usuários, passa a permitir discussões mais amplas e contribuir no processo de identificação das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e articular a transformação das práticas de saúde tendo em vista os princípios e diretrizes do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A Portaria define que cada Polo de EPS será responsável por um determinado território, definido por pactuação na Comissão Intergestores Bipartites e aprovação no Conselho Estadual de Saúde, não podendo excluir qualquer município. Cada território vinculado apresenta as necessidades de formação e desenvolvimento.

A Portaria ainda define que os recursos para financiamento da PNEPS serão os do Orçamento do Ministério da Saúde e direcionados, principalmente, para a implementação dos projetos dos Polos de EPS pactuados pelos Conselhos Gestores, Comissões Intergestores Bipartites e Conselho Estadual de Saúde de cada estado.

Em 20 de agosto de 2007, o Ministério da Saúde editou a Portaria 1.996, definindo novas diretrizes e estratégias para a implementação da PNEPS, substituindo a Portaria 198 de 2004, que instituíra essa política como uma estratégia visando contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização dos serviços de saúde e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde vinculados ao SUS. A Portaria 1.996 se adequa às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto de Gestão, componente do Pacto pela Saúde de 2006, aumentando as responsabilidades e participação dos gestores municipais e estaduais na elaboração dos planos regionais de ação.

Entre as mudanças, pontua-se:

- A condução regional da PNEPS se dará por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) em conjunto com a Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES). Sendo que:
- Compete aos CGR:
 - Tornar-se instância deliberativa e instituir processos de planejamento regional para a EPS, que definam as prioridades, as responsabilidades de cada ente e o apoio para o processo de planejamento local. Devem pactuar a gestão dos recursos financeiros no âmbito regional.
 - Construir coletivamente e definir o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) para a

região com o apoio e cooperação técnica das CIES. Os PAREPS serão submetidos às Comissões Intergestores Bipartites (CIB) para homologação.

- Incentivar e promover a participação nas CIES dos gestores, dos serviços de saúde, das instituições que atuam na área de formação e desenvolvimento de pessoal para o setor saúde, dos trabalhadores da saúde, dos movimentos sociais e dos conselhos de saúde. Além disso, devem acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação em saúde.
- Avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das CIES e propor alterações caso necessário.
- Compete às CIES:
 - Substituir os Polos de Educação Permanente, que deixam de ser instâncias de decisão e definição das demandas do processo de formação e desenvolvimento profissional e passam a ser instâncias de apoio técnico. Devem articular instituições para propor estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores.
 - Incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições formadoras aos princípios e ao desenvolvimento da EP.
 - Contribuir com o monitoramento e avaliação das ações de EP implementadas bem como apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre EP na proposição de intervenções e no planejamento e desenvolvimento de ações que contribuam para o cumprimento das responsabilidades dos Termos de Compromisso de Gestão.
- O financiamento da Política será por meio do Bloco de Gestão do Pacto pela Saúde, onde os gestores conhecerão antecipadamente o recurso financeiro repassado pela União para o desenvolvimento da Gestão da Educação na Saúde e contarão com o repasse regular e automático, fundo a fundo.

- A alocação orçamentária fica definida mais claramente e os critérios utilizados para sua distribuição levam em consideração, com seus respectivos pesos relativos: cobertura das Equipes de Saúde da Família (10%), cobertura das Equipes de Saúde Bucal (10%), cobertura dos centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (10%), número de profissionais de saúde que presta serviço para o SUS (20%), população total do estado (10%), IDH-M (20%) e inverso da concentração de Instituições de Ensino e Escolas Técnicas do SUS (20%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O planejamento e execução de atividades destinadas à formação de recursos humanos para a saúde exigem a elaboração de planos e projetos, articulação interinstitucional, programação de recursos, definição e seleção de agências executoras, definição de público-alvo beneficiário, além do estabelecimento de mecanismos legais para a transferência de recursos. Estas atividades exigem tempo e dedicação intensivos tanto no plano da formulação quanto no plano da implementação, principalmente para o monitoramento e avaliação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Processos de avaliação da implementação da PNEPS estão sendo realizados em diversas regiões do Brasil e observa-se que o êxito da política está fortemente relacionado à conformação e capacidades dos CGR e dos CIES de se articularem, consolidarem o processo descentralizado de gestão e fortalecerem a política de saúde através da qualificação dos trabalhadores da saúde (Viana *et al*, 2008; 2010).

1.3 POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SÃO PAULO

Em São Paulo, o processo de descentralização da gestão da saúde data dos anos 70, mas a experiência mais expressiva do modelo atual são os 62 Escritórios Regionais de Saúde (ERSAS) implementados pela

Secretaria de Estado da Saúde (SES) em 1986, que incorporava a assistência médica, transformando o Estado em prestador de serviços. A partir de 1987, com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), os municípios passam progressivamente a assumir o papel de prestador de serviços e de gestor do sistema local de saúde. Nos anos noventa, motivada pelas diretrizes de municipalização da saúde, a SES implementou uma reforma administrativa extinguindo os ERSAS e criando as Diretorias Regionais de Saúde (DIRS), em um total de 24 (VIANA, 2010).

Em 2002 foi concebido, segundo os princípios da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) (01/2001 e 01/2002), o Plano Diretor de Regionalização (PDR), no qual se baseou a regionalização atual (PDR, 2007).

Em 2006 foram extintas as DIRS e atendendo ao Decreto DOE No 51.433, de 28 de dezembro de 2006, o Estado foi dividido em 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS), que assumem a responsabilidade de coordenar as atividades da SES no âmbito regional e passam a promover a articulação intersetorial entre os municípios e organismos da sociedade civil.

Em 2007, com os Pactos sendo estabelecidos e atendendo as diretrizes para a reorganização regionalizada e articulando os 645 municípios, são instalados, no Estado de São Paulo, 64 CGR e oito CIES iniciais, que reproduziram o desenho organizacional dos Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS), concebidos pela Portaria MS-GM 198/04. O CGR passa a ser instância de pactuação permanente e cogestão solidária e cooperativa. A condução regional da Educação Permanente se dá por meio dos CGR, apoiados pelos Centros de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQS), área técnica dos DRS e concebidos como braço institucional da gestão estadual nas regiões.

No final de 2007, na região do DRS XVI Sorocaba, são implantados os Núcleos de Educação Permanente por CGR sob coordenação dos representantes do CDQS.

Em 2009, as oito CIES foram reagrupadas em cinco, correspondentes a cinco macrorregiões de saúde. O mapa da regionalização

do estado de São Paulo com seus 17 DRS, cinco CIES e 64 CGR se apresenta como mostrado na FIGURA 1.

FIGURA 1 – Regionalização da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo em 2009



Fonte: SES São Paulo (<http://www.saude.sp.gov.br/coordenadoria-de-recursos-humanos/areas-da-crh/grupo-de-selecao-e-desenvolvimento-de-rh/educacao-permanente>) acessado em 10 de maio de 2014

Apesar da consolidação e legitimação formal da implementação dos CGR, a integração CGR-CIES parece ser um dos grandes desafios dos gestores da saúde. A parceria deveria contribuir no processo de definição, pactuação, execução, monitoramento e avaliação da PNEPS no nível regional, mas, segundo informação contida no PAREPS 2012, a execução de todos esses processos ainda não é realizada.

A partir de 2012, passa a ser tarefa dos 17 CDQS a articulação de duas políticas: Educação Permanente e Humanização (PAREPS, 2012).

2. JUSTIFICATIVA

Frente aos marcos de referência da PNEPS, o CDQS/DRS XVI - Sorocaba vem implementando suas diretrizes na região do CGR de Itapetininga desde 2007. E seguindo essa premissa, foi implantado o Núcleo de Educação Permanente na regional em 2007.

Deste então, diversas atividades foram realizadas com a finalidade de qualificação e formação dos profissionais de saúde da região.

Como integrante desse NEP regional e do município de Capão Bonito participei de suas atividades desde a implantação, incluindo a elaboração dos PAREPS entre 2008 e 2012. E nesse período, percebendo o potencial transformador dessa política - PNEPS - para a sustentabilidade do SUS na região e observando as dificuldades, desafios e potencialidades no processo de sua implementação, propus ao gestor da secretaria municipal de saúde do município desenvolver essa pesquisa com o ingresso no Mestrado Profissional do Instituto de Saúde - SP.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral do trabalho foi analisar o processo de implementação do Núcleo de Educação Permanente (NEP) do Colegiado de Gestão Regional (CGR) de Itapetininga – DRS XVI – Sorocaba.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Constituíram objetivos específicos deste estudo:

- conhecer a percepção dos profissionais de saúde participantes do NEP do CGR de Itapetininga quanto à Educação Permanente e às ações realizadas desde sua implantação, com destaque aos desafios e potencialidades;
- identificar e descrever as ações realizadas desde a implantação do NEP do CGR de Itapetininga, registradas nos Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) do CGR de Itapetininga - DRS XVI – Sorocaba.

4. MÉTODO

4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

4.1.1 Dados sócio-demográficos e recursos de saúde do CGR de Itapetininga

O DRS XVI – Sorocaba, que compõe a Rede Regional de Atenção à Saúde Oito (RRAS oito), localiza-se na macrorregião Sul-Sudeste do Estado de São Paulo e tem estruturação político-administrativa em saúde com características regionais desde as décadas de 60/70.

Segundo levantamento descrito no PAREPS 2013, o DRS XVI tem características diversas nos diferentes Colegiados, que se traduzem nos indicadores de saúde, tipos de emprego, oferta de serviços e qualidade de vida. Nos Colegiados, tanto existem municípios com características predominantemente urbanas e com alta densidade demográfica, como é o caso de Sorocaba, importante polo tecnológico e industrial, quanto de outros com extensas áreas rurais e baixa densidade demográfica, além de extensas regiões de matas nativas e áreas de preservação ambiental com atividades de agricultura, pecuária e madeireira.

De acordo com Decreto N°51433/SP, de 28/12/2006, o DRS passou a ser composto por três Colegiados de Gestão Regional sendo eles: Sorocaba, Itapeva e Itapetininga, totalizando 48 municípios e uma população de 2.243.016 habitantes, organizados num espaço de decisão através da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização das redes de ações e serviços de atenção à saúde de forma integral e resolutiva.

Na TABELA 1, são apresentados o número de habitantes por CGR com o respectivo percentual em relação ao DRS.

TABELA 1 – Distribuição por CGR do número de municípios, população e % da população do DRS XVI Sorocaba no ano de 2010.

	Nº de			
	Municípios	%	População	%
CGR Sorocaba	20	41,7	1.518.941	67,7
CGR Itapeva	15	33,3	272.676	12,2
CGR Itapetininga	13	25,0	451.399	20,1
DRS XVI	48	100,0%	2.243.016	100,0%

Fonte: Censo Populacional 2010 - IBGE (<http://cidades.ibge.gov.br/painel>)
acessado em 10 de janeiro de 2014)

Na FIGURA 2 é apresentada a distribuição geográfica, por CGR, dos municípios que compõem o DRS XVI Sorocaba.

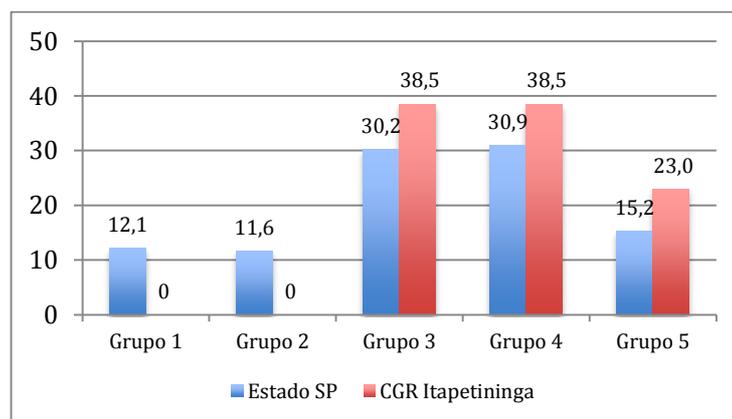
FIGURA 2 – Distribuição geográfica, por CGR, dos municípios do DRS XVI Sorocaba no ano de 2013.



Fonte: PAREPS 2013 obtido através do CDQS/DRS Sorocaba

O CGR de Itapetininga localiza-se ao sul do estado de São Paulo e seu município sede fica a 170 km da Capital. Composto por treze municípios e com população total de 451.399 habitantes, apresentam Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) entre 3 e 5. O GRÁFICO 1 ilustra a comparação da distribuição percentual dos municípios do CGR e do Estado de São Paulo, segundo os grupos do IPRS. Verifica-se que nesta região não há municípios com classificação de Grupo 1 (elevado nível de riqueza e bons indicadores sociais) ou de Grupo 2 (bons níveis de riqueza que não se refletem nos indicadores sociais), tendo nos outros três grupos, percentuais maiores que o Estado de São Paulo.

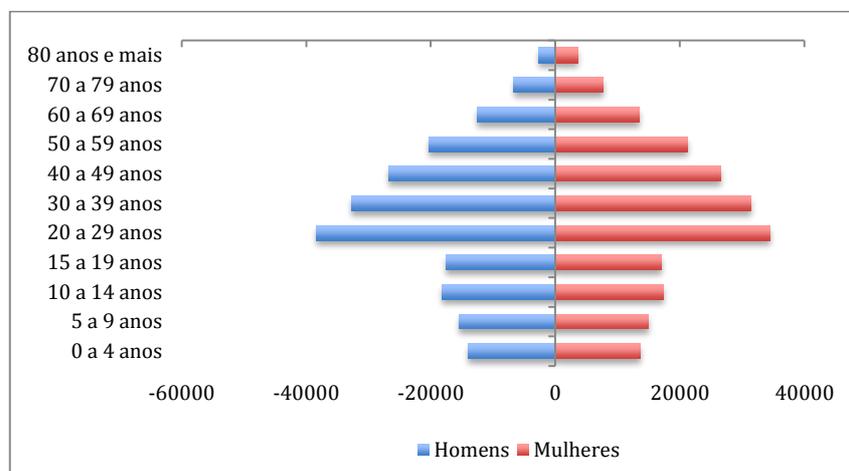
GRÁFICO 1 - Distribuição % dos municípios do Estado de São Paulo e do CGR de Itapetininga, segundo os cinco grupos do Índice Paulista de Responsabilidade Social no ano de 2010.



Fonte: Seade, 2014 (<http://www.iprsipvs.seade.gov.br>)
 acessado em 10 de maio de 2014

Quanto à faixa etária, do total da população, 23,3% eram menores de 15 anos, 65,2% tem idade entre 15 e 59 anos e 11,5% maiores de 60 anos. Quanto ao sexo, dos 451.399 habitantes, 50,4% eram do sexo masculino e 49,6% do sexo feminino. A pirâmide populacional do ano de 2012 está apresentada no GRÁFICO 2.

GRÁFICO 2 - Pirâmide populacional segundo o sexo e faixa etária da população residente no território da Comissão Intergestora Regional de Itapetininga no ano de 2012



Fonte: Censo Populacional 2012 - IBGE/DATASUS

(<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude>) acessado em 10 de maio de 2014

A região à época era basicamente voltada ao agronegócio com a cultura do milho, feijão, soja e frutas e possui pequenas e médias indústrias de manufaturados, roupas, móveis e alimentos. Destacavam-se na região as usinas de cana de açúcar e o plantio de eucalipto, destinado à produção de celulose.

A estratificação populacional caracteriza este CGR como sendo de médio porte populacional:

- cinco municípios com população abaixo de 10 mil habitantes (38,46%);
- seis municípios com população entre 10 e 50 mil habitantes (46,2%);
- dois municípios acima de 100 mil habitantes (15%).

Segundo o PAREPS 2013, até final de 2011, a estrutura de saúde da região era composta por uma rede de serviços com 135 unidades cadastradas no CNES, das quais 76 eram Unidades Básicas, 28 Ambulatórios de Especialidades, 4 Policlínicas, 6 Hospitais Gerais (sendo 4 de médio porte e 2 de pequeno porte), 3 Pronto Socorro, 1 Centro de Apoio a Saúde da

Família, 5 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 11 Postos de Saúde e 31 Serviços de Apoio em Diagnóstico e Terapia.

Analisando a Cobertura de Saúde Suplementar do CGR no ano de 2010, verifica-se que 83,6% da população da região dependia diretamente do SUS e, dessa forma, seu fortalecimento e consolidação era de extrema importância para garantir assistência a saúde na região (SESSP, 2010).

4.1.2 Histórico da composição do Núcleo de Educação Permanente do CGR de Itapetininga

O NEP de Itapetininga foi implantado no final de 2007 por iniciativa do Estado no processo de implementação da PNEPS na região.

Desde a sua primeira formação os integrantes passaram a ser chamados de articuladores de EPS, termo utilizado para todas as pessoas que, sejam em nível regional ou municipal, representam seus municípios e realizam em seus processos de trabalho atividades relacionadas à EPS.

Sua composição inicial e forma de convite foram assim realizados:

- representantes do CDQS (um representante) - nomeado pelo Estado como o agente articulador da EPS que iniciaria as ações de implementação da PNEPS na região;
- trabalhadores de saúde (um representante titular e um suplente, eleitos em oficina) - envio de ofício circular aos secretários municipais de saúde do DRS XVI Sorocaba, com orientação de perfil do profissional mais adequado para compor o NEP e a sugestão de que em reunião com os interessados, fosse eleito o representante;
- usuários (um representante titular eleito em oficina, sem suplente por falta de representante) - no mesmo ofício circular foi especificado que este representante deveria ser necessariamente um membro deste segmento, com assento no Conselho Municipal de Saúde;

- gestores (um representante titular e um suplente) - em reunião da macro região, foi feita apresentação sobre a PNEPS e eleição de dois representantes;
- instituições de ensino (sem representantes) - levantamento de instituições de ensino ligadas à saúde no âmbito do DRS e UNESP, com envio de ofício a cada uma delas;
- colaboradores (seis representantes) - não sendo possível obter a informação de como foram convidados a participar e sua função no NEP.

Nos anos seguintes houve mudanças na composição do NEP, sendo possível se verificar na TABELA 2, entre 2007 e 2012, os segmentos e o número aproximado de integrantes de cada um deles.

TABELA 2 - Composição do NEP e número aproximado de representantes de cada segmento entre 2007 e 2012

SEGMENTOS DO NEP	ANO					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
CDQS/DRS	1	1	1	2	2	2
Trabalhadores de Saúde	2	2	13	13*	13*	13*
Usuários	1	1	2	-	-	-
Gestores	2	2	2	-	-	-
Instituições de Ensino	-	-	-	-	-	-
Colaboradores	6	6	-	-	-	-
Representantes do Núcleo de Humanização	-	-	-	-	-	-
Facilitadores de EP	-	-	-	-	-	-
Apoiadores da Atenção Básica	-	-	1	1	1	1
TOTAL	12	12	19	16[#]	16[#]	16[#]

*número mínimo sugerido, um representante para cada um dos treze municípios que compõem o CGR de Itapetininga.

total com variação dependendo do número de trabalhadores de saúde.

Fonte: PAREPS 2008 a 2013 obtido através do CDQS/DRS Sorocaba.

4.1.3 Instituições de Ensino na área de saúde no CGR de Itapetininga

Nos treze municípios do CGR de Itapetininga, existem poucas escolas de formação de nível técnico (auxiliares e técnicos de enfermagem, agente comunitário de saúde, auxiliar em saúde bucal, auxiliar em farmácia) e apenas uma Universidade (Polo da Universidade Aberta do Brasil) que não tem em sua programação cursos de graduação na área da saúde. Os cursos de pós-graduação ofertados foram na modalidade à distância.

Desde o início da implantação do NEP regional de Itapetininga em 2007, sempre houve por parte do CDQS/DRS XVI Sorocaba a intenção e o esforço de aproximar-se das instituições de ensino da região seguindo diretrizes da PNEPS quanto à composição do NEP. Os representantes foram convidados a participar dos encontros periódicos e das Oficinas de Sensibilização a fim de apresentação das propostas da PNEPS. Entretanto, apesar das medidas adotadas, as participações de representantes deste segmento no CGR de Itapetininga não ocorreram.

4.2 TIPO DE ESTUDO

Foi adotada a abordagem qualitativa de pesquisa, pois este trabalho buscou capturar a perspectiva da população estudada, isto é, "*a maneira como os informantes encaram as questões que estão sendo focalizadas.*" (LUDKE E ANDRÉ, 1986, p.12), assim como as informações registradas em documentos referentes à realidade analisada (LUDKE E ANDRÉ, 1986; SÁ-SILVA, 2009).

4.3 ANÁLISE DOCUMENTAL

No primeiro momento, foi realizada análise documental de todos os PAREPS elaborados pelo NEP do CGR de Itapetininga desde sua implantação em 2007 até o ano de 2013, constituindo-se de cinco documentos

referentes aos PAREPS 2009, 2010, 2011, 2012 e 2013. Estes documentos foram obtidos por solicitação direta à equipe do CDQS/DRS Sorocaba integrante do NEP de Itapetininga, responsável por organizar, elaborar e coordenar a execução dos PAREPS.

No NEP de Itapetininga entre 2007 e 2012, o principal e único documento que consolida todas as informações referentes às ações realizadas pelo grupo e o planejamento para os anos subsequentes são os PAREPS. Além disso, em seu processo de elaboração foi possível vivenciar com os outros integrantes do grupo: momentos de aproximação entre representantes de diferentes segmentos e municípios; troca de experiências e construção coletiva de propostas de ações visando trazer impacto para a região.

Os PAREPS, construídos em atendimento às diretrizes da PNEPS, foram considerados fundamentais para análise, pela: apresentação de dados sócio-demográficos e de saúde do CGR; consolidação das necessidades loco regionais; propostas de ações conjuntas a fim de se buscar a transformação das realidades e práticas de saúde; apresentação das ações realizadas pelo NEP.

Na análise dos PAREPS, procurou-se obter as seguintes informações:

- reuniões realizadas e grupo participante;
- necessidades levantadas;
- atividades realizadas no ano;
- relação entre as atividades realizadas e as necessidades levantadas em anos anteriores;

4.4 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Foram convidados(as) para participar desse estudo integrantes do NEP do CGR de Itapetininga. Devido à característica da grande rotatividade dessas pessoas, em especial do segmento de trabalhadores da

saúde e à falta de representatividade de alguns segmentos, optou-se por definir uma amostra selecionada de membros que preenchessem os seguintes requisitos: presença em pelo menos três reuniões no último ano de trabalho, participação na elaboração de pelo menos um PAREPS e, que mantivessem, no momento do estudo, algum vínculo com a EPS seja em nível municipal ou regional. Tratou-se, portanto, de amostra proposital (WILLMS & JOHNSON, citados por NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS, 2004).

Dos participantes do NEP regional entre 2007 e 2012, sete pessoas preenchiam os requisitos acima e foram convidadas para participar deste estudo.

4.5 TÉCNICAS EMPREGADAS

As técnicas utilizadas foram:

- análise documental, que busca identificar informações factuais nos documentos a partir de questões ou hipóteses de interesse (LUDKE E ANDRÉ, 1986; SÁ-SILVA, 2009);

- entrevista semiestruturada, desenvolvida a partir de um esquema básico de perguntas, porém não aplicadas rigidamente, permitindo ao entrevistador fazer as necessárias adaptações a partir dos dados que for obtendo do(a) entrevistado(a) (TURATO, 2003; FLICK, 2009).(APÊNDICE A)

As entrevistas com os membros do NEP do CGR de Itapetininga foram realizadas pelo próprio pesquisador, em comum acordo com os sujeitos, em horário e local de preferência do entrevistado e de viabilidade para o pesquisador. As entrevistas tiveram duração média de 40 minutos, foram gravadas, transcritas e posteriormente analisadas.

Para garantir o sigilo, a cada entrevistado foram atribuídos a letra "E", correspondendo a "Entrevistado", e um número sequencial de acordo com a ordem em que as entrevistas foram realizadas, sendo o primeiro referido como "E1" e o último como "E7".

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os PAREPS foram submetidos à análise documental, buscando-se uma organização e uma síntese das informações encontradas (SÁ-SILVA, 2009).

Para a análise do material obtido nas entrevistas foi utilizado o procedimento da *análise temática*, que se propõe a descobrir *núcleos de sentido*, isto é, o surgimento dos pontos centrais de significação que, inseridos no discurso, expressariam através de sua aparição e frequência, os valores de referência e os modelos de comportamento numa perspectiva qualitativa (MINAYO, 2004; POPE, 2009). Essa técnica de análise foi realizada em três fases:

- A. pré-análise – Fase em que o pesquisador, com o material já coletado, realiza uma leitura flutuante do mesmo;
- B. exploração do material – É uma fase de codificação, em que se classificam e se agregam os dados em categorias teóricas ou empíricas que organizarão os temas;
- C. tratamento dos resultados obtidos e interpretação – Nessa fase, são interpretados os dados.

Foram realizadas, posteriormente, sínteses e correlações entre o que foi obtido nessas duas análises específicas.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo se baseia nas normas e diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, que apresenta as regulamentações de pesquisas envolvendo seres humanos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - SMS/SP, sob parecer número 417.163, de 07 de outubro de 2013 (ANEXO 1).

A todos os entrevistados foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) com apresentação dos objetivos e propostas deste estudo, estando livres para aceitar ou não sua participação.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 ANÁLISE DOCUMENTAL DOS PAREPS

O processo de implantação da PNEPS na macro região de Sorocaba data do final de 2007, quando da formação dos Núcleos de Educação Permanente (NEP) por CGR. Na ocasião foram estruturados os NEP regionais de Sorocaba, Itapeva e Itapetininga, formados por representantes do CDQS, trabalhadores da saúde, representantes dos usuários, gestores e instituições de ensino.

Desde a sua implantação, os NEP regionais cumpriram com a responsabilidade de organizar e elaborar os PAREPS para o ano subsequente, tendo sido construídos cinco de 2009 a 2013. No momento da coleta de dados desse trabalho o PAREPS 2014 encontrava-se em elaboração.

Nos primeiros anos, o NEP de Itapetininga funcionou baseado em encontros periódicos, de forma descentralizada, realizados nos treze municípios pertencentes ao CGR, a fim de promover aproximação com as realidades locais, o que provavelmente estimulou a integração ao NEP de componentes da gestão e trabalhadores, mas no entanto, sem contar com a participação de usuários e instituições de ensino entre os anos de 2008 e 2012. Já no estudo realizado por FREITAS (2011), na zona leste de São Paulo, em região administrada por Organização Social (OS), uma grande instituição de ensino em saúde, observou-se predomínio na participação do

componente gestão e instituições de ensino, mas ausência de participação de usuários e trabalhadores.

Esse formato de encontros descentralizados mudou a partir de 2009 com a definição do município de Itapetininga, sede do CGR, como o local definitivo para realização dos encontros. Desde então, se fazem presentes os representantes do CDQS/DRS, trabalhadores de saúde e, eventualmente, gestores - secretários municipais de saúde.

No entanto, a participação dos treze municípios que compõem o CGR foi variável, não tendo sido possível fazer o levantamento detalhado de 2007 a 2011, do número de encontros e municípios participantes devido à escassez de registros das atividades realizadas à época. Já no ano de 2012, podemos verificar na TABELA 3, o percentual de municípios representados em cada uma das seis oficinas de NEP realizadas, segundo o registro no PAREPS 2013.

TABELA 3 - Representação municipal nas seis oficinas realizadas pelo NEP Itapetininga em 2012 em número e percentual (%)

	Oficinas						Média no ano
	01	02	03	04	05	06	
Número de municípios (%)	7 (53,8%)	9 (69,2%)	8 (61,5%)	8 (61,5%)	4 (30,8%)	5 (38,5%)	6,8 (52,6%)

Fonte: PAREPS 2013 obtido através do CDQS/DRS Sorocaba

Observa-se na TABELA 3 que ao longo de 2012, na média, apenas metade do número de municípios participaram das Oficinas do NEP regional, indicando possível fragilidade da representatividade em nível regional. O fato de a representatividade ser menor nas duas últimas oficinas poderia ser pela proximidade das eleições municipais.

No QUADRO 1 pode-se verificar as atividades realizadas pelo NEP do CGR de Itapetininga em cada ano, de que PAREPS pertence, bem como as necessidades levantadas pelos PAREPS para o ano subsequente.

QUADRO 1 - Atividades do NEP de Itapetininga realizadas de 2008 a 2013 e necessidades levantadas e registradas nos PAREPS para os anos subsequentes

Ano	Atividades realizadas (Ano do PAREPS em que surge como necessidade levantada)	Necessidades levantadas
2008	1) Curso: Qualificação Profissional na Atenção ao Pré-Natal e Puerpério.	PAREPS 2009 1) Oficina de Educação Permanente 2) Humanização 3) Curso prático para enfermeiros em Pré-Natal 4) Sistemas de Informação 5) Urgência e Emergência 6) Treinamento Introdutório ao PSF 7) Curativos e Feridas 8) Saúde Mental 9) Limpeza Geral 10) Atualização para médicos
2009	1) Curso: Qualificação Profissional de Auxiliar de Consultório Dentário. 2) Oficina de Educação Permanente e Humanização para os Municípios dos CGR do DRS XVI. (2009)	PAREPS 2010 1) Conhecer e entender o Sistema Único de Saúde - SUS 2) Filosofia da Atenção Básica (Modelos de Atenção à Saúde) 3) Acolhimento 4) Capacitação em Saúde Mental para Profissionais que atuam na Atenção Básica
2010	1) Subsídios Pedagógicos para ações de Educação Permanente em Saúde no SUS (2009) 2) Projeto aplicativo do Curso: Gestão da Clínica - Linha de Cuidado de Atenção à gestante (2009) 3) Curso introdutório para Multiplicadores em ESF (2009)	PAREPS 2011 1) Sensibilização dos gestores para a Política de Educação Permanente 2) Fortalecimento do NEP no Colegiado de Gestão Regional 3) Ouvidoria 4) Mortalidade materna infantil
2011	1) Curso Introdutório em Estratégia Saúde da Família (2009)- Este curso foi realizado nos municípios para todas as equipes de saúde da família do CGR de Itapetininga, que tiveram Multiplicadores formados em 2010. O trabalho foi supervisionado pelo NEP regional.	PAREPS 2012 1) "Continuatório" para multiplicadores do Introdutório em Estratégia Saúde da Família. 2) Oficinas de gestores por CGR (Sensibilização) 3) Oficinas de avaliação pós-introdutório (Apresentação de Projetos da Atenção Básica) 4) Curso de implementação Políticas de EP e Humanização

	<p>2) Encontro de finalização e Certificação do Treinamento - Introdutório para Multiplicadores em Estratégia Saúde da Família.</p> <p>3) Garantia de recurso para a Oficina de Sensibilização dos gestores para a PNEPS. (2011)</p> <p>4) Curso de Formação de Agentes Comunitários de Saúde</p>	<p>5) Filosofia da Atenção Básica - processo de trabalho - linha de cuidado materno infantil</p>
2012	<p>1) Formação de agente comunitário de saúde (Finalização do processo iniciado em 2011).</p> <p>2) "Continuatório" para multiplicadores do Treinamento Introdutório à ESF (2012)</p> <p>3) Curso de Facilitadores de EP - Fiocruz</p>	<p>PAREPS 2013 (relatadas no QUADRO 2)</p> <p>1) Oficinas de acolhimento, integração e apoio junto aos representantes da nova gestão em saúde buscando o fortalecimento da atenção básica, utilizando as políticas de educação permanente e humanização como ferramenta de gestão.</p> <p>2) Curso de implementação das políticas de humanização e educação permanente na atenção e gestão em saúde.</p> <p>3) Fortalecimento das redes de atenção à saúde (RRAS).</p> <p>4) Curso de formação de agentes comunitários de saúde.</p> <p>5) Construção coletiva de projetos para atender as necessidades locais de educação continuada que tivessem impacto regional, na lógica da educação permanente.</p>
2013	<p>1) Oficinas de gestores por CGR (Sensibilização) - Renomeada como Oficina de Integração e Apoio Intergestores. (2011)</p>	<p>PAREPS 2014 - Este documento ainda não foi finalizado, estando em processo de elaboração quando este estudo foi realizado..</p>

A análise dos dados levantados nos PAREPS do período estudado sugere que o NEP de Itapetininga priorizou atividades/ações que corroboraram os objetivos da PNEPS, bem como com a implementação dos princípios e diretrizes do SUS na região. Enquanto nos estudos de PEDUZZI (2009) e FREITAS (2011) em que os projetos de capacitação davam-se muito mais a partir de determinação externa ou do ponto de vista da gestão, no NEP de Itapetininga os processos adotados para a construção dos PAREPS e

definição das propostas de ações para a região, partiram do levantamento das necessidades realizadas pelos trabalhadores de saúde nos níveis municipais, aproximando-se do conceito de EP: *"é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm."* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, pág 11). Entretanto, pela ausência de referência à presença dos usuários e instituições de ensino neste estudo, entende-se que haja um distanciamento da condição ideal para o processo de formação para o trabalho na área da saúde - quanto ao quadrilátero da formação e desenvolvimento profissional - referida por CECCIM (2004) e a relação entre as instituições de saúde e educação por LOPES et al. (2007).

Observa-se que as demandas levantadas nos PAREPS não foram concretizadas nos anos programados e há casos, como a atividade Oficinas de Gestores por CGR realizada em 2013, do PAREPS 2011, que levaram três anos para ocorrer. Nos PAREPS analisados, foi possível verificar que muitas causas podem explicar a não realização das atividades na época planejada, como: atraso na liberação de verba, ano de eleições governamentais e rotatividade dos profissionais. A pouca priorização da EPS por alguns profissionais da gestão pode ter sido uma grande dificuldade para o sucesso de sua implementação, como também encontrado nos estudos de LARANJA (2012) e LIMA, ALBUQUERQUE & VENCESLAU (2014).

A manutenção do mesmo grupo coordenador do NEP regional de Itapetininga entre 2007 e 2012 pode ser considerado como grande fator positivo no processo de implementação da PNEPS na região. Quando sob a mesma coordenação, transformações foram detectadas na elaboração dos PAREPS, que refletem maior maturidade de todo o grupo:

- transformação das necessidades de Cursos de Formação pontual para determinadas categorias profissionais, para os chamados Temas de Qualificação, com abordagem mais ampla dos processos de formação direcionados à região e não somente a grupos específicos de profissionais;

- a visão de fortalecimento das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) com a intenção de desenvolvimento de ações descentralizadas, em particular, através da Construção Coletiva de Projetos para atender as necessidades locais de Educação Continuada que tivessem impacto regional. Desta forma, procurou-se fortalecer o papel dos CGR no processo de gestão local dos seus recursos, passando a depender menos do que o Estado pode oferecer;
- avaliação das ações realizadas e revisitação dos PAREPS de anos anteriores a fim de reavaliar as propostas e analisar com vistas ao contexto atual;
- a execução de cursos e oficinas com temas definidos a partir das necessidades sentidas pelos profissionais e a existência de temas relacionados à EPS reforçam o avanço da implementação da PNEPS na região.

Diferente do acontecido nos anos anteriores em que a rotatividades dos participantes foi claramente descrita como uma dificuldade, foi citado no PAREPS 2013 (pág 63): "*A rotatividade dos participantes não ocorreu em 2012 e podemos considerar como positivo e extremamente importante este fato em relação aos anos anteriores; Conforme nossa percepção isso favoreceu a EP municipal, contribuindo para aproximação do representante do NEP municipal com a gestão, nos municípios que participaram assiduamente.*"

Segundo o comentário de LIMA et al. (2014, pág. 434), para a citação de PINTO (2008), "*é importante que os espaços coletivos existam para que as pessoas se encontrem, conversem, discutam, falem sobre seus conflitos, combinem formas de trabalhar e firmem compromissos.*". CASTRO & CAMPOS (2014) já haviam demonstrado mudanças relevantes nos profissionais no que diz respeito às dimensões clínica, política-institucional e do governo de si mesmos a partir de um curso-intervenção utilizando o

Método de Apoio Institucional Paideia como estratégia para a EPS. Isto sugere que a permanência dos profissionais no processo, no mesmo espaço coletivo e com apoio institucional (CASTRO & CAMPOS, 2014), garante ao longo do tempo maior capacidade aos articuladores de EPS para desenvolverem suas atividades e maior preparo profissional para exercer este papel no desenvolvimento do SUS na região.

No QUADRO 2, consolidado de necessidades do CGR Itapetininga do PAREPS 2013, pode se verificar a existência de cinco temas a serem desenvolvidos ao longo do ano de 2013. Destes, um Curso de Formação voltado aos Agentes Comunitários de Saúde, dois focados para implementação da EPS na região, um para fortalecimento da RRAS e um para disponibilização de verba para atendimento de necessidades que tragam impacto regional. Temas esses de grande relevância para o desenvolvimento da EPS na região.

Em 2013 foi realizada uma atividade intitulada Oficina de Integração e Apoio Intergestores em atendimento a necessidade levantada no PAREPS 2011. Teve por objetivo sensibilizar os gestores de saúde dos municípios do CGR de Itapetininga que assumiram o cargo no início do ano.

O PAREPS 2014 encontra-se em elaboração pelo grupo do CDQS/DRS XVI Sorocaba.

QUADRO 2 – Consolidado de necessidades CGR Itapetininga elaborado em 2012 e integrante do PAREPS 2013

Fonte: PAREPS 2013 obtido através do CDQS/DRS Sorocaba

TEMA	JUSTIFICATIVA	RESULTADOS ESPERADOS	PÚBLICO ALVO
Oficinas de acolhimento, integração e apoio junto aos representantes da nova gestão em saúde buscando o fortalecimento da Atenção Básica, utilizando as políticas de educação permanente e humanização como ferramenta de gestão. (04 oficinas)	Com o início do novo mandato municipal (2013-2016), novos atores estarão iniciando na gestão municipal, com isso novos desafios. É grande a possibilidade de ocorrerem mudanças e, conseqüentemente, teremos novos grupos de trabalho. Dessa maneira, instrumentalizá-los, sensibilizá-los e norteá-los sobre a atenção básica e as políticas de educação permanente e humanização será fundamental para o fortalecimento dessas políticas.	Apresentar aos gestores as políticas de atenção básica, educação permanente e humanização e apoiar os mesmos no processo de intervir no cenário de saúde das regiões, com foco na atenção básica, inter-relacionada com as redes de atenção à saúde, utilizando-se da educação permanente e da humanização como ferramentas resolutivas para a gestão.	Secretários municipais de saúde dos municípios da área de abrangência do DRS 16 - Sorocaba
Implementação das políticas de humanização e educação permanente	Necessidade de utilizar a EPH como ferramenta de mudança das práticas através da reflexão do processo de trabalho e para enfrentamento de problemas e construção de propostas conjuntas.	-Profissionais mais preparados e comprometidos com o trabalho. -Acolhimento mais resolutivo. -Ações propostas com base nos princípios da PNH - EP	Profissionais de saúde
Fortalecimento das redes de atenção a saúde (RRAS 8)	Necessidade de conhecimento dos serviços de saúde nos municípios e na região em todos os níveis de atenção para fortalecimento das linhas de cuidado, bem como o processo de implantação da RRAS	-Rede resolutiva - Aproximação dos profissionais com Qualisus -Melhoria das relações interpessoais, favorecendo a construção das redes municipais e melhoria no serviço prestado à população	-Representantes das unidades de saúde, dos diversos níveis de atenção. -Multiplicadores da ESF

			-Facilitadores de EP e Humanização dos municípios.
Curso de formação de agentes comunitários de saúde	Profissionais atuando na ESF e PACS sem qualificação formativa preconizada para esta categoria segundo a Lei 10.507 de 10 de julho de 2002	Profissionais formados e melhor preparados para atuação profissional junto aos territórios e suas equipes	ACS
Disponibilização de recursos para atender necessidades "locais" apontadas por vários municípios e que tenham impacto regional.	Na região existem profissionais com qualificação para atender as necessidades "locais" levantadas pelos municípios e que tem vontade e disponibilidade para construir e executar projetos de intervenção, fazendo-se necessário apenas aporte financeiro para viabilizar os projetos (material didático, alimentação para os participantes).	<ul style="list-style-type: none"> -Utilização da metodologia ativa no processo de trabalho. -Fortalecimento e sustentabilidade dos NEP'S municipais. -Fortalecimento e articulação do NEPH no colegiado. -Sensibilização e abertura de espaço para EP. -Conhecimento da rede. -Nivelamento técnico dos profissionais nas necessidades locais levantadas na região. 	Profissionais de saúde.

5.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Dos sete entrevistados, cinco eram servidores municipais e desenvolviam atividades no atendimento direto ao usuário, na administração municipal e na gestão de projetos. Todos os cinco realizavam atividades com os trabalhadores da saúde relacionadas a planejamento, informação e avaliação. Os outros dois entrevistados eram servidores estaduais, pertencentes ao CDQS/DRS e desenvolviam atividades na gestão do NEP Itapetininga bem como dos outros dois NEP do DRS XVI Sorocaba. Todos os entrevistados eram articuladores de EPS. Observou-se que a idade dos articuladores variou de 27 a 55 anos de idade. Quanto ao sexo, dois eram do masculino (28,6%) e cinco do feminino (71,4%). Quanto ao nível de formação, seis (85,7%) eram pós-graduados e apenas um (14,3%) possuía curso de nível técnico. Quanto ao tempo de participação no Núcleo de Educação Permanente, a variação foi entre um e seis anos, sendo a maior porcentagem (71,4%) de três a cinco anos, cujo tempo pressupôs-se que teriam desenvolvido alguma experiência em EP.

A partir do procedimento da análise temática de conteúdo, emergiram sete categorias dos depoimentos:

- o conceito de Educação Permanente e sua dinamicidade;
- a forma de ingresso e participação no Núcleo de Educação Permanente Regional;
- as atividades realizadas pelos articuladores de EPS nos seus ambiente de trabalho;
- as dificuldades enfrentadas na prática local;
- as sugestões para melhoria do processo de implementação da PNEPS na região;
- a elaboração dos PAREPS: expectativas, resultados e potencialidades;
- as transformações pessoais oriundas do envolvimento com a Educação Permanente.

5.2.1 O conceito de Educação Permanente e sua dinamicidade

Capacitar profissionais para atuar no SUS foi considerado um desafio. Aproximar a formação das reais necessidades dos usuários e qualificar o cuidado deveriam estar presentes nos processos educativos, partindo da reflexão sobre a prática profissional existente, que já possui seus valores e significados previamente estabelecidos (BATISTA, 2011).

O processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, proposto pelo Ministério da Saúde, vem ocorrendo no CGR de Itapetininga ao longo dos últimos anos, seguindo as premissas teóricas como: *"A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. (...) 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."* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Algumas falas parecem estar sugerindo maior apropriação do conceito de EPS:

"Antes eu entendia uma coisa, depois, participando dos encontros, eu mudei meu entendimento. (...) EP é uma política de formação para ajudar os profissionais para que eles possam trabalhar, fazer as suas ações em cima do dia-a-dia..." (E1)

"É uma espécie de troca. Troca de informações. É o cotidiano, as ações diárias que circulam e mais o apoio técnico de fora, para ajudar a gente a entender o que às vezes passa despercebido." (E2)

"É um processo de construção coletiva de conhecimento dentro do trabalho. (...) Passa pela discussão do trabalho, planejamento e controle social." (E5)

"Extrapola as técnicas pedagógicas do ensino formal e migra para um processo de construção de conhecimento dentro do trabalho (...) Ultrapassa esse processo de formação continuada do trabalhador, incorporando o controle social, a gestão do próprio trabalho, construção de uma dinâmica de formação que tenha o processo de trabalho como base do aprendizado." (E5)

"Parte do que as pessoas conhecem e vivenciam na prática. (...) É uma política, está dentro de um eixo estruturante no qual as pessoas não tem noção de que ela pode favorecer a saúde do município e das pessoas [e de] como ela pode ser trabalhada a favor da política pública." (E7)

Enquanto em outras falas, a EP pareceu se restringir ao campo teórico, sem definição e execução de suas práticas.

"A EP vai trazer metodologia para auxiliar a formação do profissional no seu trabalho do dia-a-dia, os problemas que enfrenta e os problemas da população." (E1)

"Ninguém tem um protocolo do que é Educação Permanente." (E2)

"Ainda é algo que está na teoria. Não se consegue que funcione." (E4)

"[Comenta-se sobre uma das formas mais populares de se fazer EP, em que], existia o jargão da roda de conversa, conversar por conversar." (E7)

Somado a essa dificuldade de definição do modelo prático, o processo de implementação adotado na região contemplou em especial às

necessidades levantadas pelos trabalhadores de saúde, sem ter obtido toda a abrangência da proposta do MS (2007) quando estabeleceu como objetivo para a EPS: transformar as práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor Saúde. Já no estudo realizado na zona leste de São Paulo por FREITAS (2011), parecia que o NEP regional atuava, em especial, como um fórum para discussão e definição de projetos de formação a partir do ponto de vista da gestão.

"O trabalhador problematizar baseado no dia-a-dia." (E1)

"Deu um problema e a gente tem que buscar as informações (...) é estar capacitando no dia-a-dia." (E2)

"EP é contínua, nunca para, fundamental para a equipe. (...) [Trata-se da] discussão do processo de trabalho." (E3)

"Uma formação constante dos participantes. (...) Integração dos funcionários"(E4)

5.2.2 A forma de ingresso e participação no Núcleo de Educação Permanente Regional

Apesar de a implementação da PNEPS ter iniciado em 2007, ainda não foram estabelecidos os caminhos de como um trabalhador de saúde inserido no SUS se envolve com a Educação Permanente e suas atividades. O processo de formação do grupo de pessoas que constituíam o NEP regional aconteceu de diferentes meios. Mesmo tendo sido solicitado pelos representantes do CDQS aos gestores para que fossem convidados os trabalhadores de saúde com orientação de perfil do profissional mais adequado para compor o NEP do CGR de Itapetininga, houve grande variabilidade nos critérios de inclusão dos profissionais envolvidos.

Alguns se sentiram "jogados".

"Fui empurrada." (E1)

"Fui jogado." (E3, E5)

Para outros, poderíamos utilizar a expressão "jogaram-se".

"A ideia me interessou e acabei me indicando." (E2)

"[Eu] me ofereci. Vi que existia e fiquei interessada em conhecer." (E4)

Outros, ainda, por um histórico de trabalho relacionado a atividades em grupo ou em educação e/ou por afinidade ao tema, passaram a participar naturalmente das atividades do NEP regional.

"Eu já participava com ações de educação em saúde." (E1)

"Minha maneira de trabalhar era buscar equipes; criei espaços de discussão com trabalhadores, que era lógica da EP. Fui convidada a trabalhar com isso." (E6)

"Algumas pessoas do estado que trabalhavam comigo me diziam que eu tinha perfil para trabalhar nesta área." (E7)

O que se percebe é que ocorreu grande variabilidade no processo de formação do grupo que compõe o NEP regional. Além disso, o fato de ser escolhido ou de iniciar sua participação, não garante a permanência dessas pessoas no NEP regional.

Dificuldade como o custeio para a participação nas reuniões do NEP regional é superada, quando possível, por esforço próprio e/ou interesse em manter este tipo de atividade.

"Transporte, diária, fica por minha conta e essa é uma situação que dificulta o município devido ao custo." (E4)

Em outros casos, os profissionais que se mantêm no NEP são aqueles que têm, em sua rotina de trabalho do dia-a-dia, a tarefa de: gestor, mediar grupos ou participar da direção e de planejamentos locais.

"Pelo tempo que estou na frente da direção (...) e quando o pessoal de Sorocaba informou que teria um novo assunto, a Educação Permanente, me indiquei para ir." (E2)

"Neste município, a equipe é menor e tive o apoio da gestora, então consigo fazer mais." (E3)

"Não havia ninguém que quisesse ou tivesse algum perfil para estar envolvida com a Atenção Básica. Houve demanda da DRS de que alguém da Atenção Básica se envolvesse." (E5)

Essa fragilidade no processo de composição do grupo do NEP regional pode representar grande desafio no processo de consolidação da PNEPS na região visto que sua existência depende basicamente de pessoas que, em sua maioria, têm critérios aleatórios de inclusão e enfrentam dificuldades para a permanência por falta de apoio e indefinição quanto às práticas diante de suas realidades municipais. A existência de um regimento como referido por FREITAS (2011), no NEP da zona leste do município de São Paulo, poderia facilitar a consolidação de sua implantação.

5.2.3 As atividades realizadas pelos articuladores de EPS nos seus ambientes de trabalho

Participar do NEP regional, para alguns, foi uma forma de aproximação da fundamentação teórica e de aspectos práticos da PNEPS, tornando possível incentivar, estimular e desenvolver a realização de atividades com características da EP em seus ambientes de trabalho, disseminando-as para os municípios, como observado em estudo realizado

por CAROTTA et al. (2009) no município de Embu, assim como permitir maior capilaridade e valorização dos espaços de construção loco-regionais como no estudo de NICOLETTO et al. (2013) no Paraná.

"Muita coisa nova está vindo, o importante é compartilhar." (E2)

"Alguns conhecimentos e projetos que ficava sabendo, trazia para o [meu] município (...)" (E4)

Dificuldades foram apontadas para a realização de atividades de EP em nível municipal.

"As ações foram poucas. O grupo ficou 'patinando.'"(E1)

"Falta de tempo. As pessoas em geral fazem muitas coisas ao mesmo tempo. [Há] acúmulo de atividades dos componentes do grupo." (E1)

"Por não ter reforço da gestão, fica difícil fechar a Unidade, fazer reuniões. Alguns funcionários gostam e outros acham besteira." (E4)

"Na prática, não temos esse espaço contínuo de construção." (E5)

Entretanto, foi possível identificar que houve determinação e capacidade de se colocar em prática diversas atividades visando propiciar a formação e desenvolvimento profissional dos trabalhadores de saúde.

"Sempre que posso, tento passar indicadores para todos os trabalhadores. Instigo as pessoas a fazer as reuniões de capacitação. Tudo que vem de novo tento passar aos trabalhadores." (E1)

"[Foi possível realizar] encontros com trabalhadores de saúde." (E2)

"[Realizamos] levantamento de necessidades, encontros quinzenais, em que se discute o processo de trabalho, as coisas que não estão dando certo, assuntos atuais."(E3).

"Consegui fazer uma reunião com funcionários, intitulado NEPH." (NEPH - Núcleo de Educação Permanente e Humanização) (E4)

"Houve eventos através de rodas, fazermos levantamentos e novos questionamentos que seriam discutidos em outras reuniões." (E5)

"Quando se senta para discutir processo de trabalho, a gente começa a enxergar que mudanças podem ajudar a todos."(E6)

"[Foi possível] coordenar o trabalho do NEPH na DRS Sorocaba: são 48 municípios." (E7)

A inclusão de usuários no processo de EP foi ressaltada por um dos entrevistados.

"Educação Permanente é também ir às comunidades." (E1)

"A Conferência Municipal é feita a cada quatro anos e é necessário fazermos as pré-conferências. Neste ano, usei o modelo da EP e o tema usado foi 'O que tem de bom, o que tem de ruim e o que se pode fazer para melhorar a saúde da comunidade'. Descobri, por exemplo, que um animal na pista pode ser um problema de saúde, [pois pode causar] um acidente." (E1)

Independentemente da ação realizada, o exercício da EP em sua forma proposta, surgiu como uma possibilidade de reorganizar o modo ou processo de trabalho com o grupo de trabalhadores da saúde, aproximando-se da proposta sintetizada por CECCIM (2005), quando acredita em "(...)

disseminar capacidade pedagógica por toda a rede do Sistema Único de Saúde, de forma que se cumpra uma das mais nobres metas formuladas pela saúde coletiva no Brasil: tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho."

"Eu acredito neste modelo: formação de um espaço contínuo e permanente dentro das equipes de trabalho, não sendo homogêneo, avança para um modelo em que, a partir deste espaço, as equipes demandassem tanto na questão de gestão, mas também de formação e qualificação do trabalhador." (E5)

"Temos trabalhos específicos de EP devido a demandas externas. Vamos usar a desculpa dessas demandas externas (...), por exemplo, trabalhar a questão da mortalidade infantil, (...), levando a discussão em rodas, com tópicos de educação continuada, tentando levar o modelo de EP e repensar as ações." (E5)

"É uma oportunidade de discutir o que se faz. Oportunidade para as pessoas pensarem e trazerem suas ideias." (E6)

5.2.4 As dificuldades enfrentadas na prática local

Grande distância existe entre a concepção teórica da Educação Permanente formulada pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE em 2004 e seu exercício na prática como pode ser verificado nos estudos de SARRETA 2009, FREITAS 2010, CASTRO & CAMPOS, 2014. Entretanto, foi possível observar que todos os envolvidos, como representantes de seus respectivos municípios ou em nível central, conseguiram desenvolver alguma atividade relacionada à EP.

Porém, enfrentaram dificuldades. Uma delas diz respeito ao interesse e motivação dos trabalhadores para aderir ao processo.

"É preciso que as pessoas aceitem que precisam aprender mais. Há muita comodidade na função. Seria necessário (...) um plano de carreira. Poderia ter um incentivo financeiro, que seria uma motivação para participar. (...) Antigamente se pensava: 'Vou fazer tal coisa para ser reconhecido.' Hoje, não; é 'Quanto vou ser reconhecido para aprender?' O problema é que pessoal chega num ponto que não quer mais saber: 'Para que se esforçar se não vou ganhar nada com isso?' 'Por que vou pegar mais responsabilidade, se não vou ganhar nada?'" (E2)

"Há muita resistência por parte dos trabalhadores. Embora as reuniões sejam dinâmicas, os trabalhadores não entendem muito bem porque precisam se reunir." (E3)

"Existe falta de vontade dos funcionários; são muito acomodados." (E4)

"Não há um vigor, energia para criação pelos próprios trabalhadores para gerar esse espaço. Falta energia motivadora para tudo. É uma energia que contagia, mas tende a se esgotar devido às idas e vindas do SUS. (...) Eu acredito na roda, mas, pela experiência que tivemos, não acredito na roda que não tenha um processo de manutenção, de um momento direcionado. As pessoas não têm energia para evolução dentro deste processo. Elas precisam ser o tempo todo alimentadas. A própria gestão não tem pessoas preparadas para manter tais grupos sempre energizados." (E5)

"As pessoas não querem mudar, sair de sua zona de conforto. As pessoas não trabalham por prazer, mas por necessidade. Não conseguem alinhar a necessidade com a realização profissional. Pessoas não têm raízes, não estão preocupadas com a função real. Não querem se expor. Se sentem confortáveis fazendo do mesmo jeito." (E6)

Como a EP constitui um processo longo de transformação, o tempo exigido para que surjam resultados palpáveis é considerado um problema.

"Pessoas querem mensurar, querem resultado imediato. Rever cultura e maneiras de como as pessoas trabalham é a coisa mais difícil que tem, fazer o ser humano se olhar ou olhar para a prática de trabalho, entender o cenário em que está, não é um processo simples e depende do querer dele também." (E7)

A existência de comprometimentos dos gestores com a política, a prática da avaliação e a mudança do modelo gerencial verticalizado constituem condições para a sustentabilidade da EPS como apontou NICOLETTO et al, 2013. No NEP de Itapetininga, o incentivo por parte dos gestores locais para que a EPS propicie uma mudança no processo de trabalho e contribua para resolução dos problemas cotidianos, é citada em duas falas como uma dificuldade.

"Há ausência de apoio financeiro para custear as despesas; falta de apoio do gestor e do estado. Se houvesse obrigatoriedade do estado, ficaria mais fácil." (E4)

"Gestão não tem interesse em gerar esse espaço. (...) Há dificuldade estrutural - sentido amplo - pessoal, equipamento, carro para deslocamentos. [E também falta interesse em] participar deste processo de incendiar os grupos." (E5)

E o apoio por parte dos gestores, entendido pelos articuladores de EP como: custeio para deslocamentos e participação nas reuniões municipais e regionais; subsídios e interesse para a realização de reuniões com as equipes de trabalho com características de EP; legitimação das decisões e propostas das reuniões; práticas definidas para a utilização da EP como ferramenta de gestão, uma condição que contribui para o processo.

"Em dois municípios com gestão diferenciada as coisas acontecem." (E6)

Alguns entrevistados perceberam a importância de participação da população, mas enfrentaram resistência.

"Os pacientes também não entendem porque tem que fechar o posto. Não entendem os motivos de se fazer reunião de EP tendo que fechar a unidade. (...) Não há ainda a inserção da população, pretende-se inserir mais adiante os conselheiros de saúde. Existe a ideia de se chamar os conselheiros municipais de saúde para participar das reuniões." (E3)

"(...) acredito ser a grande ferramenta para alavancar a EP. Há resistência dos profissionais de participação do controle social. Ainda temos dificuldade para enxergar o controle social como mola propulsora de organização do trabalho e funcionamento do sistema." (E5)

A indefinição quanto à composição da equipe de articuladores de EP, sua dinâmica de trabalho e apoio também são consideradas como grande dificuldade.

"Fixar profissionais no grupo, pessoas que dedicassem tempo para isso, para poder planejar, executar, participar de reuniões em nível municipal e também regional. Falta de tempo desses profissionais. (...) É preciso pessoas para se dedicar." (E1)

"Toda hora fica apagando incêndio e acaba não tendo tempo para outras coisas. (...) Só eu vou. Uma equipe é diferente. Mais pessoas animam mais para fortalecer o grupo. Ter uma equipe ajudaria." (E4)

"Equipe reduzida (uma pessoa) para manter processo contínuo das rodas, espaços coletivos de discussão

dentro das equipes.(...) Dificuldade de fixação de profissionais na EP. (...) Dificuldade de agregar um grupo, pois o grupo se retro alimenta."(E5)

"Fazer o trabalho sozinha. (...) para trocar ideias e sua experiência. Fazíamos sempre avaliação das reuniões realizadas. (...) O conceito de EP por si não basta. Difícil é como trabalhar esse conceito com as pessoas."(E7)

O Método da Roda, ferramenta muito citada como instrumento de EPS, adota *"como diretriz metodológica a instalação deliberada de processos que objetivem a construção de Espaços Coletivos. Entendendo-se por Espaços Coletivos arranjos concretos de tempo e lugar, em que o poder esteja em jogo; e onde, de fato, se analisem problemas e se tomem deliberações."* (CAMPOS, 2005, p. 42). A roda foi citada em algumas falas, entretanto, ao longo do tempo, integrantes do NEP de Itapetininga perceberam desinteresse das pessoas na forma de utilização deste instrumento. O insucesso do uso dessa ferramenta pode indicar que seja necessário mais formação teórica do articulador.

"Nunca fomos capacitados. [Há necessidade de] priorizar a EP pelo Estado. Cobrar, exigir." (E4)

"A gente tenta montar a roda, mas até no sentar, existem pessoas que sentam fora da roda, não se incluem."(E6)

"Roda de conversa por conversa não leva a nada. [Para] se dispor a fazer o diálogo sobre algo, é preciso ter um objetivo. Precisa ter método, material e objetivo. Sentar para conversar não leva a nada: os gestores veem desta forma."(E7)

A EP tem sido entendida como um avanço em relação à Educação Continuada - que enfoca essencialmente a atualização técnico-científica pela transmissão vertical de conhecimentos (professor-aluno) e não é acompanhada de uma reflexão sobre a própria prática. Nas propostas de

Educação Continuada, geralmente, quando os profissionais retornam aos seus serviços, não conseguem aplicar o que 'aprenderam' e muitas vezes constata-se que o que aprenderam não lhes fornece elementos suficientes para enfrentar a problemática de sua realidade de trabalho como referiu CARDOSO et al., 2005.

Já nas propostas de EP, se preconiza a transformação das práticas cotidianas, das ações de saúde. Em exemplo citado por um dos entrevistados, a partir de uma estratégia adotada com a equipe de profissionais de saúde, com características de EP, percebeu-se uma transformação de uma prática de saúde anteriormente utilizada.

"(...) um tempo atrás, houve um caso de coqueluche, (...) eu fiquei sabendo a partir dessa turbulência que deu [em torno da forma de condução do caso], deu problema, a gente teve que resolver com a equipe, (...) que acima dos seis meses de idade a equipe poderia começar o tratamento somente com a suspeita, (...) é capacitar com as coisas que acontecem no dia-a-dia."(E2)

Na região pesquisada neste estudo, independentemente do grupo formado, dos PAREPS elaborados e das atividades realizadas com características de EP, houve a percepção, por um entrevistado, de que o que se obteve com o processo de implementação da PNEPS na região se limitou à propostas de qualificação dos trabalhadores de saúde.

"[Atualmente, o processo] se limita a sugestões de qualificação e não de transformação das ações." (E5)

5.2.5 As sugestões para melhoria do processo de implementação da PNEPS na região.

A participação em um processo como o de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na região permite aos

articuladores de EPS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008) vivenciar e conhecer os desafios e possíveis soluções. Alguns percebem que é necessário maior dedicação, seja em tempo, seja em organização e planejamento das atividades, a fim de se obterem os resultados esperados.

"[É preciso] dedicação ao NEP." (E1)

"Percebo que a manutenção de alguns técnicos dentro da gestão facilita a construção da EP. A vontade individual também não é suficiente. Não se constrói [só] com a capacidade de se falar das pessoas. Seria interessante ter mais ferramentas e outros subsídios pedagógicos." (E5)

"Precisaria fazer só isso. Falta tempo. Consegue ser melhor se tiver uma pessoa pensando nisso. Que tenha um pensante, que circula e convive com os que trabalham, levantando propostas e realizando ações." (E6)

"Falta comprometimento das pessoas no processo de instrumentalização para a EP." (E7)

A troca de experiências sempre foi ressaltada como importante e parte do processo. Diferentes estratégias foram sugeridas pelos entrevistados.

"Vivenciar juntos, roda, são muito importantes para as trocas, mas deveria mudar um pouquinho, ter outras atividades." (E1)

"Fazer encontros para trocar figurinhas. Tem horas que deveria fazer um encontro só de experiências dos municípios. Apresentar o que soma. Fazer encontro a nível regional para essa troca de experiências." (E2)

"Trazer novas tecnologias e estimular a equipe a querer se desenvolver." (E3)

"Dominar técnicas de facilitação de grupos. Não vejo que as técnicas foram suficientes para mobilização de grupo. Precisamos das mais variadas possíveis. Quando se tem um leque de opções, é possível direcionar o trabalho para diferentes grupos. Mobilizar grupo é o grande papel do articulador de EP." (E5)

"A roda não pode ser apenas uma roda, tem que ter seu objetivo, intencionalidade." (E6)

"É necessário conduzir as rodas com uma intencionalidade. Criar espaços para conversa - entretanto é necessário estruturar a forma de como isso será realizado. Se eu vou colocar um recurso didático, um disparador, uma situação problema, um agravo, uma pergunta, um filme, para sensibilizar, ele tem que ter uma intenção, para disparar nas pessoas uma reflexão (...) para uma nova ação de prática." (E7)

Desta forma, ter mais tempo dedicado ao exercício da função como articulador de EPS parece consenso entre os entrevistados. Assumir diversos compromissos incluindo aqueles que já fazem parte do rol da função do trabalhador faz com que a EP fique em segundo plano e, sua prática, considerada secundária. Além disso, não basta apenas tempo, mas um processo de formação do próprio articulador, seja na definição daquilo que lhe é esperado, seja nas ferramentas a serem utilizadas no dia-a-dia. Num estudo da avaliação da participação de um curso de formação de facilitadores em EPS – estratégia adotada pelo MS – realizado no Paraná, houve o reconhecimento dos participantes da contribuição na potencialização da EPS (NICOLETTO, 2013).

5.2.6 A elaboração dos PAREPS: expectativas, resultados e potencialidades

Dentre as ações esperadas que sejam executadas pelos NEP regionais, a elaboração anual dos PAREPS é considerada importante para o norteamento das ações e direcionamento dos esforços dos diferentes segmentos da saúde pública para o processo de transformação das práticas e condições de saúde de uma determinada população e sua realidade loco-regional.

A elaboração dos PAREPS é realizada ao longo do ano, sob coordenação do CDQS/DRS e com a participação dos articuladores de EP em seus respectivos municípios e em nível regional (CGR). A forma de elaboração e periodicidade são questionadas.

"O Plano, como instrumento de gestão, tem seu arcabouço teórico que é bonito no papel. (...) Com a construção centralizada, a relação com os municípios fica difícil, pois os municípios ainda trabalham focados na educação continuada, ou seja, cursos. O modelo de construção do PAREPS deve evoluir." (E5)

"Deveria ser para um período mais longo. Um ano é muito pouco para se colocar em ação. PAREPS muito extenso e fechado nos temas, não se consegue realizá-lo. Após um ano, por exemplo, deveria primeiramente, se checar tudo aquilo que não foi realizado e, a partir daí, trazer propostas para o próximo ano. (...) Deveria durar pelo menos três anos. Nos anos de eleição, nada se consegue resolver, por não se ter acesso às verbas." (E6)

"A elaboração está muito distante do ideal. As pessoas entendem como uma tarefa, uma tarefa que eu tenho que cumprir pois todo ano tenho que fazer e pronto. Em alguns lugares houve avanço, mas ainda não se conseguiu interiorizar a necessidade de um planejamento. Elas não conseguem enxergar seis meses à frente do que vão precisar." (E7)

Há desafios apontados no processo de elaboração dos PAREPS. A rotatividade dos participantes foi uma delas.

"A rotatividade de gente, tem sempre gente nova entrando, daí você tem que fazer a parte de convencimento de novo. Uma coisa que eu tenho percebido ao longo desse tempo que estou aqui é que muita coisa que a gente começa não vê [continuidade]. Trabalha, trabalha, por exemplo, vamos formar rede, faz e não vê resultados. Logo, muda para outra ação." (E2)

Outro desafio apontado é quanto à dificuldade de articulação entre as diferentes realidades vividas em nível estadual, que elabora o plano, das realidades municipais, que deveriam colher os frutos das ações propostas.

"A esfera superior deveria vir ao município para saber o que enfrentamos ao invés de empurrar o que temos que fazer, tem que começar a ouvir também." (E2)

"Quando a decisão é em nível municipal é mais fácil; quando envolve o estado, é mais difícil. Ai precisa que os Colegiados se unam." (E3)

"Todos levam as necessidades e demandas municipais, mas o Estado não consegue organizar e executar. Há falta de organização e objetividade para realização das ações propostas. Não sei o que acontece (...) a coisa emperra. Não sei se por falta de verba ou de organização, mas as ações não são realizadas." (E4)

"O estado deveria estar mais próximo dos municípios já que a execução acontece a nível municipal e deveria se respeitar os tempos. (...) Muitas das demandas municipais não são atendidas. Falta de apoio para o que o município está demandando, mesmo que não seja focado para a EP." (E5)

"Elaboração a nível regional e execução a nível municipal, torna a máquina muito burocrática e difícil de ser executada. Há um afastamento entre os municípios e o estado. Faz-se levantamento das necessidades, mas o Plano é elaborado de forma centralizada, poucas ações são realizadas sob sua organização e os municípios acabam por desanimar frente às execuções e se afastam do processo, já que muitos dos levantamentos e necessidades não são contemplados. Muitas das demandas municipais não são atendidas." (E5)

"O fato é que se você pergunta quais são as dificuldades, as pessoas colocam todas. 'Como é que a gente faz para resolver?' - não passa desse passo. Fiz uma estratégia para me aproximar dos municípios, instrumentalizar, mas você percebe que as pessoas também têm muitas limitações de entender de fato 'o que elas querem fazer' e não 'o que eu quero fazer'." (E7)

ANDRADE et al. (2011) evidenciam a consolidação crescente dos espaços de formulação e execução de ações de EP nos diferentes níveis de gestão a partir das diretrizes da PNEPS. A partir das entrevistas do presente estudo, verifica-se que, em nível Regional, o processo de elaboração conjunta de um Plano, que atenda as diretrizes da PNEPS, envolvendo articuladores de EP de treze municípios e representantes do estado no CGR de Itapetininga, foi um grande desafio.

BARROS & PASSOS (2005), ao discutirem o tema da Humanização, alertam sobre as dificuldades próprias de construção de uma política pública. Lembram que uma política pública não se pode manter apenas como propostas e portarias ministeriais. Ressaltam que da política de governo à política pública, não há uma passagem fácil e garantida, pois o processo exige todo um trabalho de conexão com as forças do coletivo, com os movimentos sociais, com as práticas concretas no cotidiano dos serviços de saúde.

Diferenças entre o processo de construção de um Plano e a sua execução nas diferentes realidades loco-regionais, podem ser consideradas intransponíveis.

"Quando monta, pensa em uma coisa e na execução é outra. Muitos que estavam na organização de um evento, sequer participaram no processo de elaboração do PAREPS que fez o levantamento da necessidade. (...) A dinâmica entre as necessidades dos municípios e execução pelo estado é bem complexa e acaba não atendendo as diferenças financeiras e culturais entre os municípios - tratam tudo igual, um olhar igual para todos."(E1)

Independentemente da diferença de tempo entre municípios e estado e capacidade de colocar em ação as necessidades levantadas, é possível observar que os municípios têm, dentro de suas realidades, a capacidade de procurar soluções locais ou micro regionais que poderiam contribuir para o processo de ação regional.

"Não pode, em hipótese alguma, parar, acabar. Só o formato é que tem que ser repensado. Deveria ser obrigatório um grupo como esse. Não vejo como fortalecer uma saúde, o SUS, o funcionário, se você não estiver trabalhando permanentemente com essas pessoas, com o profissional. Faz com que ele se sinta útil, que faça parte da estória. Precisa pensar de fora, tirar da sala, do consultório, para mudar." (E1)

"Potencial está dentro dos próprios municípios e muita coisa não consegue se consolidar. Eu queria trazer outros municípios para participar, trocar, trabalhar em rede. Criar, dentro do próprio Plano, fazer por blocos casando a realidade de conjuntos de municípios. (...) Às vezes, tem que tentar colocar tudo no mesmo Plano (...) e isso não dá, pois cada um tem sua especificidade, cada um tem um sistema de saúde próprio." (E2)

"Às vezes, mesmo sem o apoio do estado, o fato de participar de reunião com outros municípios desperta a gente para necessidades que a gente tem e acaba resolvendo no município mesmo." (E3)

Entretanto, apesar das diferenças, das dificuldades apresentadas e desafios percebidos no processo, uma das ações do NEP regional que é a elaboração do PAREPS, é avaliada positivamente.

"Montar o Plano (...) é importante." (E2)

"O fato de existir, de ser um momento de construção, é de grande valor e potencialidade. Apesar dos percalços, da forma de realizar, ele se mantém. É um canal de comunicação entre os municípios." (E5)

"Você não precisa estar sempre com propostas novas. Pensar nos eixos, como no PAREPS 2014, é uma evolução do processo." (E6)

5.2.7 As transformações pessoais oriundas do envolvimento com a Educação Permanente

Vários foram os desafios enfrentados por todos os envolvidos no NEP regional: participação, elaboração do PAREPS, prática em seus municípios, colocar em ação as demandas levantadas e contribuir no processo de implementação da EP na região.

Independentemente dos resultados obtidos, pode-se observar que participar das oficinas, de todo o processo, incluindo a elaboração dos PAREPS, contribuiu para mudanças também no âmbito pessoal.

"Participar foi muito bom. Trouxe experiências, vivências, aprimoramentos. Mudei conceitos, venci meu retraimento em reuniões. Não tenho medo de falar, de me expor." (E1)

"Dá uma dimensão do que é equipe, ajuda a reconhecer o potencial de cada um, ajuda a poder aceitar a ideia do outro." (E3)

"[Houve mudanças no meu] entendimento do tempo das pessoas: elas entendem em tempos completamente diferentes." (E6)

"[Passei por uma] desconstrução de valores. (...) [A experiência] me trouxe uma imensa flexibilidade com tudo; um olhar para o outro completamente diferente. Percebo que foi fundamental para o meu crescimento como pessoa. Me fez mais corajosa, com clareza, tolerante com sentidos ampliados. Mais sensibilidade para as coisas, mais perspicaz e ativa." (E7)

BALBINO et al. (2010) em estudo realizado com auxiliares de enfermagem em Sobral (CE), verificaram que houve mudanças na prática dos auxiliares de enfermagem após a inserção destes nas atividades de EP, através do empoderamento e aperfeiçoamento de competências (habilidades, atitudes e conhecimentos). No NEP de Itapetininga, também foi possível observar mudanças que vão na direção de um aperfeiçoamento de competências.

"A experiência dos outros me ajuda. Me mudou como profissional na execução de projetos e busca de informações." (E4)

"Foi grande parte da minha formação. Uma mudança radical do entendimento do processo de construção de conhecimento. Passei a lidar melhor com as pessoas. Aperfeiçoar a empatia e o escutar; conduzir grupos de uma forma menos radical; valorizar todo o conhecimento existente e não somente o técnico, denso, hospitalocêntrico." (E5)

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fato que, a partir de 2007, com o advento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, ocorreu incentivo maior e estruturado, por parte do Ministério da Saúde, aos processos de formação do trabalhador da saúde dos serviços públicos de saúde. Muito se discutiu e se discute sobre as estratégias que poderiam ser adotadas para mudar o modelo de atenção à saúde e a Educação Permanente em Saúde, suas bases, orientações e forma de trabalhar vêm sendo continuamente apresentadas e apoiadas como opção.

As entrevistas realizadas mostraram que o conceito teórico de EPS era conhecido. No entanto assim como em estudo realizado por LIMA et al. (2014), observou-se variabilidade em sua *práxis*, sugerindo que a uniformidade ainda se restringia ao campo teórico, corroborando o que fora encontrado por BUCCINI et al. (2009). Essa foi referida como uma grande dificuldade para os articuladores de EPS. Na região, a prática intitulada EP abrange grande quantidade de ações: roda de conversa para ouvir queixas, reuniões para apresentações de temas, dinâmicas de grupo, apresentação de vídeos, cursos e rodas com intencionalidade de condução.

Entretanto, independentemente da prática adotada, mesmo que em atividades pontuais e isoladas de Educação em Saúde, o fato do articulador de EPS participar do NEP regional contribuiu para a reflexão e mudança de suas ações no dia-a-dia reforçando a EP como prática possível.

Também foi possível identificar que apesar de os envolvidos estarem conscientes da importância da EP como ferramenta de gestão, um dos grandes desafios sentido foi o de multiplicar esse conhecimento e disseminar práticas nos diferentes níveis do sistema público de saúde tais como: unidades básicas de saúde, ambulatórios de especialidades e hospitais, devido, em especial, ao desinteresse de grande parte dos trabalhadores para aderir ao processo.

Quanto ao processo de implementação da PNEPS na região, os resultados levantados pelas entrevistas sugerem que poderia ser otimizado caso os profissionais diretamente envolvidos com a EP tivessem mais tempo, dedicação, formação e maior envolvimento dos gestores, evitando-se a rotatividade dos articuladores.

A distância percebida e falta de articulação entre o Estado e as realidades municipais, tanto no processo de elaboração dos PAREPS quanto, em especial, sua execução, representa grande desafio a ser superado. Entretanto, a troca de experiências sempre foi considerada importante, indicando que a aproximação e a melhor articulação poderiam trazer grandes benefícios para a região.

A existência do processo de elaboração dos PAREPS foi reconhecida como algo importante pelos entrevistados e, mesmo que muito das necessidades levantadas tenham tido como respostas, a realização de cursos pontuais, o processo vivenciado pelos trabalhadores diretamente relacionados ao NEP regional evidencia avanços da EPS na região do CGR de Itapetininga. Ressaltou-se, como exemplo: a forma de como os encontros regionais eram anteriormente realizados, partindo de um modelo meramente expositivo de assuntos considerados importantes pelo estado, para um participativo, de construção a partir das necessidades e levantamentos municipais evidenciados pelo formato utilizado tanto no Curso Introdutório à Estratégia Saúde da Família como no Curso de Formação de Agentes Comunitários de Saúde quanto nas falas dos articuladores de EPS entrevistados em relação às possibilidades em nível municipal ou regional.

Apesar dos inúmeros desafios enfrentados, os entrevistados foram unânimes na opinião de que a EP contribuiu para as suas transformações pessoais, o que pode ser entendido como uma grande potencialidade do processo em si, já que a transformação da prática se inicia com quem a exerce.

Mesmo com os avanços revelados nos dados levantados dos PAREPS e pelas entrevistas, observou-se que não é realizada de rotina uma

avaliação da EPS na região, constituindo este trabalho um ponto de partida nessa direção.

Considerando a pesquisa realizada, surgem como propostas para desdobramento do estudo:

- apresentar os resultados ao NEP Itapetininga como instrumento de reflexão acerca das atividades realizadas entre 2008 e 2012;
- apresentar os resultados aos gestores do CGR Itapetininga como forma de se buscar mais entendimento e apoio mútuo, na direção da consolidação da EP como instrumento de gestão e planejamento;
- apresentar os resultados em Congressos, mas, em especial, elaborar um artigo de fácil acesso aos trabalhadores de saúde, com o objetivo de divulgar o processo de implementação da PNEPS em região de municípios de pequeno/médio porte e estimular o desenvolvimento da EPS como um instrumento de fortalecimento do SUS.

REFERÊNCIAS

Andrade SR et al. Educação Permanente em Saúde: atribuições e deliberações à luz da Política Nacional e do Pacto de Gestão. *O Mundo da Saúde*. 2011;35(4):373-381.

Balbino AC et al. Educação permanente com os auxiliares de enfermagem da estratégia saúde da família em sobral, Ceará. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2010;8(2):249-266.

Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde Soc*. 2011;20(4):884-899.

Barros, RB, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo?. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2005;9(17):389-394.

Buccini GS, Nogueira-Martins, MCF, Sanches MTC. O processo de educação permanente em saúde: percepção de equipes de saúde da família. *Bol Inst Saúde*. No 48. São Paulo; 2009.

Campos, WS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2005.

Cardoso IV, Murad ALG, Bof SMS. A institucionalização da educação permanente no programa de saúde da família: uma experiência municipal inovadora. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2005;3(2):429-439.

Cardoso, ALT. A Educação Permanente no cotidiano do trabalhador. Disponível em www.histedbr.fae.unicamp.br/acer_histedbr/.../OEi5FN8y.doc

Carotta F, Kawamura D, Salazar J. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalho. *Saúde e Sociedade*. 2009;18:48-51.

Castro CP, Campos GWS. Apoio Institucional Paideia como estratégia para Educação Permanente em Saúde. *Trab Educ Saúde*. 2014;12(1):29-50.

Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunic Saúde Educ.* 2005;9(16):161-77.

Ceccim RB. Educação permanente em Saúde: Descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Rev Mineira de Saúde Pública.* 2005b;3(5):4-15.

Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS, Rev Saúde Coletiva.* 2004;14(1):41-65.

Cotrim-Guimarães IM. Programa de Educação Permanente e Continuada da Equipe de Enfermagem da Clínica Médica do Hospital Universitário Clemente de Faria: análise e proposições. [Dissertação mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009.

Farah, FF. Educação em Serviço, Educação Continuada, Educação Permanente em Saúde: Sinônimos ou Diferentes Concepções? *Revista APS.* 2003;6(2):123-125.

Freitas, MW. O modo de pensar a Educação Permanente em Saúde em uma região da cidade de São Paulo [Dissertação Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública – USP; 2011.

Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Haddad JQ, Roschke MA, Davini MMC. Educación Permanente de Personal de Salud. Washington: OPS/OMS; 1994.

Haddad LQ et al. Processo de trabajo y educacion permanente de personal de salud: reorientacion y tendencias en America Latina. *Educacion Médica y Salud.* 1990;24(2):136-204.

Laranja MRA. A implementação da política nacional de educação permanente em saúde no município de São Paulo. [Dissertação Mestrado]. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas; 2012.

Lima SAV, Albuquerque PC, Wenceslau LD. Educação permanente em saúde segundo os profissionais da gestão de Recife, Pernambuco. *Trab Educ Saúde*. 2014;12(2):425-441.

Lopes SRS et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. *Com Ciências Saúde*. 2007;18(2):147-155.

Ludke M, André MED. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1986.

Merhy EE. O desafio que a educação permanente em em si: a pedagogia da implicação. *Interfacci – Comunic Saúde Educ*. 2005;9(16):172-74.

Merhy, EE, Feuerwerker LCM. Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: Mandarino ACS, Gomberge E, organizadores. *Informar e Educar em Saúde: análises e experiências* Salvador. UFBA. 2011;1.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO; 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília; 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília; 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Texto acessado em 06 de junho de 2014 (<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília; 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): Descentralização. Brasília(DF); 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e Conquistas. Brasília(DF); 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES. Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DEGEGES e Fiocruz/Escola Nacional de Saúde Pública. Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde. Brasília; 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. A Educação Permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília; 2005.

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 – polos de educação permanente em saúde. Brasília; 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES. Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DEGEGES. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. 64p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v.9). Brasília; 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES. Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DEGEGES. Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Brasília; 2003

Nicoletto SCS et al. Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil. Saúde Soc. São Paulo. 2013;22(4):1094-1105.

Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004;13(3):44-57.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Oficina regional de la organización de la salud. Educación contínua: guia para la organización de programas de educación contínua para el personal de salud. Washington (DC); 1978.

Organización Mundial de la Salud. Continuando la educación de los trabajadores de salud: principio e guias para el desarrollo de um sistema. Genebra; 1982.

Peduzzi M et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interfacci – Comunic Saúde Educ*. 2009;13(30):121-34.

Pellizzari et al. Teoria da Aprendizagem Significativa segundo Ausubel. *Rev. PEC*. Curitiba. jul 2001-jul2002;2(1):37-42.

Pinto CAG. Diagnóstico compartilhado no trabalho das equipes de saúde da família. In: CAMPOS, Gastão WS; GUERRERO, AVP (Org.). *Manual de Práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec; 2008.

Plano Diretor de Regionalização. Estado de São Paulo, Julho 2008.

Pope C, Ziebland S, Mays N. Analisando dados qualitativos. In: Pope C, Mays N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Ribeiro ECO, Motta JLJ. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde de saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*. Londrina, jul 1996;12:39-44.

Sá-Silva et al. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*. 2009;1(1):1-15.

Sarreta FO. Educação permanente e saúde para os trabalhadores do SUS. Editora UNESP, São Paulo: Cultura Acadêmica; 2009. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Indicadores de saúde do estado de São Paulo. São Paulo; 2010. Texto acessado em 10 de agosto de 2014 (http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques//indicadores_de_saude_est_sp_ses_10.pdf)

Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003.

Viana ALD. et al. Recursos Humanos e Regionalização da Saúde. Programa de Monitoramento e Avaliação da Implementação da Política Nacional de Educação Permanente. Faculdade de Medicina – USP; 2010.

Viana ALD et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. São Paulo em Perspectiva. Fundação Seade. jan/jul 2008;22(1):92-106.

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Idade: _____ anos

Sexo: Masculino () Feminino ()

Escolaridade:

() Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior () Pós-Graduação:

Formação profissional: _____ Função que exerce: _____

Tempo na função: _____ Vínculo Empregatício: _____

Município em que trabalha: _____

- 1) **O que você entende por Educação Permanente?**
(abrangendo: conceitos, forma de fazer)

- 2) **Como você foi escolhido para trabalhar com a Educação Permanente e quais as ações que você realiza no seu município**
(abrangendo: sozinho ou equipe, tipo de atividade que realiza, periodicidade, local, quem participa)

- 3) **Você enfrenta alguma dificuldade? Se afirmativo, quais?**
(abrangendo: relativas à função como articulador de EP, apoio municipal)

- 4) **Que sugestões você tem para transformar sua realidade como articulador de Educação Permanente?**
(abrangendo: fala livre para sugestões que o articulador achar pertinente)

- 5) **Quais os desafios e as potencialidades sentidos frente à execução das propostas levantadas nos Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde?**
(abrangendo: forma de fazer PAREPS, desafios e potencialidades, execução das propostas/demandas levantadas>

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: **Núcleo de Educação Permanente: percepções de participantes em região de municípios de pequeno/médio porte quanto aos desafios e potencialidades**

Pesquisador: **George Akio Miyamoto**

Orientadora: **Profa Maria Angela Bianconcini Trindade**

Meu nome é George Akio Miyamoto; sou aluno do curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde. Estou solicitando sua participação voluntária no estudo que realizará entrevistas com objetivo conhecer a percepção de participantes do Núcleo de Educação Permanente (NEP) do Colegiado de Gestão Regional de Itapetininga – DRS XVI – Sorocaba quanto à Educação Permanente, desafios e potencialidades das ações realizadas pelo NEP regional.

A Senhora ou Senhor terá liberdade de solicitar qualquer esclarecimento, quantas vezes forem necessárias, e está garantida a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com a orientadora desta pesquisa, não sendo divulgada a identificação de nenhum dos participantes em nenhum momento. Informo, ainda, que os dados coletados utilizando gravador de voz serão gravados e seu conteúdo armazenado em forma de arquivo digital em computador de uso pessoal do pesquisador.

Não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Os dados coletados serão utilizados somente para esta pesquisa. A qualquer momento, a Senhora ou Senhor poderá solicitar informações sobre a pesquisa e seu andamento.

Em qualquer etapa do estudo, haverá a possibilidade de acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Os responsáveis por esta pesquisa são George Akio Miyamoto, (15) 99703 3829 e Profa Maria Angela Bianconcini Trindade (orientadora), que pode ser encontrada no telefone (11) 99904 5429. Além disso, qualquer dúvida referente a aspectos éticos do estudo poderá ser esclarecida junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde/SP, pelo telefone pelo telefone 3397-2464.

Declaro que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento e fui suficientemente esclarecida(o) a respeito do estudo: “Núcleo de Educação Permanente: percepções de participantes em região de municípios de pequeno/médio porte quanto aos desafios e potencialidades”. Ficaram claros para mim quais os propósitos deste estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou clara também que minha participação é isenta de despesas e que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter na Instituição. Autorizo a publicação dos dados que forem coletados em revistas científicas, cursos ou congressos.

São Paulo, _____ de _____ de 2014.

Nome legível da(o) participante _____

RG nº _____

Assinatura: _____

George Akio Miyamoto

RG Nº 05457287-0 IFP RJ - Email: geakio@uol.com.br

ANEXO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Núcleo de Educação Permanente: percepções de participantes em região de municípios de pequeno/médio porte quanto aos desafios e potencialidades

Pesquisador: George Akio Miyamoto

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 21473413.3.0000.0086

Instituição Proponente: SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 417.163

Data da Relatoria: 03/10/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto qualitativo que será realizado através de entrevista semi-estruturada aplicada em participantes do Núcleo de Educação Permanente do Colegiado de Gestão Regional de Itapetininga. Visando maior abrangência da análise do Plano de Ações Regionais de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), pretende-se também, uma análise documental de todos os PAREPS elaborados pelo NEP do CGR de Itapetininga desde sua implantação.

Para analisar o material obtido nas entrevistas, será utilizado o procedimento da análise temática, segundo Minayo 2004; Pope, 2009.

o critério de inclusão: Participantes do NEP do CGR de Itapetininga que tenham comparecido a pelo menos três reuniões no último ano de trabalho, participado na elaboração de pelo menos um PAREPS e, que mantenha, no momento do estudo, algum vínculo / representatividade com o processo de implementação da Política de Educação Permanente seja em nível municipal ou regional.

O período proposta para realização do estudo seria de 15 de setembro de 2013 a 30 de junho de 2014.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

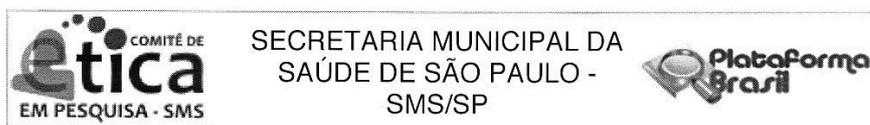
UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 01.223-010

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 417.163

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos do trabalho são:

- ¿ Conhecer a percepção dos profissionais de saúde participantes do NEP do CGR de Itapetininga quanto à Educação Permanente e as ações realizadas desde sua implantação, com destaque aos desafios e potencialidades,
- ¿ Identificar e descrever as ações realizadas desde a implantação do NEP do CGR de Itapetininga, registradas nos Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) do CGR de Itapetininga -DRS XVI- Sorocaba.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não haverá procedimentos que envolvam riscos, e serão adotados todos os cuidados necessários para preservar o sigilo em relação à identificação dos doentes, constantes no banco de dados.

Supõe-se risco de desconforto para o voluntário da pesquisa em função da resposta do questionário. Este risco de desconforto está justificado pelos benefícios que o estudo poderá trazer.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os objetivos estão claros e definidos, informa como será feita a análise de dados e qual metodologia será utilizada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, onde consta corresponsabilidade e autorização para a realização do estudo através de carimbo e assinatada do gestor de SES. O orçamento detalhado está adequado, e informa a fonte financiadora. O pesquisador compromete-se a não iniciar a coleta dos dados antes da emissão do parecer de aprovado por este CEP/SMS.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): considerado adequado após retificações.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

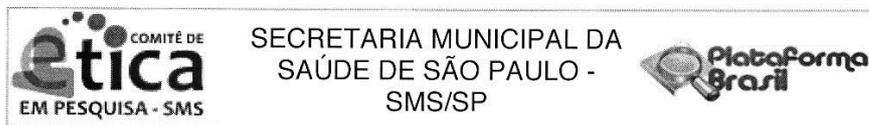
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar	CEP: 01.223-010
Bairro: CENTRO	
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464	E-mail: smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 417.163

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

O sujeito de pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

Ao pesquisador cabe manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP (Res. CNS 196/96 item IX. 2. e). De acordo com a Res. CNS 196, IX.2.c, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

SAO PAULO, 07 de Outubro de 2013

Assinador por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar	CEP: 01.223-010
Bairro: CENTRO	
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464	E-mail: smscep@gmail.com