

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
ESTAÇÃO PARANAENSE DA REDE OBSERVATÓRIO DE RECURSOS
HUMANOS EM SAÚDE/OPAS E MINISTÉRIO DA SAÚDE**

**SÔNIA CRISTINA STEFANO NICOLETTO (COORD.), DANIEL CARLOS DA
SILVA E ALMEIDA, ELIANE CRISTINA LOPES BREVILHERI, FERNANDA DE
FREITAS MENDONÇA, LÁZARA REGINA DE REZENDE, VERA LUCIA RIBEIRO
DE CARVALHO**

**A IMPLANTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA POLÍTICA DE
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO PARANÁ**

LONDRINA

2007

**SÔNIA CRISTINA STEFANO NICOLETTO (COORD.), DANIEL CARLOS DA
SILVA E ALMEIDA, ELIANE CRISTINA LOPES BREVILHERI, FERNANDA DE
FREITAS MENDONÇA, LÁZARA REGINA DE REZENDE, VERA LUCIA RIBEIRO
DE CARVALHO**

**A IMPLANTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA POLÍTICA DE
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO PARANÁ**

Relatório Final

**LONDRINA
2007**

LISTA DE SIGLAS

ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
EAD	Educação à Distância
EC	Educação Continuada
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESPP	Escola de Saúde Pública do Paraná
FRHCMR	Centro Formador de Recursos Humanos em Saúde Caetano Munhoz da Rocha
HU	Hospital Universitário

HUTEC	Fundação de apoio ao desenvolvimento tecnológico do Hospital Universitário da regional do norte do Paraná da Universidade Estadual de Londrina
IDA	Integração Docente Assistencial
MS	Ministério da Saúde
NEPS	Núcleos de Educação Permanente em Saúde
OPS	Organização Pan-americana de Saúde
PAEPS	Pólo Ampliado de Educação Permanente em Saúde
PEPS	Pólos de Educação Permanente em Saúde
PREPS	Pólos Regionais de Educação Permanente em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico em Higiene Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde

UNI Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União
com a Comunidade

UEL Universidade Estadual de Londrina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 REFERENCIAL TEÓRICO	09
2.1 O Desenvolvimento dos profissionais de saúde no Brasil	09
2.2 A educação permanente em saúde	11
2.2.1 Pólos de educação permanente em saúde.....	14
2.2.2 Formação de tutores e facilitadores de educação permanente em saúde.....	16
3 OBJETIVOS	19
4 METODOLOGIA	20
4.1 Abordagem qualitativa.....	20
4.2 Operacionalização	20
4.2.1 Local e sujeitos do estudo	21
4.2.2 Coleta de dados	21
4.2.3 Análise dos dados	24
4.3 Aspectos éticos	26
5 RESULTADOS	27
5.1 As atas dos PREPS	27
5.2 Os sujeitos da pesquisa	27
5.3 Os quadros de temas, categorias e subcategorias	28
6 DISCUSSÃO	33
6.1 Aproximações com a EPS	33
6.2 Formatação dos pólos e articulações	35
6.3 Vivenciando a EPS	42
6.4 Atividades desenvolvidas pelos pólos	51

6.5	Percepções acerca do processo de EPS	59
6.6	Perspectivas de EPS	67
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
	REFERÊNCIAS	70
	APÊNDICES	76
	Apêndice A - Correspondência para os coordenadores dos PREPS	77
	Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	79
	Apêndice C - Ficha de identificação do participante do grupo focal	81
	Apêndice D – Roteiro pra o facilitador do grupo focal	83
	Apêndice E - Roteiro para os observadores do grupo focal	85
	ANEXOS	87
	Anexo A - Mapa dos pólos de educação permanente do Paraná	88
	Anexo B - Parecer do comitê de ética de pesquisa	90

1 INTRODUÇÃO

A proposta de Educação Permanente em Saúde (EPS) vem sendo discutida há mais de duas décadas na América Latina. Em 1985 um grupo de trabalhadores abriu espaço para esta estratégia que privilegia a aprendizagem no processo de trabalho. Em 1990, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), com o Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos produziu um consolidado de documentos, de diversas experiências sobre o assunto, objetivando intercâmbio e identificação, na época, das tendências da capacitação dos trabalhadores de saúde (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1990).

No Brasil, a partir de 1994, iniciou-se um processo de implantação da estratégia Saúde da Família (ESF), visando reorganizar a atenção básica. Com ele surgiram alguns problemas relacionados à formação dos profissionais de saúde. Assim, foram criados os Pólos de Capacitação buscando ajustar a formação dos profissionais das equipes com as necessidades de atuação na ESF no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde a realização dos cursos introdutórios, ofertados pelos pólos as equipes da ESF, identificou-se a necessidade de promover uma educação que envolvesse todos os trabalhadores da saúde (DA ROS, 2004).

Por sua vez, as tradicionais estratégias educativas não vinham apresentando resultados desejáveis, principalmente, por serem, exclusivamente, baseadas na transmissão de conhecimentos e realizadas de maneira descontextualizada. Desta forma, não viabilizavam as condições para que novos conceitos e princípios pudessem ser incorporados às práticas de atenção à saúde, centradas na atenção à demanda de doenças, fragmentadas e, excessivamente, biomédicas. Ceccim (2005a, p.165) salienta que “a vivência e/ou reflexão sobre as práticas vividas é que podem produzir o contato com o desconforto e, depois, a disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos, para enfrentar o desafio de produzir transformações”.

Com a reestruturação na organização do Ministério da Saúde (MS), ocorrida em 2003, é criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com dois departamentos, que unificaram a gestão do trabalho e a educação em saúde, esta última organizada no Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) que, no mesmo ano apresenta a proposta da EPS

(DA ROS, 2004; BRASIL, 2005a).

No ano seguinte, por meio da portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, foi instituída em nível nacional a Política de Educação Permanente em Saúde, sendo uma estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento de trabalhadores de saúde (BRASIL, 2004a). A partir desta regulamentação, é desencadeado em todo o país um processo para a implantação de Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS), visando favorecer a articulação locorregional de todos os atores institucionais que são importantes para pensar e realizar a formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde (BRASIL, 2005a). Os PEPS – instancias colegiadas organizadas nas locorregiões – são responsáveis pela mudança tanto das políticas de saúde quanto das ações de educação na saúde (BRASIL, 2005b). Após treze meses, da publicação da portaria ministerial, já existiam noventa e seis pólos no país, congregando mais de mil entidades da sociedade e envolvendo representantes do ensino, da gestão, do trabalho e da participação social em saúde (CECCIM, 2005b).

A partir do segundo semestre de 2004, o Ministério da Saúde, em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública, inicia o processo de formação de facilitadores de EPS em todo o país, como estratégia para o fortalecimento da EPS. Inicialmente, foram selecionados trezentos e vinte tutores para apoiar a formação de seis mil e quatrocentos facilitadores. O curso de formação dos facilitadores em EPS foi formatado na modalidade de Educação à Distância (EAD), com dois encontros presenciais e duração de cinco meses. Em 2005 a proposta foi ampliada para municípios e regiões dispostas a adotar a EPS como estratégia de gestão da produção da saúde (BRASIL, 2005a), o que desencadeou uma mobilização com vistas a construir a política de EPS em todo o país.

Passados mais de três anos da implantação desta política, surge a necessidade de uma análise da forma como deu-se este processo de implantação e quais as perspectivas da EPS, especificamente, no Paraná.

Considerando a escassez de dados organizados que permitam uma compreensão clara deste movimento, surge a necessidade de sistematizar informações sobre o processo de implantação e funcionamento dos pólos no Paraná, como uma das formas de contribuir tanto na reflexão do processo já ocorrido, como nos caminhos futuros da política EPS no estado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O Desenvolvimento dos profissionais de saúde no Brasil

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira foi marcado pela luta democrática e pela formulação do pensamento crítico na política de saúde. Uma das grandes conquistas desse movimento foi a promulgação da constituição de 1988, na qual a saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado. Além disso, a constituição de 1988 trouxe consigo a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo e afirmando novos princípios para a organização da saúde, tais como: universalidade; integralidade; equidade; descentralização e a participação popular (NUÑEZ, 2004).

Apesar do SUS ter ampliado o acesso da população aos serviços de saúde e ter conferido a mesma o direito de participar das decisões políticas, os atores envolvidos no sistema de saúde enfrentam inúmeros desafios para implementar os princípios definidos em lei. Dentre eles, destaca-se a persistência das práticas de saúde influenciadas pelo modelo hegemônico, dificultando a incorporação de reflexão, de problematização, do trabalho em equipe e da integralidade no cuidado, nas práticas dos profissionais de saúde (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

O modelo hegemônico é caracterizado pela fragmentação da assistência, a qual rompe com a imagem da integralidade corporal, desvaloriza o usuário no processo de cuidado, a ponto de ser eleito como objeto e não como uma pessoa que tem uma história de vida, condição social, cultura, saberes, concepções e sentimentos. Ainda, este modelo valoriza as ações curativas, onde as práticas estão voltadas para a cura da doença e não para a prevenção e promoção a saúde. Há tecnificação da assistência, caracterizada por atendimentos que tendem a ficar restritos a procedimentos técnicos, a solicitação de exames e a prescrição de medicamentos (BRASIL, 2005c, CECICIM, 2005a).

Diante desse cenário identificou-se que as mudanças ocorridas no setor saúde nas décadas de 80 e 90, desencadearam também a necessidade de transformar a prática e a formação dos profissionais de saúde (CAMPOS et al,

2006). Ceccim (2005a, p.163) reforça essa idéia ao afirmar que

Problemas como a baixa disponibilidade de profissionais, a distribuição irregular com grande concentração em centros urbanos e regiões mais desenvolvidas, a crescente especialização e suas conseqüências sobre os custos econômicos e a dependência de tecnologia mais sofisticada, o predomínio da formação hospitalar, centrada nos aspectos biológicos e tecnológicos da assistência, demanda ambiciosas iniciativas de transformação de trabalhadores.

Está posta a discussão sobre a necessidade de mudanças na formação de profissionais de saúde, principalmente, “porque as características do modelo flexneriano de formação não mais satisfaz o perfil de profissional” desejado no âmbito do sistema público de saúde (ALMEIDA et al, 2005, p.4).

No entanto, o paradigma flexneriano que condiz com o conceito de saúde como simples ausência de doença, ainda, tem sustentado, em grande parte, a prática sanitária da atenção médica e tem levado o profissional da área da saúde a cada vez mais se especializar e se distanciar da visão integral da saúde.

Para superá-lo há de se buscar a construção de novo paradigma que permita dar conta da saúde vista em sua positividade e como um processo que pode melhorar ou deteriorar conforme a ação de uma sociedade sobre os fatores que lhe são determinantes [...] (MENDES, 1996, p.239).

Assim, dentro da reforma do sistema de saúde o aparelho formador tem um papel fundamental e, já existem, experiências exitosas. Uma proposta que busca mudanças na formação dos profissionais da área da saúde vem construindo um novo modelo acadêmico. Um aspecto importante, desta proposta, está no fato de considerar “a intersecção dos espaços da universidade, dos serviços de saúde e da comunidade como capaz de criar uma nova proposta de trabalho [...], esses espaços são considerados campos de ação de sujeitos sociais” (BLEJMAR; ALMEIDA, 1999).

Feuerwerker (1998) argumenta a favor dessa idéia ao salientar que o arranjo de novos cenários no campo do ensino pode desempenhar papel fundamental na mudança do perfil dos profissionais formados.

Na década de 1980, diante do contexto da época, emergiram propostas de Integração Docente Assistencial (IDA), visando uma aproximação das escolas com os serviços de saúde. No final da década de 1990,

à Rede IDA foram agregados os projetos UNI, dando origem à Rede UNIDA, um novo movimento que passou a investir na discussão e elaboração de propostas inovadoras para a formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde, com o papel de influenciar na construção de políticas públicas de saúde e de

educação. [...] No Paraná, inicia-se o debate sobre a construção do Programa Paranaense de Estímulo às Mudanças nos Cursos Universitários de Graduação na Área da Saúde. Inicialmente restrito aos cursos de graduação de medicina, enfermagem, odontologia e farmácia, foi posteriormente ampliado para as 14 carreiras da área da saúde, sendo denominada Pró-Saúde Paraná (ALMEIDA et al, 2005, p. 6 e 7).

Em 2003 o MS, por meio da Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação na Saúde (SEGTES), assumiu o papel de ordenar a formação de profissionais de saúde, por meio da implementação da educação para o SUS (BRASIL, 2004b). Uma das estratégias construída para viabilizar esta proposta foi a instituição, em 13 de fevereiro de 2004, da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia do SUS para transformar as práticas de saúde e de formação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2004a).

2.2 A educação permanente em saúde

A lógica da política de EPS está em provocar mudanças na formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, modificar a forma de prestar atenção à saúde (BRASIL, 2005b). Segundo o MS a política de EPS tem como objetivo final

garantir uma atenção à saúde de qualidade, desenvolvendo a autonomia da população em relação a sua própria saúde, satisfazendo suas necessidades de saúde e de educação em saúde, fazendo com que ela seja capaz de exercer conscientemente a participação social das políticas públicas para o setor (BRASIL, 2005b, p.25).

A EPS pode ser compreendida como um processo de aprendizagem que se dá no espaço do trabalho, em que a partir da reflexão sobre o processo de trabalho detectam-se problemas e necessidades da população. Conforme a portaria n^o 198/GM

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação

das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004a, p.5).

A concepção pedagógica da EPS reúne alguns elementos do construtivismo, o qual vem conquistando um espaço importante na área da educação. Nesta proposta a pessoa deve participar ativamente de seu aprendizado partindo das experiências já vividas. Busca estimular a dúvida, o raciocínio e a criação. O conhecimento é sempre resultado de um processo de construção, que se efetiva na interação entre o sujeito e o objeto (TATAGIBA; FILÁRTIGA, 2001).

Partindo dessa concepção a EPS trabalha com a problematização e aprendizagem significativa. A problematização significa refletir, pensar sobre determinadas situações, questionando fatos fenômenos e idéias de forma a compreender os processos e propor soluções (BRASIL, 2005b).

Para Merhy, Feuerwerker e Ceccim (2006) problematizar a realidade é importante, pois desperta no sujeito a sensação de incomodo, a percepção de que sua prática não está respondendo às necessidades de saúde das pessoas. Segundo esses autores, esse incômodo só pode ser despertado quando ele é percebido, vivido de forma intensa. A vivência e a reflexão sobre as práticas de trabalho são os caminhos ideais para produzir insatisfações e disposição para elaborar alternativas que visem enfrentar os desafios (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

Para Ceccim (2005a), a experiência da problematização favorece o desenvolvimento de escutas, de práticas cuidadoras onde o sujeito é o centro e visto de forma integral.

O MS (BRASIL, 2005b) reforça a importância da problematização ao afirmar que a reflexão sobre a qualidade da atenção individual, coletiva e sobre a organização do sistema de saúde tem a possibilidade de reorganizar os processos formativos, transformando as práticas educativas e de assistência à saúde.

Com base nisso, percebe-se que a problematização emerge como uma necessidade para a mudança.

Para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental que sejamos capazes de dialogar com as práticas e concepções vigentes, que sejamos capazes de problematizá-las – não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe – e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e da qualidade, a equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde [...] (CECCIM, 2005a, p.165).

A EPS também trabalha com a aprendizagem significativa, a qual visa promover e produzir sentidos. Propõe que a transformação das práticas dos profissionais tenha como alicerce a reflexão crítica sobre as práticas exercidas no trabalho.

Segundo o MS (BRASIL, 2005b), a aprendizagem significativa ocorre quando faz sentido aquilo que se aprende. Em geral, a aprendizagem significativa se concretiza quando o aprendiz responde a uma pergunta e/ou quando o conhecimento novo é construído a partir de um diálogo com o conhecimento pré-existente.

A EPS deve ser desenvolvida de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, isto é, deve ocorrer em nível local e envolvendo vários saberes (BRASIL, 2005b). Desse modo, a EPS, destaca o trabalho em equipe, pois há o entendimento de que os saberes distintos e articulados são necessários para atender as reais necessidades de saúde das pessoas.

O trabalho em equipe deve promover o protagonismo de todos seus integrantes e também do sujeito que recebe os cuidados. “A política de educação permanente em saúde congrega, articula e coloca em roda/em rede diferentes atores, destinando a todos um lugar de protagonismo na condução dos sistemas locais de saúde” (CECCIM, 2005c, p.977).

A equipe deve ser formada por profissionais de saúde que atuem com o propósito de prestar cuidados em saúde e não por conta de cargos que ocupam ou, somente, pelas doenças que se apresentam. Com isso, evita-se a fragmentação do cuidado e instiga-se a integralidade (BRASIL, 2005b).

A integralidade é um dos princípios doutrinários do SUS. Ela deve estar presente tanto na atenção às pessoas como nos princípios de gestão e na organização das políticas de saúde (BRASIL, 2005c). Segundo Camargo Junior (2005, p.36) a integralidade é um “conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si, mas não totalmente articuladas”. Esse conjunto de tendências traz idéias relacionadas à atenção primária, a promoção de saúde e críticas à assistência baseada na fragmentação e no curativismo. Segundo este autor a integralidade não pode ser tomada como um conceito, mas como um ideal regulador, impossível de ser plenamente atingido. Entretanto, nesse exercício de ir ao encontro da integralidade rompe-se com a dicotomia entre as ações de saúde pública e as ações assistenciais, propicia-se uma relação de respeito, escuta entre

profissionais e usuários além de promover o trabalho em equipe e a autonomia do usuário. Portanto, como afirma Camargo Junior (2005, p.40) “a integralidade é um tempo inalcançável e indispensável”.

A política de EPS rompe com o sistema verticalizado, no qual os hospitais, sobretudo os especializados são considerados mais importantes em relação à atenção básica. A idéia da verticalização gera distorções, na medida em que provoca nas pessoas o pensamento de que as ações que envolvem a utilização de equipamentos complexos são mais resolutivas (BRASIL, 2005b).

Ao romper com a verticalização a EPS propõe o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde para garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde (BRASIL, 2004a). Em outras palavras, a EPS sugere a articulação entre os três níveis de atenção à saúde – serviços básicos, ambulatoriais de especialidades e hospitais –, visando formar uma cadeia progressiva de cuidados que atue no sentido de atender às necessidades de saúde de cada pessoa (BRASIL, 2005b).

2.2.1 Pólos de educação permanente em saúde

Os Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) foram instituídos por meio da portaria 198GM/2004, sendo instâncias colegiadas onde se estabelece diálogos entre diferentes atores sobre como fazer a educação permanente (BRASIL, 2004a).

Segundo a portaria 198/GM (BRASIL, 2004a) pode compor os pólos o seguinte quadrilátero:

- 1 **Gestores:** formado por representantes dos gestores estaduais, municipais de saúde e de educação;
- 2 **Formadores:** contemplando instituições com cursos na área da saúde, escolas técnicas, escolas de saúde pública, núcleos de saúde coletiva e demais centros formadores das secretarias estaduais e municipais de saúde;
- 3 **Serviços:** representado pelos trabalhadores de saúde, hospitais e demais serviços de saúde;

4 **Controle social:** incluindo os conselhos municipais e estaduais de saúde, movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e movimentos estudantis.

O colegiado de gestão é formado por representantes de todas as instituições que participam dos pólos. Há também o conselho gestor formado por representantes do gestor estadual, dos gestores municipais, do gestor do município sede do pólo, das instâncias de ensino e dos estudantes (BRASIL, 2004a).

Os PEPS foram criados na intenção de promover articulação interinstitucional e a formação e educação permanente de recursos humanos na saúde. Para tanto, desempenha as seguintes funções (BRASIL, 2004a):

I - Identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva;

II - Mobilizar a formação de gestores de sistemas, ações e serviços para a integração da rede de atenção como cadeia de cuidados progressivos à saúde (rede única de atenção intercomplementar e de acesso ao conjunto das necessidades de saúde individuais e coletivas);

III - Propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, não substituindo quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde;

IV - Articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola;

V - Formular políticas de formação e desenvolvimento de formadores e de formuladores de políticas, fortalecendo a capacidade docente e a capacidade de gestão do SUS em cada base local/regional;

VI - Estabelecer a pactuação e a negociação permanentes entre os atores das ações e serviços do SUS, docentes e estudantes da área da saúde e

VII - Estabelecer relações cooperativas com as outras articulações local/regionais nos estados e no País.

Os pólos estão organizados em locorregiões. Este termo representa a união das expressões regionalização, a qual significa aproximar as ações e os serviços de saúde da população, e hierarquização, que facilita a organização dos serviços de saúde permitindo elevar a qualidade e a capacidade de resposta de cada nível de atenção (BRASIL, 2005b).

Devido à característica locorregional, cada pólo assume a responsabilidade por um determinado território, suprindo as necessidades de formação e desenvolvimento que possam emergir do local (CAMPOS, et al, 2006). Nos estados com vários pólos, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) deverá reuni-los periodicamente para promover a articulação e cooperação entre os pólos e também no interesse de evitar que os mesmos fujam das propostas iniciais da política estadual e nacional de saúde, sempre respeitando, é claro, as necessidades de cada local (CAMPOS et al, 2006).

Os pólos funcionam como rodas de debates para a construção coletiva da educação permanente. Quando se trabalha em rodas não há um comando vertical e obrigatório, visto que, todos podem participar das discussões. Nas rodas todos os atores podem levantar as necessidades e elaborar estratégias que visem intervir na formação e no desenvolvimento dos profissionais de saúde (BRASIL, 2005b). Das discussões que ocorrem nos pólos, surgem os projetos, os quais são acreditados e financiados pelo MS (BRASIL, 2004a).

A participação de todos os atores nas rodas de discussões é de extrema relevância, pois dessa forma as necessidades manifestadas tornam-se mais próximas da realidade e as ações por conseguintes mais resolutivas (BRASIL, 2005b).

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004, p.57)

A roda serve para alimentar circuitos de troca, mediar aprendizagens recíprocas e/ou associar competências. É por estarem em roda que os parceiros criam possibilidades à realidade, recriam a realidade e/ou inventam realidades segundo a ética da vida que se anuncia nas bases em que são geradas.

2.2.2 Formação de tutores e facilitadores de educação permanente em saúde

O curso de Formação de Facilitadores de EPS teve como objetivo

formar atores indicados pelos PEPS com o propósito de aumentar a capacidade de implementação da EPS, fortalecendo os pólos e transformando as práticas de atenção e de ensino dos profissionais de saúde (BRASIL, 2005d). Por meio desse curso novos conceitos foram inseridos, como a aprendizagem significativa e a problematização, as quais são ferramentas ideais para a transformação do processo de trabalho (BRASIL, 2005d).

Os pólos indicaram pessoas para participar da seleção de tutores. Estes foram selecionados por meio de entrevistas realizadas por representantes da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) em parceria com o MS. Estas entidades tinham como função cooperar na superação dos impasses existentes no contexto dos pólos, logo, deveriam ter afinidade com a política de EPS e compromisso com a articulação locorregional (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

Por outro lado, os facilitadores, orientados pelos tutores, foram formados na intenção de acompanhar e facilitar as reflexões críticas dos atores envolvidos em todos os segmentos dos pólos (gestores, instituições formadoras, serviços e controle social) e auxiliar tanto no processo de reflexão dos nós críticos como na identificação das ações educativas que devem ser implementadas no processo de trabalho (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

O curso foi organizado em quatro unidades de aprendizagem três delas são trabalhadas na modalidade de educação a distancia (ED) e apenas uma, a unidade integradora foi desenvolvida em dois encontros presenciais (BRASIL, 2005d).

As unidades de aprendizagem reúnem conteúdos e estratégias pedagógicas que estimulam a capacidade de reflexão e a construção de novos conhecimentos, o que possibilita o desenvolvimento dos facilitadores para atuarem de forma estratégica na implementação da EPS (BRASIL, 2005d).

As quatro unidades de aprendizagem são as seguintes (BRASIL, 2005d):

1. Unidade integradora: é a unidade na qual o curso tem início. Ela é trabalhada nos dois encontros presenciais. O objetivo dessa unidade é potencializar a ação construtora da EPS, através dos problemas identificados e pactuados em cada localidade.
2. Unidade de análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. O objetivo desta unidade é fazer com que os facilitadores compreendam a diversidade e a

dinamicidade que sustentam as práticas de saúde, reconheçam a integralidade como caminho para promover mudanças no modo de atenção à saúde e consideram a EPS como estratégia de gestão de coletivos.

3. Unidade práticas educativas no cotidiano do trabalho em saúde. O propósito dessa unidade é apoiar o desenvolvimento das práticas de EPS. Esta oferece elementos para a aprendizagem significativa no trabalho em saúde e no enfrentamento dos problemas do processo de trabalho. Estimula os facilitadores a questionar as práticas que ocorrem na gestão, atenção, controle social e formação em saúde.
4. Unidade de trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Nesta unidade os facilitadores são levados a resgatar a essência do cuidado, que reside nas relações individuais e coletivas, na abertura as necessidades do outro, na escuta, enfim.

Como todo processo coletivo, as ações exercidas pelos tutores e facilitadores de EPS só terão resultado, na medida em que tiverem o apoio dos pólos e dos gestores, sobretudo, o municipal, pois somente desse modo terão força para superar os desafios existentes (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

3 OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivo analisar o processo de implantação e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná.

Para o alcance deste objetivo foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- a) Descrever o processo implantação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde;
- b) Analisar o processo de formatação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, atividades desenvolvidas e perspectivas desta política;
- c) Analisar o processo de desenvolvimento do Curso de Formação de Facilitadores em Educação Permanente em Saúde.

4 METODOLOGIA

4.1 Abordagem qualitativa

O presente estudo utiliza uma abordagem qualitativa, exploratória e descritiva. Segundo Minayo et al. (2000), a pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Sua abordagem aprofunda-se no mundo dos significados das ações e das relações humanas, fenômenos esses que não podem ser compreendidos por meio de operacionalização de variáveis, equações e médias estatísticas.

Bogdan, citado por Triviños (1987), relata que a pesquisa qualitativa trabalha com as descrições dos fenômenos. O significado é a preocupação essencial desse tipo de abordagem, considerando que este determina a forma como as pessoas pensam e agem. Logo, é através da compreensão das significações que se consegue desvelar as vivências e as representações que as pessoas têm a respeito de algo (TURATO, 2005).

Método importante para compreender as representações dos sujeitos sobre temas específicos e para formulação de políticas públicas e sociais (MINAYO, 1996), a pesquisa qualitativa tem o propósito de estudar os fenômenos por meio de seus significados, o que deve ser realizado no espaço em que os fenômenos acontecem, no ambiente natural, sem o controle de variáveis, tendo sempre em vista que estes não devem ser explicados, mas compreendidos (TURATO, 2005; CABRAL; TYRRELL, 1998).

Na pesquisa qualitativa a preocupação do pesquisador está no processo, ou seja, em revelar como o objeto de estudo acontece e se manifesta, e não simplesmente com os resultados. Tende, ainda, a analisar os dados indutivamente (TRIVIÑOS, 1987).

4.2 Operacionalização

4.2.1 Local e sujeitos do estudo

Esse estudo é parte de uma pesquisa que analisa o processo de implantação e desenvolvimento da política de educação permanente em saúde, a partir da experiência vivenciada nos Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) do Paraná.

Com o objetivo de identificar os sujeitos de pesquisa, em setembro de 2006, foram realizados dois contatos telefônicos com a direção da Escola de Saúde Pública do Paraná, os quais possibilitaram a realização de uma visita à mesma. Na ocasião, foi disponibilizado, para o coordenador da pesquisa, o mapa da distribuição dos pólos no estado (Anexo 1), o que permitiu a identificação de vinte e dois Pólos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PREPS) e seis Pólos Ampliados (PAEPS). Assim, foram solicitados os nomes dos vinte e dois coordenadores, com os respectivos telefones e endereços de cada PREPS, além das atas das reuniões, tanto dos Pólos Regionais, quanto dos Ampliados. A relação dos coordenadores dos pólos e seus endereços, telefones e e-mails foram imediatamente disponibilizadas, o mesmo não acontecendo com as atas, dada a inexistência, nos arquivos da escola, de tais documentos. Diante disso, uma das técnicas da escola encaminhou solicitação aos coordenadores dos pólos, através de meio eletrônico, para que enviassem à coordenadora da pesquisa, através de malote, as cópias das atas de implantação dos PREPS e PAEPS, com as respectivas composições

Diante do fato de que, até novembro de 2006, apenas cinco dos vinte e dois coordenadores houvessem dado retorno à solicitação e que mesmo os dados recebidos não contemplavam o que havia sido solicitado e, ainda considerando a proximidade geográfica dos pesquisadores com os pólos da região norte do Paraná, optou-se por iniciar este estudo com os cinco pólos regionais e o pólo ampliado desta região, os quais se caracterizam como o universo desta presente pesquisa.

4.2.2 Coleta de dados

No intuito de atingir os objetivos do estudo esta pesquisa utilizou dados primários e secundários.

Os dados primários foram coletados por meio de grupo focal. Essa técnica foi selecionada, por entender que a educação permanente em saúde é um

processo de construção coletiva e que, por meio do grupo focal, é possível delinear as etapas que favorecem a elaboração dialética do pensamento grupal levando a construção coletiva do conhecimento (ASCHIDAMINI; SAUPE, 2004).

Para melhor compreensão do grupo de pesquisa a respeito desta técnica, foi realizada uma oficina de trabalho com uma docente da Universidade Estadual de Londrina com experiência no assunto, o que aconteceu nos dias um e dois de dezembro de 2006, com duração de doze horas.

O grupo focal, uma técnica de pesquisa qualitativa, consiste na reunião de um pequeno grupo de pessoas para discutir e explorar determinado assunto (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996). Carlini-Cotrim (1996) citando Krueger refere que essa técnica pode ser utilizada para o entendimento de como se formam as diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produtos ou serviços. Permite obter dados a partir de discussões, nas quais os participantes expressam suas percepções, crenças, valores, atitudes e representações sociais sobre um determinado fenômeno (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996).

Os grupos são formados por volta de seis a quinze pessoas, “escolhidas por apresentarem pelo menos um traço comum, importante para o estudo proposto (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996, p. 473).

Para conduzir um grupo focal é necessário um moderador e um ou mais observadores. O moderador é um facilitador do debate e não deve expor suas opiniões durante as discussões (CARLINI-COTRIM, 1996). Cabe à ele a criação de um ambiente que propicie a identificação de diferentes percepções e pontos de vista (CARLINI-COTRIM, 1996). Quanto ao observador, este deve direcionar sua atenção sobre os participantes do grupo, no intuito de identificar posturas, impressões verbais e não-verbais. Além disso, deve estar atento a aparelhagem áudio visual (ASCHIDAMINI; SAUPE, 2004). Segundo essas autoras, o observador tem o papel de auxiliar o moderador na condução do grupo e destacar acontecimentos chave.

Nessa pesquisa foram realizados dois grupos focais com representantes dos cinco pólos da região norte do estado. Por meio de um contato telefônico, os pesquisadores explicaram o objetivo da pesquisa. Após entendimentos entre os pesquisadores e os coordenadores dos pólos, o convite para a participação no grupo foi oficializado por meio de correspondência (Apêndice A) enviada por meio eletrônico. **Explicar melhor os critérios de seleção dos participantes, que critério os coordenadores utilizaram para convidar os outros participantes?**

Em 13 de dezembro de 2006, nas instalações da **Regional de Saúde**, foram realizados dois grupos focais simultaneamente, em ambientes separados. O encontro foi viabilizado através de recursos do financiador desta pesquisa

Antes do início dos trabalhos dos grupos, no anfiteatro da instituição mencionada, foi realizada a apresentação do grupo de pesquisa e, uma breve explanação, acerca dos objetivos do estudo. Em seguida, foi solicitado, àqueles que concordaram em participar, a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B), disponibilizado, neste momento, a cada um dos participantes. Os termos foram assinados em duas vias, ficando a primeira via com os pesquisadores e a segunda com os participantes. Além deste, foi entregue a cada um dos participantes uma ficha de identificação (Apêndice C) que foram preenchidas e devolvidas aos pesquisadores.

Em cada grupo focal participaram nove pessoas, as quais foram distribuídas de forma que, em cada grupo, houvesse representantes dos cinco pólos e dos distintos segmentos do quadrilátero – formação, controle social, gestão e profissionais de saúde. Cada grupo contou com um moderador e três observadores, sendo dois responsáveis pelas anotações e um para o controle dos equipamentos de áudio. Estes condutores dos grupos focais foram os próprios pesquisadores desta pesquisa, que fazem parte do Grupo de Pesquisa em Desenvolvimento de Recursos Humanos (GPDRH/CNPq), com a participação de dois pesquisadores deste Grupo que, tendo participado da oficina de trabalho sobre grupo focal, foram convidados para colaborar nesta atividade. Cada grupo focal durou em média duas horas.

O grupo foi conduzido a partir de um roteiro (Apêndice D), o qual foi validado pela instrutora da oficina de trabalho. Para a orientação em sua tarefa, os observadores utilizaram um roteiro elaborado pelo grupo (Apêndice E). Concluída a atividade nos grupos focais, os pesquisadores se reuniram e realizaram avaliação acerca do andamento dos mesmos.

As participações nos grupos focais foram gravadas em fita cassete e transcritas, na íntegra e de forma literal, pelos próprios pesquisadores. Após a leitura do material foram retirados os vícios de linguagem para proteção dos participantes da pesquisa.

Os dados secundários foram coletados por levantamento documental, a partir das atas de reuniões dos pólos. As cópias destas atas foram solicitadas aos respectivos coordenadores, na mesma correspondência que os convidou para a participação no grupo focal (Apêndice A). Na data da realização dos grupos focais, somente dois coordenadores dos PREPS procederam a entrega do material solicitado. Um outro coordenador entregou apenas um resumo das ações desenvolvidas no pólo, em duas folhas. Os demais coordenadores comprometeram-se a enviar posteriormente, o que não ocorreu e cujos motivos são desconhecidos pelo grupo de pesquisadores. Assim, os dados das atas se referem apenas a dois pólos.

4.2.3 Análise dos dados

Os cinco pólos foram codificados nesta pesquisa através das letras A, B, C, D e E., sendo que as atas que os pesquisadores tiveram acesso e, portanto, são apresentadas na discussão, referem-se aos pólos codificados como B e C.

Considerando o objetivo do presente estudo, foi empregado, para descrição e preparo do material, o método de análise de conteúdo preconizado por Bardin (1979), Trivínos (1994) e Minayo (1998).

Para Bardin (1979), a análise de conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção destas mensagens.

Por ser um conjunto de técnicas, há flexibilidade no seu uso durante o processo de construção dos estudos, o que tem feito com que ganhe, a cada dia, espaço na pesquisa qualitativa em saúde.

O material proveniente dos grupos focais foi trabalhado de acordo com a modalidade análise temática. “O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (BARDIN, 1979, p.105).

Para Minayo (1998), o tema está ligado a uma afirmação a respeito de determinado assunto e comportamento um conjunto de relações, que podem ser graficamente mostradas por uma palavra, frase ou resumo. Realizar uma análise temática seria descobrir os “núcleos de sentido” que compõem uma comunicação cuja presença ou freqüência significam alguma coisa para o objetivo analítico proposto.

Através da análise temática há a possibilidade de captação de sentimentos, significados, imagens, atitudes e comportamentos que possam residir nas entrelinhas de cada depoimento, levando os pesquisadores a possibilidade de decifram e anunciarem o processo de implantação dos PEPS no Paraná e do processo de desenvolvimento dos profissionais de saúde.

Para operacionalização da análise de conteúdo, parte-se de uma leitura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos. Neste sentido, análise de conteúdo, em termos gerais, relaciona-se com as estruturas semânticas (significantes) em estruturas sociológicas (significados) dos enunciados (Minayo, 1998).

A análise de conteúdo caracteriza-se por apresentar três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na primeira fase organiza-se o material e definem-se as unidades de registro, as unidades de contexto, trechos importantes e as categorias (MINAYO, 2001). Na segunda fase, o material reunido que constitui o corpus da pesquisa é mais aprofundado, sendo orientado pelas hipóteses e pelo referencial teórico. A terceira fase é a de análise propriamente dita (TRIVIÑOS, 1987).

A análise do material teve início com a escuta de todas as gravações para verificação de sua qualidade. Em seguida, foi iniciado o processo de transcrição das entrevistas, o que foi realizado pelos próprios pesquisadores. No decorrer das transcrições foi efetuada a “limpeza das falas”, com a retirada dos vícios de linguagens como: “né”, “então”, “tá” “é”, “assim”, quando estes não faziam parte do depoimento. Os nomes dos entrevistados, eventualmente citados nos discursos, foram substituídos por códigos a fim de evitar identificações posteriores. No grupo focal denominado A, os participantes, na medida em que foram citados foram codificados com A1, A2 etc., o mesmo ocorrendo no grupo denominado B.

Concluída a transcrição das fitas, iniciou-se o processo de leitura “flutuante”, quando os pesquisadores entraram em contato com o conteúdo das falas em busca das representações de EPS, dos motivos para participar dos pólos, dos sentimentos e comportamentos que surgiram no decorrer das atividades desenvolvidas no processo de implantação. O mesmo processo de aproximações, com os registros ocorreu na análise das atas. Destas leituras surgiram os seguintes temas: aproximações com a EPS, formatação dos pólos e articulações, vivenciando a EPS, atividades desenvolvidas pelos pólos, percepções acerca do processo de EPS e o futuro da política de EPS.

Por meio da análise temática, é possível selecionar o tema a respeito de determinado assunto, através de uma palavra ou frase dita pelos entrevistados, de modo a produzir a idéia principal sobre o assunto pesquisado

(BARDIN, 1979).

O passo seguinte foi a realização de sucessivas leituras das entrevistas e das atas como um todo, a partir de então, orientadas pelos temas. Após leituras exaustivas dos materiais, foi possível identificar categorias de análises.

A categoria se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos comuns ou, relacionados entre si. As categorias estabelecem classificações, agrupando elementos, idéias e expressões em torno de um conceito que abrange todos esses aspectos. Elas podem ser estabelecidas antes do trabalho de campo, dizendo respeito a conceitos mais gerais e abstratos, ou após este momento, sendo mais específicas (MINAYO, 2001).

Para analisar o conteúdo de uma mensagem utiliza-se a chamada unidade de registro, que se refere aos elementos obtidos por meio da decomposição do conjunto da mensagem. Na análise temática utiliza-se como unidade de registro, o tema, que se refere a uma unidade maior em torno da qual se tira uma conclusão (MINAYO, 2001).

4.3 Aspectos éticos

Os princípios éticos que norteiam esta pesquisa estão contemplados na resolução 196/96, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). Em todas as suas fases foi garantido o anonimato dos participantes.

Esse projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, do qual obtive sua aprovação (Anexo B).

5 RESULTADOS

5.1 As atas dos PREPS

Os pesquisadores tiveram acesso a 30 atas do PREPS B e 20 atas do PREPS C.

Do primeiro, as atas referem-se as reuniões realizadas no período de 17 de março de 2004 a 7 de novembro de 2006, sendo que a primeira é intitulada como a 1ª reunião ordinária do PREPS. Contudo, o pólo também disponibilizou as listas de presença nas reuniões, sendo a primeira datada de 16 de outubro de 2003. No período compreendido entre esta data e a ata da reunião realizada em 17 de março de 2004, pode-se constatar a existência de sete listas de presenças em reuniões, cuja periodicidade de realização era quinzenal. Nestas listas de presença o evento realizado era denominado reunião do Pólo Regional Estadual de EPS da respectiva regional de saúde.

Do PREPS C a primeira ata é datada de 1º de junho de 2003 quando ocorre a implantação deste pólo. Dentre elas, a sétima ata se refere a implantação do PAEPS Norte.

5.2 Os sujeitos da pesquisa

Dos 19 participantes dos grupos focais 17 eram do gênero feminino e dois do gênero masculino, com idade entre 24 a 50 anos, com a média de 40 anos.

Em relação à escolaridade, 95% dos participantes declararam ter formação universitária e já realizaram pós-graduação como pode ser observado na tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes do grupo focal, segundo a categoria profissional e a escolaridade, Paraná, 2007.

Categoria Profissional	Formação				Total
	Ensino Médio	Graduação	Especialização	Mestrado	
Administração de Empresas			03		03
Auxiliar de Enfermagem	01				
Ciências Sociais		01			01
Direito			01		01
Educação Física			01		01
Enfermagem			07	01	09
Matemática			01		01
Pedagogia			01		01
Psicologia			01		01
Serviço Social			01		01
Total	01	01	16	01	19

Representantes dos cinco PREPS que compõem o pólo Norte participaram da reunião, onde observa-se a representação dos vários segmentos, sendo o gestor estadual o que apresentou maior número de participantes, como é observado na tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização dos participantes dos grupos focais, segundo pólo que pertencem e representação no Pólo de Educação Permanente em Saúde, Paraná, 2007.

PREPS	Representação no PREPS						Total
	Docente	Gestor Municipal	Gestor Estadual	Profissional de Saúde	Controle Social	Prestador de serviço	
A	01	01	01				03
B	01	01	01		01		04
C			01	03		01	05
D		01	02	01			04
E	01		01		01		03
Total	03	03	06	04	02	01	19

5.3 Os quadros de temas, categorias e subcategorias

Com as sucessivas leituras das transcrições dos grupos focais, emergiram temas, categorias e subcategorias que foram organizadas em quadros para análise e discussão.

1 – APROXIMAÇÕES COM A EPS	
Categorias	Subcategorias
1a - Movimentos anteriores e ações desenvolvidas para esclarecer a proposta de EPS	<ul style="list-style-type: none"> • Pólo Regional Formador de Recursos Humanos • Introdutórios • Eventos • Reuniões • Oficinas

2- FORMATAÇÃO DOS PÓLOS E ARTICULAÇÕES	
Categorias	Subcategorias
2a – Processo de formatação	<ul style="list-style-type: none"> • Papel da Escola de Saúde Pública do Paraná • Estruturação dos pólos • Implantação e definições das representações • Escolha dos representantes • Resultados da formatação de 22 PREPS
2b –Participação dos segmentos	<ul style="list-style-type: none"> • Formação • Controle social • Gestão • Trabalhadores

3 – VIVENCIANDO A EPS

Categorias	Subcategorias
3a – Reações e impressões	<ul style="list-style-type: none"> • Apreensão • Insegurança • Preocupação • Susto • Processo aberto • Inaplicabilidade
3b– Compreensão de EPS	<ul style="list-style-type: none"> • Educação continuada • Elaborar projetos • Mudança de comportamento e no processo de trabalho • Política que envolve a participação de todos dos atores • Propostas da EPS <ul style="list-style-type: none"> Interrogar Refletir Compreender Comprometimento Trabalhar e construir coletivamente
3c- Compreensão dos Pólos	<ul style="list-style-type: none"> • Política de governo • Contribuição na melhoria do serviço • Órgão de controle • Espaço de construção coletiva • Centro Formador • Pólo enquanto fonte de recursos
3d – Conflitos	<ul style="list-style-type: none"> • Interesses pessoais x interesses da representação • Esvaziamento do Pólo

4- ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO PÓLO	
Categorias	Subcategorias
4a – Cursos	<ul style="list-style-type: none"> • Especializações • Cursos de nível técnico • Capacitações
4b – Outras ações	<ul style="list-style-type: none"> • Estímulo à discussão do processo de trabalho • Oficinas • Equipes matriciais
4c-Curso de Facilitador de EPS	<ul style="list-style-type: none"> • Seleção dos Tutores • Seleção dos Facilitadores • Dificuldades <ul style="list-style-type: none"> Não conclusão do curso Dificuldade de sistematização Falta de apoio do serviço Espaço virtual Atraso no envio do material • Contribuições <ul style="list-style-type: none"> Compreensão de EPS Fator de motivação Material pedagógico • Continuidade do curso

5- PERCEPÇÕES ACERCA DO PROCESSO DE EPS	
Categories	Subcategorias
5a- Dificuldades	<ul style="list-style-type: none"> • Individual <ul style="list-style-type: none"> Falta de comprometimento Resistência dos profissionais Conflito de papéis • No serviço <ul style="list-style-type: none"> Falta de profissionais Aplicação da EPS a nível local • Organização política <ul style="list-style-type: none"> Mudança de prefeitos Institucionalização da EPS Falta de retorno dos projetos Incompatibilidade dos projetos com a lógica da EPS Não adesão dos municípios Pouca articulação Baixa adesão dos segmentos Ações à margem dos pólos Formação dos núcleos de EPS Falta de apoio da gestão
5b- Necessidades	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe de assessoria para auxiliar na elaboração de projetos • Avaliação das ações de EPS • Articulações políticas
5c- Contribuições	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender a conversar • Aproximação dos segmentos • Núcleos de educação permanente • Crescimento pessoal • Construção coletiva • Pareceria com as Instituições formadoras • Realização de cursos

6- O FUTURO DA POLÍTICA DE EPS	
Categories	Subcategorias
6a- Perspectivas	<ul style="list-style-type: none"> • Oficinas • Avaliação e organização dos pólos • Continuidade das articulações e discussões • Não apoio do Ministério da Saúde • Falta de financiamento

6 DISCUSSÃO

6.1 Aproximações com a EPS

6.1.1 Movimentos anteriores e ações desenvolvidas para esclarecer a proposta de EPS

Com a implantação da estratégia Saúde da Família evidenciou-se a falta de profissionais capacitados para atuar na lógica proposta. Uma das formas de solução deste problema foi a criação de Pólos de Capacitação com o propósito de direcionar os cursos dirigidos aos profissionais de saúde inseridos no âmbito do SUS.

Os Pólos de Capacitação, conduzidos pelas universidades, desenvolviam os cursos introdutórios para as equipes que estavam iniciando o trabalho na ESF. A implantação destes pólos e, posteriormente da política de EPS, foi resultado da compreensão de que as iniciativas e os programas de saúde não vinham sendo organizados em consonância com os princípios do SUS. O objetivo básico da EPS foi promover mudanças nas práticas de ensino e nas práticas de atenção a saúde (CAMPOS et al, 2006).

Embora a portaria nº 198/GM que instituiu em nível nacional a Política de Educação Permanente tenha sido publicada em fevereiro de 2004, pode-se constatar movimentos anteriores que indicam que a formação desta política foi um processo coletivo, discutido, pactuado e deliberado pelas instâncias correspondentes, dentre as quais podem ser citados a pactuação pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 18 de setembro de 2003, e a Resolução nº. 335 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 27 de novembro de 2003, que aprova a política.

O primeiro registro em ata do PREPS C data de junho de 2003, quando ocorre a implantação de um colegiado denominado “Pólo Regional

Formador de Recursos Humanos” e, em cuja reunião participaram representantes do gestor estadual, gestores municipais, instituições formadoras e do legislativo. A criação deste pólo foi resultado de orientação recebida em reunião realizada em Curitiba com a Secretaria de Estado da Saúde (SESA), Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPPR) e Centro Formador de Recursos Humanos em Saúde Caetano Munhoz da Rocha (CFRHCMR) (PREPS C) e, de acordo com os sujeitos deste estudo, a reunião teve como objetivo oferecer algumas noções sobre a proposta da EPS.

A partir deste evento, em algumas regionais foram realizadas reuniões com os trabalhadores locais, também objetivando o esclarecimento da EPS. Em outras, foram organizadas oficinas, com o apoio da ESPP, já com a participação das representações dos segmentos de gestão, controle social, trabalhadores de saúde e formação.

Um dos participantes deste estudo destacou a importância destes eventos, uma vez que, por meio deles, foi possível compreender que a EPS era algo que não vinha pronto, mas que deveria ser construído coletivamente conforme as demandas de cada localidade. Além disso, também possibilitou um maior esclarecimento em relação às articulações necessárias para viabilizar esse processo.

A partir do momento, que começaram a ser difundidos os conceitos e as formas de trabalho propostos pela política de EPS, alguns profissionais perceberam que tal prática já existia.

EPS foi um termo novo para nós. Só que na medida em que fomos desenvolvendo, vimos que já fazíamos EPS. Na verdade foi um caminhar, foi uma coisa, que foi se sedimentando, mesmo com outro nome (A4).

[...] nós tivemos aproximações diferentes. Por exemplo, a regional [...] já tinha a discussão dentro do próprio município muito anterior. Já tinha alguns avanços, já tinha algumas construções que queriam viabilizar, enquanto que as outras regionais foram agregando gradualmente e, já não tinham o mesmo tempo de entendimento [...] (B1).

Em uma das regionais de saúde as atividades relacionadas à saúde mental já estavam organizadas segundo a lógica da educação permanente. Para Ceccim e Feuerwerker (2004, p.50)

a lógica da educação permanente é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar. Essa abordagem pode propiciar: a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da capacidade de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde; de trabalhar em equipes matriciais e de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde, bem como constituir práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas.

Existiam também os introdutórios, que consistiam em reunir uma equipe de saúde com médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e o agente comunitário de saúde (ACS) para discutir processo de trabalho, ou seja, para analisar como estavam organizadas as práticas de saúde e se estas estavam respondendo às necessidades de saúde da população daquele local.

O processo de trabalho é um ato produtivo, cuja finalidade é promover uma transformação da realidade social. Para tanto, o ator social que o realiza necessita dos meios e das tecnologias necessários para atingir seus objetivos (BRASIL, 2005e).

Segundo Merhy (1997), três tipos de tecnologias permeiam o processo de trabalho: as tecnologias duras, que consiste na utilização de equipamentos e máquinas durante a assistência a saúde; as tecnologias leve-duras, que se relacionam aos conhecimentos técnicos ou saberes estruturados e as tecnologias leves, que se referem às relações. Estas são essenciais para a produção de cuidados, vínculos, acolhimentos e responsabilizações. Quando o processo de trabalho utiliza predominantemente as tecnologias duras, o trabalhador não tem liberdade para ser criativo, relacionar-se, criar vínculo com o usuário, experimentar soluções para os problemas que aparecem. Além disso, não interage e não insere o usuário no processo de produção de sua própria saúde (BRASIL, 2005c).

A saúde como experiência subjetiva não pode ser medida somente por meio de aparelhos, mas pela expressão do sujeito que a vivencia. A resposta está no sujeito não nas máquinas (BRASIL, 2005f).

6.2 Formatação dos pólos e articulações

6.2.1 Processo de Formatação

A partir da publicação da portaria nº. 198/GM/MS, desencadeou-se, em todo país, um processo de articulação para a implantação dos PEPS.

A proposta do MS era que fossem implantados no estado seis pólos, mas a ESPP, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde (SESA), entendeu que os pólos deveriam ser descentralizados. Assim, houve uma negociação com o DEGES e foram implantados vinte e dois Pólos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PREPS) nas localidades das regionais de saúde e a criação de seis Pólos Ampliados de Educação Permanente em Saúde (PAEPS) que funcionariam como uma convergência dos pólos regionais (PARANÁ, 2006a).

A primeira deliberação desta política no estado ocorreu na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), em reunião realizada em 18 de dezembro de 2003, que revelou o seguinte formato dos PEPS:

A manutenção dos 22 Pólos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PREPS), constituído por representantes: do Gestor Estadual (Regionais de Saúde), dos Gestores Municipais; de Instituições Formadoras de 2º e 3º Graus; das instituições regionais que fazem interface com a Saúde; do Controle Social; e, dos discentes (esses dois últimos na dependência das articulações regionais). A constituição de 06 Pólos Ampliados de Educação Permanente em Saúde nos moldes propostos pelo Ministério da Saúde, por regiões do Estado, constituídos por 06 representantes de cada PREPS, sendo 01 de cada segmento, com coordenação e sede rotativas entre os PREPS componentes e com periodicidade a ser definida. Constituição do Colegiado Gestor Estadual composto de 37 membros, sendo: 06 representantes de cada um dos 06 Pólos Ampliados, mantida a representatividade; e 01 representante da Escola de Saúde Pública como ente articulador (PARANÁ, 2003, p.1).

No discurso de um dos sujeitos há relato sobre reunião ocorrida no município sede do pólo, na qual ocorreu a discussão para a conformação dos pólos no Paraná.

O modelo inicial surgiu lá no município. Aí, o estado encampou a proposta e na regional que formalizou o convite e formalizou o pólo [...] no final de 2003, em outubro, o estado se articulou, conversou com o município [...], sugeriu a implantação dos 22 pólos regionais e mais os seis pólos ampliados macro regional (B1).

A implantação do PAEPS da região norte do estado, aconteceu em reunião realizada em 23 de março de 2004, com participação de representantes dos cinco PREPS que compõem a macro norte. Inicialmente, houve uma fala da diretora

da ESPP, na qual foi explicado todo o processo que antecedeu aquele momento de implantação do PAEPS Norte. Elucidou que

A coordenação e sede será rotativa entre os PREPS que o compõe, com periodicidade definida pelos mesmos (PREPS C).

O Colegiado Gestor terá as funções de análise de Projeto, Adequação técnica, pareceres, propostas de priorização quando necessário e encaminhamentos a CIB e CES (PREPS C).

Nesta mesma reunião, a diretora da ESPP, em resposta às dúvidas suscitadas em relação a autonomia dos PREPS, após a implantação do PAEPS, especialmente, no que diz respeito ao encaminhamento dos projetos, afirma

Os PREPS continuarão a ter a autonomia que sempre tiveram [...]. O que não pode resolver no PREPS deve ir para o Pólo ampliado (PREPS C).

Sobre o financiamento a diretora da ESPP elucidou que em 2003 os PREPS trabalharam com recursos oriundos do MS para programas específicos, mas que em 2004 havia orçamento do estado, com um teto para cada PREPS de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) por mês, sendo cumulativo (PREPS C).

Para a composição do PAEPS Norte, cada um dos cinco PREPS apresentou os seus representantes, os quais haviam sido escolhidos anteriormente em reuniões suas reuniões, nas respectivas regiões.

Para a escolha de 06 (seis) representantes de cada segmento do PAEPS Norte para compor o Colegiado Gestor, assim ocorreu o processo:

A primeira proposta apresentada foi de que cada segmento se articulasse e escolhesse o seu representante e no final se houvesse alguma Regional com muito mais representação do que outra, faria-se nova eleição para buscar equilíbrio. A segunda proposta foi que cada regional escolhesse um segmento para que todos sejam contemplados. Ficou então decidido por consenso que cada Regional escolha um segmento com titular e outro suplente, contemplando igualmente o mesmo número de representação no Pólo Ampliado [...] Foi proposto e aprovado pela assembléia que esta eleição tenha validade para o no de 2004, devendo ser realizado nova eleição em tempo oportuno pra o próximo ano. (PREPS C).

Os participantes do estudo destacaram como positiva a atuação da ESPP durante esse processo de implantação dos pólos. De acordo com uma das participantes,

[...] foi fundamental para sedimentar esse processo, para levar adiante, para essa conformação de PREPS (A4).

Os participantes do estudo consideram que a formatação dos pólos no Paraná resultou em diversos benefícios, dentre eles uma maior democratização e valorização das regionais e dos municípios. Além disso, foi destacado que a implantação de 22 PREPS representou um respeito à diversidade. A presença dos pólos nas microrregiões permitiu que os diferentes problemas e necessidades de saúde fossem levados em consideração.

De acordo com documentos o MS, para que as discussões se aproximem da realidade é preciso reunir os diferentes atores e diferentes pontos de vista existentes nas práticas diárias das áreas de Saúde e da Educação (BRASIL, 2005b).

6.2.2 Participação dos segmentos

O pólo, instância de articulação de EPS, deve ser composto pelo quadrilátero formado por gestores, formadores, serviços de saúde e controle social e, o colegiado de gestão, formado por representantes de todas as instituições que participam dos pólos (BRASIL, 2004a).

A novidade da roda dos pólos fez com que as primeiras articulações fossem consideradas como um processo trabalhoso, de acordo com relato de um dos participantes da pesquisa

Em relação à implantação do PREPS, enquanto gestão municipal e participação do segmento, no início para nós, [...] não sei se é bem esta palavra, trabalhoso, porque era algo novo. Nós tínhamos várias reuniões e o interessante que, a cada reunião, os assuntos deles tinham que ser retomados, pois tinha presença de pessoas diferentes, que queriam entender o que era o PEPS (B3).

Considerando que os atores institucionais são importantes para pensar e realizar a formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde (BRASIL, 2005a), as instituições formadoras, de toda a região, foram convidadas a integrar este processo.

[...] chamamos as instituições de nível superior, todas as três universidades que tínhamos na época, instituições de nível médio que tem a Santa Casa, HUTECH (Fundação de apoio ao desenvolvimento tecnológico do Hospital Universitário da regional do norte do Paraná da Universidade Estadual de Londrina), colégio

Filadélfia, colégio Integrado, SENAI (Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial [...]) (B1).

Os participantes do grupo focal, em geral, reconhecem que as instituições de ensino que aceitaram o convite e participaram do processo tiveram um importante papel na construção dos pólos ao compartilharem seu conhecimento, de acordo com as falas

As faculdades entenderam um pouco mais rápido do que próprios municípios do que se tratava educação permanente (B5).

[...] a instituição formadora desde o primeiro momento [...] nos apoiou e nós também as apoiamos por que é uma mão via de dupla. [...] a gente está aprendendo muito com eles e eles aprendendo com a gente. Estamos conseguindo uma grande associação que eu acho que é fundamental para mudar o modelo de organização para associar a teoria à prática (B1).

O estudo de Campos et al (2006), realizado com os 12 primeiros pólos constituídos: Alagoas (Maceió), Bahia (Salvador), Ceará (Fortaleza), Distrito Federal (Brasília), Mato Grosso (Cuiabá), Minas Gerais (Belo Horizonte e Juiz de Fora), Paraná (Curitiba), Pernambuco (Recife), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro e Niterói), Santa Catarina (Florianópolis), também revelou que as instituições de ensino têm contribuído significativamente nas atividades dos pólos.

De acordo com a referida pesquisa, as principais contribuições desse segmento foram na elaboração de projetos e cursos de capacitação. Entretanto, esse estudo também revela o conflito que existe entre serviço e ensino. Para as instituições de ensino há muita resistência por parte do serviço aceitar os estagiários. Por outro lado, os serviços afirmam que os estudantes chegam despreparados e, portanto, não podem atuar diretamente na área técnica.

Embora em alguns pólos a formação tenha atuado no sentido de fortalecer o processo de EPS, há também relatos de que em algumas regiões a participação deste segmento ainda não se efetivou.

A gente ainda está tendo dificuldades de fazer uma agregação maior com o pessoal da educação, da formação (A4).

Em relação à participação dos discentes, foi destacada a dificuldade em relação à rotatividade nos centros acadêmicos.

[...] é uma dificuldade muito grande de garantir discente, por que é um trânsito muito grande uma entrada e saída que os centros acadêmicos não conseguem manter. A gente também não conseguia

manter esta relação com os centros acadêmicos de toda hora estar renovando esta participação (B1).

Um dos participantes relata que outras parcerias foram se estabelecendo ao longo do processo.

[...] apesar de ser uma cidade pequena, nós temos vários parceiros, nós temos o núcleo de educação, temos escolas, hospitais onde a gente aproveitou alguns profissionais, nutricionistas administradores para estarem integrando junto com a gente neste processo (B2).

Em relação ao controle social **há** afirmação, de um de seus representantes, de que sua participação tem sido incipiente, principalmente porque o pólo não tem trabalhado com questões trazidas por esse segmento. Ainda, justifica a baixa participação como decorrência do desconhecimento de seu papel no pólo.

[...] o controle social não é um segmento muito fácil de você fortalecer [...]. Se a gente for discutir controle social como esta lá no seu município, para olhar a saúde, não só com o papel fiscalizador, mas no papel de cidadão, de estar acompanhando todo o processo de avaliação da saúde, de tudo, isto é muito difícil de acontecer por conta de formação de como estão constituídos todos esses conselhos e o controle social [...] (B9).

A necessidade de capacitação de conselheiros como forma de aprimorar o funcionamento dos conselhos tem sido amplamente discutida. Para alguns entrevistados, a melhor forma de estimular a participação dos conselhos de saúde é investir na formação e capacitação dos conselheiros, uma vez que a resistência desses atores em participar dos pólos decorre da falta de compreensão deles sobre o que é EPS e o que são os pólos.

Uma das conseqüências dessa falta de capacitação se expressa, na medida em que os conselheiros ficam centrados nas questões burocráticas e definições de papéis, de modo que pouco discute sobre as necessidades de saúde da população. Além disso, sem uma definição clara do caráter deliberativo, os debates sobre os problemas de saúde ficam apenas no plano das reivindicações, sem perspectiva de encaminhamento de soluções (CARVALHO, 1996).

A falta de capacitação de conselheiros de saúde ocorre porque os próprios gestores têm uma visão de que os conselheiros incomodam e são questionadores. Nesse sentido, não há motivos para qualificar e aumentar o grau de poder desses sujeitos (COSTA; NORONHA, 2003).

Apesar da pequena participação, alguns participantes afirmam que este segmento tem contribuído para disseminar a EPS nos conselhos de saúde, bem como para a comunidade. Tal característica, de acordo com o participante B1, é resultado do potencial de articulação que há em alguns representantes desse segmento.

De acordo com os participantes é muito importante que exista uma articulação do conselho de saúde com os pólos e que é preciso ampliar a participação dos conselhos de saúde nos pólos para que novas necessidades de saúde sejam levantadas.

Um dos participantes considera que a articulação entre o pólo e o conselho municipal de saúde está relacionado a postura do gestor.

Então eu acho que tem que fazer esse entendimento primeiro para o gestor municipal, e dizer da necessidade, porque a gente ainda vê nos municípios pequenos, a indicação do conselho. É o prefeito que manda ou o secretário que manda e eles assinam o que eles querem. Eu acho que vai ter um trabalho muito grande, [...] (A3).

Em relação ao segmento da gestão, há uma compreensão pelos participantes de que tanto os gestores estadual e municipais contribuíram para o fortalecimento dos PREPS, na medida em que ofereceram amplas condições de trabalhar. Apesar disso, os participantes entenderam que a atuação do gestor municipal tem o foco nas ações imediatas, isto é esperam retorno rápido das discussões e dos processos que são articulados. E acrescentam

[...] a gestão municipal também não tem claro o que é educação permanente e tem muito pouca participação. Ela vai realmente ao PREPS buscando a oferta de cursos, não entende essa relação local de construção de fóruns de EPS, de discussão de processo de trabalho e por ai a fora (B1).

[...] o gestor ele fica um pouco ausente ele vai como visitar para ver se esta tudo bem, se o curso está saindo ali na região. Ele ficar ali, participar da construção junto, ele não tem essa cultura (B9).

Quanto ao gestor estadual, entendem que sua participação deveria ser para além do apoio financeiro.

E do estado nessa política. E quando eu falo da presença deles não é só do financiamento. É ali assessorando mesmo, apoiando, estar do nosso lado. Porque quando se trata de uma política, todos têm que estar falando a mesma língua (A1).

O estudo de Campos et al (2006) revelou que o apoio do gestor

estadual estava restrito a disponibilização de recursos financeiros e de infraestrutura.

Os representantes dos serviços de saúde declararam que a participação deste segmento deu-se motivada por acreditarem em mudanças no modelo de atenção à saúde.

[...] meu grande sonho sabe, mudança no modelo de atenção a saúde (B1).

[...] enquanto trabalhadora, acho que nós no começo levamos muitas pessoas, poucos permaneceram e acho que vai do interesse de cada um [...]. Nós não podemos forçar, amarrar e levar, porque senão, se a coisa não for feita com paixão, acontece isso, vai se acabando. Acho que o que nos mantém é o comprometimento, enquanto profissional, pelo que a gente faz, o amor pelo nosso trabalho, o acreditar nas coisas que podem ser mudadas, dessa visão não fragmentada, desarticulada, mas na visão total [...] do processo que a gente possa melhorar (B3).

6.3 Vivenciando a EPS

Da vivência da política da EPS emergiram reações, impressões, concepções e percepções, as quais serão exploradas a seguir.

6.3.1 Reações e impressões

No início do processo de implantação da EPS várias reações foram despertadas nos atores envolvidos. Um dos participantes relatou ter ficado apreensivo por não acreditar que a EPS pudesse ser implementada. Segundo ele, surgiram muitas dúvidas em relação implementação dessa política, que deve ser um processo de construção coletiva.

Não houve ainda um entendimento da construção coletiva lá no serviço. Como se o pólo fosse a fábrica para estar gerando formação e devolvendo. Ainda não existe o entendimento que esta construção deva acontecer nesses locais [...]. É mais fácil receber pronto, do que fazer esta construção (B3).

O desconhecimento em relação ao que deveria ser implantado gera

um sentimento de insegurança, expresso em sugestão para que fosse convidado consultor do MS para dar apoio na estruturação do pólo.

[...] todos estão se batendo (PREPS B).

Um dos participantes expressa que toda mudança é um processo, exige tempo para que o novo possa ser aceito, desta forma, a dificuldade em mudar deve-se ao medo do desconhecido, da novidade.

Eu acho que é [...] medo do desconhecido [...] (A7).

Matumoto, Fortuna e Santos (2006) afirmam que na EPS não há passos e receitas a se seguir. É preciso estar preparado para as novidades para o desconhecido. Para Freire (2006), é fundamental aceitar o novo e, portanto, correr riscos. Seguindo esse pensamento, Morin (2002) relata que o novo é algo que surpreende, porque o homem se assegura em teorias e idéias que não têm estrutura para acolher o novo, mas apesar de toda essa resistência, que se impõe às novidades, ela é real e surge a todo instante. Por isso, quando a novidade, o inesperado emerge “é preciso ser capaz de rever nossas teorias e idéias, em vez de deixar o fato entrar a força na teoria incapaz de recebê-lo” (MORIN, 2002, p.30).

Outra reação relatada por um dos participantes foi a preocupação com os profissionais da área técnica que, a princípio, mostraram-se resistentes a educação permanente, o que foi mudando na vivência da EPS.

[...] o grupo técnico da regional [...] começou bastante combativo e hoje é parceiro, hoje busca a parceria do PREPS (A4).

[...] sentimos que algumas Regionais de Saúde reclamam muito que os PREPS só vieram para atrapalhar e não seria isto. Ele veio para a gente estar trabalhando coletivamente, para a gente sair daquelas caixinhas que a gente trabalhava e foi onde nós conseguimos trabalhar realmente com demandas, que hoje nós sentimos o trabalho/serviço com qualidade melhor principalmente [...] (B2).

6.3.2 Compreensão de EPS

No que se refere a compreensão da política de educação permanente emergiram diversos entendimentos. Relacionados a estratégia de implementação, os participantes

A dificuldade maior é pensar que educação permanente é só projeto, curso [...] tem que ter uma mudança de prática (A5).

[...] a proposta é passar da educação continuada para a educação permanente (PREPS B).

[...] uma dificuldade muito grande, eu senti isso, não sei se todos aqui, para nós começarmos a diferenciar o que seria educação continuada e educação permanente, isto a gente sofreu muito (B2).

O objetivo da Educação Continuada (EC) é aprimorar a competência e atualizar o profissional de saúde para que ele seja capaz de desempenhar suas atribuições com responsabilidade (RIBEIRO; MOTTA, 2006).

Na EC as ações educativas são elaboradas por pessoas que estão distantes dos problemas locais. Logo, esta não tem a capacidade de atender às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2005e). Ao privilegiar a direcionalidade técnica do trabalho nos processos educativos, a EC, enquanto estratégia de capacitação para os serviços de saúde, reforça a fragmentação do cuidado, das equipes e do processo de trabalho, uma vez que focaliza a atuação de cada profissional em suas funções. Daí a necessidade de introduzir a EPS no ambiente de trabalho (RIBEIRO; MOTTA, 2006).

Um dos participantes afirma que, na medida em que as pessoas vão compreendendo o que é EPS passam a interessar-se mais e a participar.

Eu lembro que no começo o pessoal não vinha. Aí a partir do momento que eles foram ouvindo [...], fui sentindo que realmente eles começaram a participar, a discutir mais, a trazer realmente os reais problemas [...] (A9).

Na visão dos sujeitos do estudo, a EPS está relacionada intimamente à mudança de comportamento e mudança no processo de trabalho.

A EPS e os pólos existem para tentar mudar o modelo (PREPS B).

[...] eu vou mudar meu comportamento como profissional a partir disso, eu e quem está comigo, a gente espera isso também [...] (B7).

Para Rosa (2003, p.21)

O novo representa, quase sempre, uma ameaça. Ameaça à ordem, ao estabelecido, ao já absorvido e acomodado. Por isso mesmo, é recebido com reservas. Qualquer que seja esse 'novo', é tido como um intruso num mundo organizado e harmônico.

Essa resistência que muitas pessoas têm ao PREPS, a EPS, eu acho que é [...] medo da mudança (A7).

Mas se mudança é tão desconfortável, então porque ela acontece? Por mais que o ser humano se acomode, ele é dotado de sensibilidade que o faz perceber as insatisfações do mundo em que vive. Então, impulsionado pela insatisfação, o homem busca mudanças, mas para que ela, de fato, se concretize é preciso disposição interna (ROSA, 2003).

Ao contrário dos que muitos pensam, a resistência à mudança não está relacionada com a mudança em si, mas no trabalho que toda mudança desencadeia, o qual consiste em rever-se (ROSA, 2003).

A EPS também é entendida como uma política que mobiliza todos os atores e cujo objetivo é promover um avanço no serviço e nas relações entre os atores envolvidos no processo de produção de saúde.

Para mim é um espaço de articulação entre as diversas partes visando projetos de intervenção e projetos de formação. É um espaço loco regional de articulação entre as várias partes (B1).

[...] processo de construção e a proposta é de trabalho em rede, onde todos participam de forma a criar uma rede de cooperação (PREPS B).

Cada pólo de EPS se constituiu-se de forma diferenciada e trabalham com demandas diferenciadas. Para Ceccim (2005c), esta heterogeneidade justifica a importância da EPS como política. Corroborando com a fala dos participantes do estudo, Ceccim (2005c) afirma que a EPS articula e mobiliza diferentes atores destinando a todos o papel de protagonistas na condução dos sistemas de saúde.

[...] o pólo veio para que o próprio trabalhador participasse dessa mudança de comportamento da política implementada, conhecer que tem espaço que ele pode fazer alguma coisa (B5).

Para os participantes desta pesquisa, na implementação da EPS é preciso interrogar e refletir, isto é, problematizar, adotando uma postura crítica em relação as situações.

A EPS tem como objetivo principal a problematização (PREPS B).

Para Ceccim (2005a), o questionamento e a problematização da realidade desperta no sujeito insatisfações, o que segundo Rosa (2003) é fator necessário para desencadear o processo de mudança.

Morin (2006, p.22) relata também a necessidade de despertar e

estimular a reflexão, a dúvida e a curiosidade. “Trata-se, desde cedo, de encorajar, de instigar a aptidão interrogativa e orientá-la para os problemas fundamentais de nossa própria condição e de nossa época”.

[...] quando fala em pólo eu não penso em curso, penso em momentos de reflexão [...], 2 a 3 encontros a gente tem que deixar para as pessoas desabafarem dos costumes como eles são treinadas [...] (B9).

Ao refletir sobre a realidade, apreende-se a realidade. Apreender a realidade é se apropriar dela, superar a visão ingênua da realidade, em outras palavras, superar a compreensão fatalista das situações que significa descobrir o papel da consciência e da subjetividade na história (FREIRE, 2001a).

Refletir sobre a realidade é reconhecer que a realidade é mutável, que não há neutralidades (FREIRE, 2001b). Morin (2006) afirma que para refletir é necessário estabelecer relações entre os fenômenos e seu contexto, isto é, a modificação que ocorre no todo repercute sobre as partes, assim como a transformação nas partes reflete sobre o todo.

Implementar a EPS, para os sujeitos do estudo, também implica no respeito e na compreensão do outro. O respeito à autonomia e a dignidade de cada um é uma postura ética e não um favor que se pode ou não oferecer aos outros. Assim, todo sujeito deve ser respeitado em suas escolhas, na sua linguagem, no seu gosto estético, na sua curiosidade e inquietude (FREIRE, 2006).

O respeito muitas vezes depende do grau de compreensão que um sujeito tem em relação ao outro. Morin (2002) trata da compreensão humana, cuja aquisição vai além da explicação. A compreensão humana comporta um conhecimento de sujeito a sujeito. Inclui um processo de empatia, de identificação. É subjetiva, pede abertura, simpatia e generosidade (MORIN, 2002).

A compreensão é desinteressada, não espera nenhuma reciprocidade, ou seja, a compreensão não espera ser compreendida. Portanto, compreensão é compreender a incompreensão (MORIN, 2002).

A EPS também exige comprometimento dos atores. Para Freire (2001b), comprometer-se é ser capaz de agir e refletir, é superar a visão ingênua, fatalista, é conhecer a realidade. O compromisso tem a capacidade de provocar algo no ser humano. Através do compromisso este expõe sua maneira de ser e pensar politicamente (FREIRE, 2006).

O compromisso [...] só existe no engajamento com a realidade [...]

somente assim o compromisso é verdadeiro. Ao experiênciá-lo num ato que necessariamente é corajoso, decidido e consciente, os homens já não se dizem neutros. A neutralidade frente ao mundo [...] reflete apenas o medo que sentem de revelar o compromisso (FREIRE, 2006, p. 19).

O trabalho em equipe e a construção coletiva também foram apontados como requisitos para implementar a EPS. Segundo Piancastelli, Faria e Silveira (2005) trabalhar em equipe significa reunir um grupo de pessoas com habilidades complementares e com objetivos comuns, os quais foram estabelecidos por meio de negociações entre os atores envolvidos.

O trabalho em equipe tem sido cada vez mais exigido em todos os ambientes de trabalho, pois o desenvolvimento e a complexidade do mundo moderno têm imposto, ao processo de produção, relações de dependência e de complementaridade de conhecimentos, apesar disso existem muitas dificuldade para se trabalhar em equipe (PIANCASTELLI; FARIA; SILVEIRA, 2005), porque em uma equipe são despertadas diversas relações: de afeto, de poder, de trabalho, relações sociais, culturais, as quais produzem diferentes formas de pensar e agir, surgindo então os conflitos (BRASIL, 2005c).

[...] foi trabalhado como equipe, o que achei interessante. O que mais me motivou é que nós do controle social, gestor estadual, gestor municipal todos juntos tentando nivelar, ninguém sabia nada, vamos todo mundo saber, todo mundo, agora tudo igual, todo mundo com dificuldade em entender, foi crescendo, tinha desde serviços gerais até o médico que também ouviu a mesma coisa, todos no mesmo nível [...] (B5).

Mesmo diante das dificuldades, é preciso insistir no trabalho em equipe, pois na medida em que este evidencia o trabalho horizontal rompe-se com conceitos hegemônicos (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

6.3.3 Compreensão dos pólos

A compreensão inicial sobre os PEPS é de que eles seriam apenas mais uma estrutura burocrática criada pelo governo.

O contato com a EPS, permitiu a compreensão de que os pólos tinham o objetivo de contribuir na melhoria do serviço, contudo, havia entre os participantes distintas compreensões sobre a forma como os pólos cumpririam tal

objetivo. Para alguns seria por meio de articulações e, para outros por meio da elaboração e aprovação de projetos.

Nos primeiros movimentos do pólo, meu entendimento era isso mesmo. Que era para proporcionar um avanço. Só que a gente via como um avanço na qualidade de serviço, na qualidade das ações que exercemos (A4).

[...] pólo não aprova projetos, é apenas articulador (PREPS B).

Para eles, o PAEPS tinha o papel de fiscalizar e aprovar ou não os projetos.

Eu achava que era uma instancia que nós íamos ter esses parceiros, a formação, o gestor municipal, o gestor estadual para discutir projetos e aprovar projetos. Minha primeira idéia foi essa (A2).

A portaria ministerial deixava claro que os pólos não substituíram outras instâncias de deliberação (BRASIL, 2004). Há nos registros das atas a preocupação freqüente em esclarecer o papel dos PREPS, diferenciando-os de outras instâncias, seja de deliberação ou de execução da política de saúde.

[...] esta estrutura colegiada tem [...] função diferente dos Conselhos de Saúde (PREPS B).

As correspondências de PREPS deverão ser endereçadas à secretaria executiva do PREPS e não à Regional de Saúde (PREPS B).

Uma outra forma de compreensão dos pólos é aquela que o concebe como um instrumento de viabilização de recursos financeiros, o que se destacou como motivação para a busca de integrar os pólos segundo um dos participantes do grupo focal.

[...] eu não entendia o que estava acontecendo, mas eu entendia que existia um grande interesse financeiro por parte dos segmentos que vinham participar (B7).

Todo mundo estava focado no financeiro (A9).

[...] o que despertou o interesse do município nesse processo de formação foi o incentivo financeiro que poderia vir de qualquer maneira para o município, foi um dos pontos que fez o município participar e cair de cabeça [...] (B5).

Campos et al (2006) afirmam que a falta de processos sistematizados de acompanhamento das atividades fez com que os pólos fossem vistos como fonte

de captação de recursos para o financiamento de projetos. Os mesmos autores expressam a necessidade de existir uma descentralização dos recursos financeiros, isto é, de repasse fundo a fundo. Nesse sentido seria mais fácil acompanhar as demandas, e execução, a dinâmica dos serviços e a realização das adequações necessárias.

Outras formas de compreensão podem ainda ser constatadas nos registros das atas

[...] um espaço para estudo e discussão de documentos sobre Educação Permanente em Saúde (PREPS B).

[...] espaço de pactuações e repactuações (PREPS B).

No estudo de Campos et al (2006) os pólos foram considerados como espaço de convívio solidário entre diferentes atores e instituições produtoras de saúde. O pólo também conferiu uma nova dinâmica para as regionais, extrapolando as atividades de fiscalização e suporte.

Vale ressaltar, que no início haviam distorções em relações as atribuições do pólo. Na implantação do PREPS C, os registros da ata, apontam para uma compreensão inicial de pólo como centro formador, sendo que nas duas primeiras atas, o pólo é denominado como 'Pólo Regional Formador de Recursos Humanos'.

[...] relevante [...] a vinda deste Pólo Regional Formador de Recursos Humanos, pois supriria a demanda existente na região para capacitar e formar pessoas, tanto a nível de ensino médio e superior [...] (PREPS C).

[...] a chefia do Núcleo Regional de Educação disse que eles vem lutando para que o ensino profissionalizante tenha novamente um lugar junto aos demais ensino [...] e que com a chegada desse Pólo seus sonhos tornam-se realidade e que estão a disposição para esse trabalho em parceria [...](PREPS C).

Apesar dos equívocos iniciais, a vivência permitiu avanços na compreensão dos pólos, expresso durante a apresentação de um projeto no PREPS B.

[...] embora o projeto seja pertinente não foi resultado de uma construção coletiva. Precisa ser discutido (PREPS B).

6.3.4 Conflitos

A implantação dos pólos permitiu avanços em relação à prática e organização dos serviços de saúde, mas estes, em alguns momentos, foram permeados por conflitos.

Ninguém gosta do conflito, pois aprendemos que eles são ruins, mas os conflitos evidenciam diferenças numa sociedade que se empenha em produzir homogeneização [...]. Os conflitos precisam ser enfrentados, nominados, expostos. Trazem possibilidade de inclusão e produção da mudança, movendo-nos do lugar da conservação para o lugar da transformação (BRASIL, 2005c, p.100).

Nos registros da implantação de um pólo, há conflito relacionado ao segmento do Controle Social, pois o conselho municipal da cidade pólo da microrregião, não tendo sido considerado convocado para a reunião, questionou o processo, gerando dificuldades na definição desta representação (PREPS B).

Outras situações surgem no decorrer do processo e que são percebidas como conflitos.

A proposta de mudança de prática feita pela EPS movimentou um conjunto de atores que estão no serviço. Segundo Merhy (2002), quando se chega a um lugar como um Centro de Saúde que possui 30 trabalhadores, por exemplo, necessariamente estamos diante de uma dinâmica profundamente complexa se considerarmos o conjunto de autogovernos em operação e o jogo de interesses organizados como forças sociais.

Eu acho que são diversos interesses que convergiram para a composição do pólo, por exemplo, o município queria formar seus profissionais sem ter essa visão de formação de serviço, as instituições formadoras queriam viabilizar a venda dos seus cursos e viabilizar projetos [...], o controle social queria sua formação [...], junto com os discentes que queriam mais uma participação ativa, mas também queriam a formação [...] (B1).

Eu acho que essa questão dos interesses, não só dos interesses financeiros diretamente em recursos, mas da necessidade de cursos mesmos por município [...] há necessidade de estar atualizando, capacitando, sensibilizando os profissionais que atuam nos serviços [...] (B3).

No início das atividades dos pólos a participação era bem distribuída. No decorrer do processo alguns segmentos tiveram seus interesses viabilizados e foram se afastando dos pólos e desmotivando a participação de outros.

[...] há um distanciamento dos pólos, por que as instituições formadoras viabilizaram diversos cursos a partir do pólo e a alegação

deles é que nós estamos administrando esses cursos e não temos mais tempo para participar do pólo [...]. É que já comeram seu pedaço de bolo e alguns outros setores acabaram meio, principalmente os municípios acabaram meio que se afastando, meio que se distanciando (B1).

De acordo com outros depoimentos, muitos conflitos surgiram devido a verticalidade das ações, questionando o processo democrático.

Como se a gente tivesse num processo de ditadura e democracia [...]. Eu faço um discurso todo democrático, mas, na hora de efetivar tem que ser assim! A gente se sente um pouco que usado neste processo, onde você é convidado para discutir, onde você é convidado para propor e depois é convidado para legitimar. Olha, vocês tomaram conhecimento de tudo, mas tem que ser assim [...] (B9).

Em relação a distribuição de vagas para os cursos aprovados nos pólos emergiram alguns conflitos.

[...] a forma pela qual a regional conduziu o processo de composição das turmas foi precipitado e não respeitou as parcerias estabelecidas no pólo, que em última instância foi quem construiu o curso (PREPS B).

6.4 Atividades desenvolvidas pelos pólos

6.4.1 Cursos

As discussões e análise de projetos de formação, seja em nível de especialização ou em nível médio, foi a tônica das reuniões do pólo, de acordo com os registros das atas. Especialmente, no primeiro momento, esta ação teve o sentido de atender às exigências dos órgãos concedentes dos recursos necessários à sua execução. Os registros nas atas permitem constatar que, na apresentação de alguns projetos no pólo, há afirmações como

[...] há necessidade de passar por esse fórum para dar continuidade no processo (PREPS B).

[...] em reunião na Secretaria de Estado da Saúde definiu-se que o projeto precisaria ser aprovado pelo PREPS (PREPS B).

Em algumas situações, diante da proximidade do esgotamento de prazo, há afirmação de que

[...] o Ministério da Saúde sugeriu que o projeto fosse referendado pelo pólo (grifo nosso) (PREPS B).

Nestes casos que, em geral ocorreram no início do processo de implantação dos pólos, as discussões e questionamentos em relação aos projetos eram pouco significativas, pois eram aprovados na mesma reunião em que eram apresentados (PREPS B).

Insatisfeitos com a forma como o processo vinha sendo conduzido, os membros do pólo decidem rever a metodologia de trabalho e de apresentação e da própria demanda apresentada nos projetos, utilizando relatos de experiência de metodologia já adotada em outra unidade da federação – Paraíba, o que permitiu uma melhor compreensão, ainda que teórica, do papel dos pólos em relação aos projetos revelada nos seguintes registros

[...] tem que avaliar a real necessidade e se é prioridade (PREPS B).

[...] haverá cursos específicos com recursos específicos, ou seja não serão recursos do financiamento dos pólos, mas que todos os projetos de capacitação deverão passar por aprovação pelos pólos de EPS (PREPS B).

[...] os projetos devem ser construídos a partir de um conceito de integralidade (PREPS B).

[...] cursos específicos deverão estar relacionados num projeto maior para a resolução de vários problemas (PREPS B).

[...] evitar a criação de cursos de capacitação que não estejam vinculados a um projeto maior de EPS (PREPS B).

Registros de reuniões posteriores demonstram, que na vivência dos pólos, surgem questões relacionadas às formas como os projetos continuaram sendo apresentados

[...] o PREPS não é 'Balcão de Projetos' (PREPS B).

[...] lembra da portaria 198 e acha que não se deve fugir dos eixos já existentes e tem-se que pensar em capacitar os profissionais e tem dúvidas se todos os componentes (membros do pólo) estão a par dos processos pedagógicos e lembra que existem projetos que não são do PREPS (PREPS B).

[...] mostra sua angustia pelo fato de que no Conselho Gestor não se discute as necessidades de cada município, e tem receio de não

assinar projetos e o Colegiado 'achar' que ela 'pessoa' está contra a instituição/entidade e que se o PREPS for 'só' aprovação de projetos ela quer se desligar do colegiado (PREPS B).

Os registros indicam que foram levados para a apreciação e aprovação dos pólos (regional e ampliado), projetos de cursos nas seguintes modalidades:

- Em nível de especialização: Saúde da Família, Saúde Mental, Vigilância em Saúde, Bioética, Toxologia, Auditoria, Obstetrícia, Urgência e Emergência, embora somente de alguns haja registros da realização e do andamento;
- Em nível técnico: nas diversas áreas, por exemplo, de Agente Comunitário de Saúde (ACS) , Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), Técnico em Higiene Dental (THD) e Vigilância Sanitária.

[...] não tem período histórico que mostra tanta articulação em termo de formação (B1).

De acordo com os participantes, tais cursos foram construídos coletivamente, uma vez que durante o processo de elaboração houve a participação de todas as regionais.

Se uma regional fazia o curso, disponibilizava vaga para a outra estar participando também dentro desse curso. Só isso já é uma produção tremenda (A4).

6.4.2 Outras ações

Embora as questões relacionadas à apreciação de projetos tenham tomado a maior parte do tempo das atividades dos pólos, outras ações foram desenvolvidas e que os caracterizam como espaços de informação, de articulações, de avaliação, de assessoria, o que pode ser realizado através de comissões e/ou grupos-tarefa para a realização de atividades específicas (PREPS B).

Além disso, foi também apontado pelo participante B1, o estímulo dado aos municípios para se discutir o processo de trabalho em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) de municípios situados na área de abrangência do pólo, embora todos um tanto quanto atrelados a regional, com exceção de um dos municípios, que, desencadeou um processo de discussão da rede de serviços do município mais independente e autônomo.

[...] ações nós fizemos muitas, mas muitas dessas ações não garantiu a instituição de fóruns locais de EPS, nem a discussão do processo de trabalho de cada município ou cada instituição que compõem o pólo isso nós não conseguimos viabilizar ainda (B1).

Com relação às **oficinas** promovidas pelo PAEPS, estas foram organizadas mais no início da sua formatação e, tinham o objetivo de esclarecer as regionais de saúde o processo de implantação dos pólos.

[...] nós participamos de um evento lá em Curitiba, onde tivemos algumas noções sobre a proposta da educação permanente. Aí quando nós retornamos a regional de saúde, nós tentamos reproduzir lá essa reunião. Discutimos alguma coisa sobre educação permanente, a proposta dela e aí, mediante as participações em Curitiba, nós começamos a organizar lá, a chamar os representantes, a organizar as reuniões, a chamar os segmentos. Então foi fluindo (A2).

[...] nós fizemos oficinas também para um esclarecimento dessa implantação, chamamos os segmentos, para estimular a participação desses atores, a importância. Nós fizemos duas (oficinas), foram dois momentos, chamamos as representações, chamamos o pessoal da escola para poder também auxiliar nesse processo de discussão (A1).

As oficinas proporcionaram um espaço para a problematização da realidade local, e a partir disto foram elaborados os projetos.

No nosso pólo, primeiro a gente começou a discutir comissões temáticas depois a gente partiu para a definição de três ou quatro problemas que um problema era qualificação inadequada do servidor para atender o SUS, ele era formado para o mercado. Segundo uma oferta desarticulada de projetos, o terceiro era a baixa adesão e participação do controle social e o quarto problema [...] fragilidade conceitual [...] (B1).

Outra atividade de destaque foram as chamadas equipes matriciais.

Eu acho que essas equipes matriciais foram excelentes. Deu resultado, deu reflexo lá nas regionais [...], disseminou o conceito da EPS, contaminou outras pessoas dentro das regionais (A4).

[...] sobre o encaminhamento das equipes matriciais [...] a equipe de saúde mental já formatou os encontros que acontecerão nos municípios e regional para discussão [...] primeiro com gestores, depois com profissionais de saúde, em seguida com comunidade/família e controle social (PREPS C).

Na visão de um dos participantes do estudo, estas equipes matriciais não tiveram seqüência, pois reproduziam a fragmentação.

[...] nós estamos montando comissões nós estamos reproduzindo a segmentação (B1).

6.4.3 Curso Facilitador de EPS

Como uma das estratégias para alimentação da política de EPS, o MS desencadeia um amplo processo de formação de facilitadores da EPS, com o objetivo de ampliar quantitativamente, e no menor tempo possível, as pessoas capazes de operá-la em todo o país e fortalecer a política de EPS.

No segundo semestre de 2004, em parceria o DEGES, do MS, e a ENSP/Fundação Oswaldo Cruz propõe o Curso de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde, cujo propósito era de formar atores indicados pelos PEPS para aumentar a capacidade de implementação da política de EPS, potencializando os pólos e transformando as práticas de atenção e de ensino dos profissionais de saúde (BRASIL, 2005d).

O processo de seleção de tutores e facilitadores deveria ocorrer no âmbito dos pólos.

Em reunião do PREPS B representantes da ESPP, informam sobre o processo de escolha dos representantes dos pólos para a formação de tutoria.

[...] cada PREPS tem uma vaga, mas que serão enviados dois nomes para concorrer (...) e que esta seleção está sendo feita para facilitar o trabalho da ENSP (PREPS B).

E complementa

[...] como pré-requisito o candidato deve ter disponibilidade e conhecer as discussões de EPS (PREPS B).

O processo da definição dos tutores, neste pólo, deu-se através de indicações e auto-indicações e, posterior votação.

Ainda, para elucidar o processo de escolha dos tutores, no PREPS C houve o interesse de quatro candidatos. Os componentes do pólo, após análise, indicaram dois destes para participar da seleção de tutores, a qual foi realizada pela ENSP.

Em Fevereiro de 2005, foi realizado em Curitiba um encontro com os 23 tutores selecionados, indicados pelos pólos, que iriam conduzir esse processo

em suas regionais. Além destes, também estavam presentes os 22 coordenadores dos PREPS.

O objetivo dessa reunião foi a definição de estratégias e estruturação conjunta da formação dos 460 facilitadores no Paraná.

Um dos participantes do estudo relata que durante esse encontro não foi possível compreender como, de fato, se daria esse processo de formação de facilitadores.

Após as orientações em Curitiba, houve nas regionais a seleção dos facilitadores. Segundo um dos entrevistados, a convocação dos sujeitos que participariam do curso foi discutida no PREPS e foram selecionados aqueles atores que ocupassem posições estratégicas e que, portanto, tivessem maior possibilidade de propagar a educação permanente em saúde em seu ambiente de trabalho. Outro participante afirmou que o maior número de vagas foi disponibilizado para a equipe da regional, uma vez que estes sentiam a necessidade de trabalhar sob a lógica da EPS.

[...] quando nós fizemos a nossa reunião do PREPS para avaliação, com a nossa tutora, ela nos passou que o ministério estava solicitando que trabalhasse mais com o nível médio. Pessoas que tinham conhecimento de informática. Eu acho que depois quando nós chegamos em Curitiba, nós pudemos verificar que realmente não era aquilo [...], porque existiam vários enfermeiros e outros profissionais da saúde que queriam participar desse processo, mas que foi impedido, pela tutoria, na época. E nós sentimos uma perda muito grande quanto a isso (B2).

Matumoto, Fortuna e Santos (2006) afirmam que o facilitador deve ser um ator local e identificado pelo coletivo. Sua função é mobilizar diferentes atores para que estes se apropriem da realidade e passem a atuar como protagonistas. Ademais, o facilitador também acompanha e facilita a reflexão crítica sobre o processo de trabalho das equipes (MATUMOTO; FORTUNA; SANTOS; 2006, BRASIL, 2005g).

Com a proximidade do início do curso, ocorreram questionamentos quanto às formas de pactuação das vagas, o que resultou na construção de lista de espera para eventuais vagas disponibilizadas pela ESPP, para a região. Esta alternativa constituiu-se na forma de minimização das questões existentes em relação a participação no curso (PREPS B).

Durante o desenvolvimento do curso surgiram algumas dificuldades.

O curso está em andamento e os facilitadores encontram-se em vários momentos de atuação, alguns iniciando o processo de trabalho, outros concluindo e alguns redefinindo o grupo de trabalho. As dificuldades encontradas foram com relação ao tempo e prazo, a não adesão dos gestores municipais, equipes desmotivadas e alta demanda institucional (PREPS B).

Um dos participantes faz referência à transferência do tutor para outra regional, o que inviabilizou o término do curso.

Nós ficamos sem o nosso tutor [...] A gente fez a primeira parte [...] Fizemos aquela presencial [...]. Foram quase três meses e nós não conseguimos (A1).

De acordo com outros relatos, a atuação do tutor na sua regional foi fundamental para o êxito do curso de facilitadores.

Outro problema levantado faz referência à dificuldade dos facilitadores colocarem no papel as atividades que eram executadas durante o curso. Segundo um dos participantes, essa dificuldade impossibilitou o registro e também a divulgação de muitas ações que foram realizadas.

[...] os grupos têm essa dificuldade de estar anotando [...]. Mas essa dificuldade eu acho que a maioria teve (A9).

A dificuldade de articulação e a falta de apoio dos gestores foram citadas como fatores que impossibilitaram os facilitadores a colocarem, em prática, no município, o que aprenderam.

E os serviços também têm que ter o entendimento de que o profissional ele tá fazendo o curso para poder desenvolver no trabalho. Uma queixa que a gente teve também, é que o próprio serviço [...] não facilitava para o facilitador, na questão de fazer uso de computador, de ter um momento que para ele pudesse estar fazendo as leituras, a discussão (B3).

O curso de facilitador foi formatado sob duas modalidades, os encontros presenciais e os momentos a distancia. Durante esses momentos à distância, o acompanhamento das atividades que eram desenvolvidas se dava por meio de um espaço virtual. Os participantes do grupo focal mencionam que houve problemas em relação a isso, pois mesmo com o curso em andamento o sistema ainda não estava ativado.

E a própria parte virtual que nós não acreditávamos mais que ia dar certo. Chegou num ponto que não acreditávamos mais (A1).

Outro problema ligado ao espaço virtual refere-se à falta de

habilidade dos profissionais lidarem com o computador.

[...] o ambiente virtual é muito difícil de trabalhar. Algumas pessoas nem tinham entendimento, mas não é culpa da ENSP [...]. Muitas vezes a gente não consegue isso, é um bom profissional, tem um bom perfil, mas ainda não lida com computação [...] (B1).

Para um dos participantes, esse problema foi potencializado devido rotatividade dos técnicos de informática que ocorrem no município.

[...] os prefeitos mudam muito os técnicos do município [...] e cada vez nós temos mais problemas, nós temos que ficar carregando os municípios no colo praticamente. Tem estar ensinando de novo (A3).

Ademais, os participantes também verbalizaram que houve um atraso no envio do material, o que também dificultou no andamento do curso.

Eu acho que o atraso do envio do material, desestimulou muito o grupo e aí os tutores tiveram um trabalho tremendo para agregar de novo essas pessoas (A4).

Foi desanimador porque atrasou [...]. O material não chegava, chegava atrasado (A5).

Deu vontade de abandonar varias vezes (A8).

Apesar disso, os entrevistados alegam que a experiência de formar facilitadores trouxe muitas contribuições, dentre elas, o entendimento sobre o que é EPS.

O curso de facilitadores foi o ponto de partida para entender a EPS (A4).

[...] eu comecei entender educação permanente a partir do curso de facilitador, porque a gente foi fazendo e através dos exercícios, dos trabalhos que a gente foi entendendo e gostando [...] (A8).

Esta contribuição aos profissionais para a compreensão da EPS, fez com que o curso tenha sido considerado um agente motivador para levar a proposta da educação permanente adiante.

Foi que me motivou a levar a idéia da EPS no meu ambiente de trabalho. Foi através do curso que me apaixonei pela idéia da política (A7).

[...] os profissionais entenderam, o pessoal que fez o curso de facilitadores, e aí nós nos reunimos fizemos um grupo no município, vieram representantes de vários segmentos, então o núcleo começou lá na prefeitura, na Secretaria Municipal de Saúde, reunindo vários profissionais, aqui da regional, representante da Santa Casa, e agente começou um trabalho lá numa unidade básica de saúde [...] (B5).

Um participante salienta que uma das grandes contribuições do curso foi revelar aos atores que era possível implementar a educação permanente no ambiente de trabalho, graças a qualidade do material que, segundo eles, tem auxiliado nas discussões e na organização das práticas de saúde. Além disso, o material retrata a realidade vivenciada pelo profissional de saúde em seu local de trabalho.

Mas mesmo sem terminar a formação, o pessoal usa muito aquele material (A1).

E é engraçado porque desde que eu fiz o curso, até hoje eu uso tudo [...] Tanto na prática, como um texto para fazer alguma coisa, para reunir os funcionários e fazer alguma coisa, eu sempre recorro aos textos. Se sumir um livrinho daquele ali eu choro. É muito interessante (A8).

[...] eu li aqueles textos e falava mesmo a minha realidade. Sou eu que estou aí, é pra mim que estão escrevendo isso. Me identifiquei muito (A7).

[...] esse texto é maravilhoso, da clareza, texto buscado deste material que é riquíssimo então ele dá. É bem complexo. Não é fácil de ser entendido para qualquer um não, mas ele é riquíssimo [...] (B1).

Um dos participantes ressalta a importância de dar seqüência no que foi aprendido

[...] Eu acho que o entendimento também que tem que ter deste curso, não era só para aquele momento. Por exemplo, hoje nós temos [...] uma oficina de aleitamento que nós estamos realizando no município [...] e que é possível estar aplicando tudo aquilo que foi visto nessas oficina. Então são vários momentos que você vai aplicando o processo (B3).

6.5 Percepções acerca do processo de EPS

Das experiências vivenciadas pelos sujeitos do estudo emergiram diversas percepções acerca do processo de implementação de EPS. Foram percebidas pelos participantes as dificuldades, as necessidades e as contribuições oriundas desse processo.

6.5.1 Dificuldades

Por meio da análise das falas pode-se observar que as **dificuldades** foram sentidas no campo pessoal, no serviço e na organização política.

As dificuldades **pessoais** mencionadas pelos participantes, estão relacionadas com a falta de comprometimento com a proposta, à resistência que as pessoas e os profissionais envolvidos têm ao PREPS e à EPS, principalmente pelo fato de ser uma novidade e provocar mudança.

Segundo o participante B6, a fragilidade no entendimento do processo leva a não conseguir desenvolver o objetivo da EPS.

[...] a dificuldade do comprometimento dos próprios profissionais em estarem se aderindo a esta proposta, não sei se por conta de demanda ou da própria pessoa, da vontade mesmo (B3).

[...] o trabalhador na regional tem uma resistência muito grande [...]. Ele só vai se alguém obrigar. Até pelo nosso núcleo em educação permanente interno tivemos que fazer uma pequena portaria indicando pessoas de cada sessão para ele participar, mas quando não é forçado, não adianta, não participa (B1).

Ceccim (2005a), aponta para a importância do trabalhador envolver-se como protagonista efetivo no processo de implantação da EPS, deixando da condição de 'recursos' para o estatuto de atores sociais das reformas, do trabalho, das lutas pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde.

Segundo Merhy (2005), estamos diante do cerne de um grande novo desafio: produzir auto-interrogação de si mesmo no agir produtor do cuidado e colocar-se ético-politicamente em discussão, no plano individual e coletivo do trabalho.

O conflito de papéis também foi evidenciado nas falas como dificuldade pessoal, embora as pessoas participassem do pólo por indicação de determinado segmento.

Eu acho que me sinto mais trabalhador do que gestor [...] mas fica meio confuso. A gente mistura um pouquinho trabalhador, prestador. Uma hora se é um pouco tudo, outra hora você não é nada (B1).

Mas para Ceccim (2005a), precisamos trabalhar no deslocamento dos padrões de subjetividade hegemônicos: deixar de ser o sujeitos que vimos sendo, por exemplo, que se encaixam em modelos prévio de ser profissional, de ser estudante, de ser paciente (confortáveis nas cenas clássicas e duras da clínica

tradicional, mecanicista, biologicista, procedimento-centrada e medicalizadora).

Deste modo, observa-se que, para praticar a EPS de forma ativa é necessário ocupar a posição de vários atores, mas para não surgir o conflito de papéis deve-se estar atento para saber quando qual segmento está atuando e, assim, possibilitar a reflexão sobre as práticas de cada um.

As dificuldades **no serviço** ocorrem devido a falta de profissionais específicos para desenvolver a EPS, que levam ao acúmulo de atividades pelo trabalhador e à fragmentação das atividades; à falta de estrutura física; à não integração dos setores deliberativos dos projetos; à incompreensão sobre os princípios e objetivos da EPS nas várias instâncias administrativas.

[...] uns dos problemas que a gente tem é a falta de profissional [...]. Não tem exclusividade, nós não temos estrutura [...] e tudo que você pensar de ruim, infelizmente. [...], até porque não tem como você assumir várias coisas e fazer a coisa funcionar com qualidade [...] (B2).

[...] não tem nada assim específico para pólo. É levado junto com as coisas que a pessoa tem que fazer. Naquele dia a dia, aquilo vai acumulando [...]. A pessoa quer desenvolver e não pode porque tem outro serviço e essa é uma dificuldade muito grande mesmo (B4).

Outra dificuldade captada no discurso dos participantes é a não aplicação da EPS a nível local.

[...] no PREPS é tudo permeado pela educação permanente [...], mas as pessoas que saem dali. Lá nas suas localidades tem essa discussão de EPS (A4)?

A grande dificuldade que eu sinto de ver a EPS quanto ligado à prática mesmo do serviço [...]. Então, quando eu me via lá fora tendo que falar das minhas dificuldades, dos meus problemas, das minhas necessidades, eu fiquei meio perdida. E eu sinto que pra repassar isso para os meus colegas de trabalho, para o meu gestor, ainda é uma grande dificuldade. Parar de trabalhar para conversar? Para dialogar? Falar dos problemas (A7)?

[...] sofre de um problema de capilaridade, a cabeça pensa e articula mas não consegue fluir por seus membros todo o entendimento do que é EPS, vazar para unidades e transformar o modelo de atenção. isso eu acho que é muito ruim (B1).

O processo da mudança de paradigma, que está ligado à EPS, é outra dificuldade observada no transcorrer das falas nos grupos focais.

[...] apesar da gente ansiar muito por construir uma coisa a partir das nossas necessidades, eu vejo que a gente sente muita dificuldade quando a gente realmente se viu na roda [...]. Então, eu sinto assim,

que ainda a gente está nesse processo de construção e as pessoas que estão se incorporando nessa roda elas estão tentando acompanhar também essa mudança (A7).

A **organização política** é apontada como outro fator que dificulta o desenvolvimento da EPS no pólo Norte, principalmente devido a mudança de prefeitos em 2005.

[...] só que como, houve as eleições de prefeitos, nós perdemos todo aquele trabalho que a gente tinha feito em reuniões com os gestores (B2).

A falta de articulação política entre as várias instituições como a ESPP, o MS, o conselho estadual, é apontada como fator que interfere na aprovação dos projetos, dificultando o desenvolvimento da EPS.

[...] a gente foi conselheiro há muito tempo, mas não na equipe estadual, mas da assistência. É muito complicada a maneira de embate. Quando o conselho começa entender que são adversários entre si, dentro do próprio conselho, um fiscalizando o outro, mas sem a intenção do objetivo comum que é o usuário, [...] quantos projetos a gente achou que estava na escola [...] e estava no conselho (B9)!

A ESPP não está barrando projetos e sim a comissão de interiorização do CES que vem pedindo vistas e readequações de natureza técnica em todos os projetos apresentados (PREPS B).

Outras dificuldades estão relatadas nos seguintes registros:

A desarticulação dos projetos a dificuldade não está no PREPS e sim na falta de diálogo e acordo ente Escola e o Ministério (PREPS B).

[...] esvaziamento das reuniões (PREPS B).

O modelo de organização da Escola e do nível central de forma geral tem sido um forte elemento impeditivo para maiores avanços no pólo (PREPS B).

E, ainda, fazendo referência a falta de retornos quanto aos projetos encaminhados em razão da substituição do técnico de referência para a região, há registros de que,

[...] situações assim desmotivam, desacreditam a instituição e papel e até mesmo a sobrevivência do pólo e desmerece o produto do trabalho dos vários atores envolvidos nesta construção (PREPS B).

Há, ainda, dificuldade relacionada à incompatibilidade dos projetos com a lógica da EPS.

Há projetos que seguem outros caminhos que o da lógica de EPS e dos pólos e estão sendo viabilizados (PREPS B).

Em reunião de avaliação das atividades realizadas em 2006, no PREPS B, foram elencados pontos negativos os quais relacionam-se à dificuldades, quais sejam: a não adesão da totalidade dos municípios em ações pensadas e articuladas pelo PREPS e municípios, a ausência de articulações para encaminhamentos de questões discutidas no pólo e consideradas relevantes; a baixa adesão e participação dos diversos segmentos no Pólo – gestor estadual, gestores municipais, controle social e instituições formadoras; o acontecimento de ações de qualificação e formação à margem do pólo com apoio de instâncias de poder da SESA e do MS; a dificuldade de instituir os Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEPS) nas instituições parceiras e as dificuldades de avanços nos núcleos implantados.

6.5.2 Necessidades

Com a implantação dos pólos, a distribuição dos recursos federais passou a ser realizada mediante a apresentação e aprovação de projetos. Nesse sentido, os sujeitos do estudo verbalizaram a necessidade de apoio, de uma assessoria em relação à construção dos projetos, uma vez que não tendo o hábito de escrever, encontravam dificuldades.

E, de repente, nós tivemos que começar a decidir por nós mesmos. Dentro da regional, o que era necessário, ou não? Então a gente demorou meses até entrar na nossa cabeça, assim, é a nossa necessidade? Não é a nossa necessidade? Porque não vinha mais nada imposto, a própria regional tinha que saber o que ela queria para os seus municípios [...] (A1).

No estudo de Campos et al (2006), também surgiram dificuldades na elaboração de projetos, sobretudo, porque os critérios de avaliação destes, adotados pelo MS, foram considerados muito acadêmicos. Com a intenção de solucionar este problema, neste estudo há referência de duas experiências.

Uma se refere à parceria ocorrida entre os demais segmentos com a formação, considerando a sua experiência.

Lá, a gente tem escrito junto. Assim, porque a gente da área da formação está um pouquinho mais acostumado a escrever projeto. Então, a gente tem feito junto, a gente senta e discute junto (A6).

Outra se refere à criação de uma equipe de assessoria para elaboração de projetos. Esta iniciativa foi considerada importante, pois muitos profissionais tiveram nela a oportunidade de aprender.

Os participantes, ainda, afirmam que houve a realização de avaliação de projetos, para verificar se estavam coerentes com as necessidades dos municípios. Cohen e Franco (1993), mencionam que a pretensão da avaliação é comparar um padrão almejado com a realidade, embora existam outros modelos.

Também surgiu como necessidade a avaliação das ações de EPS.

Isso é uma coisa importante, a avaliação é muito importante. Mostrar o que está sendo feito, o impacto, para que realmente possa consolidar [...]. Nós teremos que mostrar, começar com pesquisas, mostrar o que foi feito (A6).

É necessário avaliar se os trabalhos estão sendo conduzidos corretamente, para garantir e definir os rumos. É necessário também fazer uma avaliação do processo de trabalho do PREPS (PREPS B).

Segundo Hartz (2005), não se deve limitar a avaliação à dimensão instrumental da ação. Esta deve ser tida como campo, enquanto rede de relações entre agentes e instituições. Nessa perspectiva a definição de avaliação se amplia, isto, porque toma como objeto desde as práticas do cotidiano até aquelas relacionadas com o trabalho, nos seus diversos âmbitos, o que envolve as intervenções sociais planejadas.

Os estudo realizado por Campos et al (2006) aponta para a necessidade de implantação de sistemas de monitoramento e avaliação, visando acompanhar as atividades e os projetos que são desenvolvidos.

A articulação política foi considerada como meio para facilitar o desenvolvimento e concretização do processo de EPS, devendo, ocorrer, em todas as instâncias administrativas como também entre os segmentos que constituem o pólo.

[...] esse papel o Estado realmente tem que assumir. Um papel [...] de fortalecimento do pólo [...] (B9).

Os registros nas atas também indicam necessidades relacionadas à articulação, tais como

Tentar articular na base (PREPS B).

(...) aprender a articular e buscar negociação com outros PREPS (PREPS B).

(...) articulação com outras instâncias da política de saúde a exemplo do Conselho Estadual de Saúde (PREPS B).

Os participantes deste estudo avaliam positivamente o resultado do Paraná, relacionando isto com a formatação diferenciada dos PREPS.

O melhor resultado foi o do Paraná. O Paraná está top de linha em EPS e é por consequência dessa formação (A4).

De acordo com a última reunião [...] o Paraná foi o único estado que a educação permanente realmente está atuando (B2).

[...] se fosse levado, em consideração, à avaliação nacional, que diz que 70% é negativo em relação à implementação da política de educação permanente, o Paraná é o estado que mais avançou (B1).

A EPS foi bem avaliada no Paraná, no entanto, a estrutura do MS e SESA, na qual a política está inserida, necessita ser repensada para que haja avanços.

[...] o grande problema [...] é que o discurso do estado é retroativo para a metodologia da EPS, [...] o modelo gerencial é vertical não permite atuação. A segmentação, a departamentalização não permite. Isto vale para o ministério também. Ao mesmo tempo em que o ministério apregoa a EPS, viabiliza os projetos e as caixinhas que cai em cima da nossa mesa como demanda, que a gente tem que atender, que não permite que a gente planeje a oferta (B1).

6.5.3 Contribuições

Os sujeitos desta pesquisa consideram que as reuniões desenvolvidas nos pólos trouxeram contribuições. Os participantes aprenderam a escutar, a conversar, a respeitar as idéias dos outros.

Lembro uma certa hora na reunião, já estava todo mundo perdendo a paciência, ninguém tinha o hábito de conversar. Ah, vamos dividir o orçamento, cada um volta para sua regional. E no fundo, eu acho, que cada um de nós estava querendo aquilo. Vamos cada um cuidar da sua vida [...] E agora no final desses quatro anos [...] nós conversamos [...] (A1).

O pólo deve ser um lugar de debates sobre os problemas, as prioridades e as alternativas para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e demais atores sociais da saúde e não de execução de projetos. O

conjunto de atores envolvidos, se constitui, como interlocutor permanente nos diálogos necessários à construção das propostas e das correções de trajetória. Nas rodas as pessoas dialogam livremente para articular as ações e os serviços do SUS (BRASIL, 2005c)

O processo de EPS, desenvolvido pelos pólos, promoveu a aproximação dos segmentos e a divulgação das informações aos profissionais de saúde nos municípios.

[...] acho que através do pólo nós tivemos uma aproximação entre serviços, academia e controle social (B3).

[...] as ações foram gradativamente, atingiu todos os municípios da região [...]. Não tem um município que não ouviu falar de educação permanente [...]. O profissional teve acesso às informações, aos dados, a tudo que estava regulando as ações [...]. A gente tem um resultado positivo de formação, de mudança de gestão (B5).

Outra contribuição devido o processo de EPS está relacionado à criação de alguns núcleos de educação permanente em saúde (NEPS) nos municípios.

A partir da constituição do NEPS no município, estão discutindo o processo de trabalho com a equipe da unidade, encontrando soluções simples para os problemas do cotidiano e, assim, que a equipe da unidade estiver fortalecida, serão agregadas as lideranças da comunidade (PREPS C).

Um participante desta pesquisa afirmou que o seu envolvimento nos pólos lhe trouxe muitos benefícios, dentre eles, o crescimento pessoal e profissional. Assegura que a experiência de EPS lhe estimulou a buscar novos conhecimentos, o que aprimorou sua prática profissional.

A construção coletiva foi considerada como uma das contribuições que melhorou a qualidade dos serviços prestados aos usuários.

O movimento de todos os atores, pensando em uma construção coletiva e tendo a finalidade de proporcionar um trabalho de qualidade, um serviço de qualidade, uma satisfação melhor do usuário [...] (A4).

Em reunião de avaliação do PREPS B há registros de contribuições proporcionadas pela EPS.

[...] as parcerias estabelecidas com as instituições formadoras da região; a realização de cursos aprovados pelos PREPS e o impacto e mudança de visão, causado com os vários eventos de formação ofertados e realizados; a qualidade preciosa de condução de todos os cursos, pedagógicos e administrativamente (PREPS B).

6.6 Perspectivas de EPS

Em relação ao futuro da política de educação permanente, alguns participantes se mostram otimistas acerca de sua continuidade em 2007, tanto que, já definiram o calendário anual e, planejaram oficinas, a serem realizadas em todos os municípios da região norte, visando capacitar os conselheiros municipais de saúde.

Então, a gente está querendo fazer isso, inclusive, antes das conferências municipais de saúde, que é onde há a troca de conselheiro, nova eleição de conselheiro [...]. Então, eu acho, que a gente vai convergir melhor a participação do conselho no PREPS (A4).

Para dar continuidade ao processo de EPS no Paraná, os participantes da roda estão pensando em estratégias para evidenciar os resultados satisfatórios alcançados às várias instâncias.

Eu acho que teremos que desenvolver uma estratégia para mostrar para o Ministério. Olha gente é bom, depende da forma do fazer. Aqui no Paraná está dando certo (A4).

Nós teremos que mostrar, começar com pesquisas, mostrar o que foi feito. Para que possamos realmente fortalecer (A6).

Sobre a organização interna no pólo foi afirmada a necessidade de criação do regimento interno, no intuito tanto de qualificar a participação dos atores que compõe o pólo quanto para tornar mais transparente ao gestor municipal as ações realizadas.

Os participantes afirmaram que mesmo, sem recursos oriundos do MS, por um período de transição, as articulações, discussões e o levantamento das necessidades locais continuarão, uma vez que a realização destas ações está para além das necessidades de recursos financeiros.

[...] tem muita coisa de EPS que não envolve dinheiro nenhum [...] articulação, isso daí vai continuar [...] é uma política que já se implantou e não volta para trás (A4).

[...] mas eu acho que EPS está hoje como o PSF a gente já não consegue mais arrancar dos municípios [...] (B9).

O comprometimento dos profissionais com a EPS, também foi apontado como um dos fatores que contribuem para a continuidade da política.

[...] profissional comprometido que percebeu, que aprendeu, que existe um caminho que funciona, que dá resultado, não vai querer seguir outro caminho. Eu acho que através da EPS nós estamos percebendo que nós conseguimos bons resultados. Se nós investirmos e perseverarmos [...] se comprometer (A7).

Quem é comprometido com o trabalho, com certeza [...] se identifica com a educação permanente em saúde (A8).

Apesar da grande maioria das afirmações indicarem uma perspectiva de continuidade da EPS no Paraná, foram identificados alguns elementos que demonstram preocupações quanto à consistência desta política, como a possibilidade de não apoio do MS devido aos resultados negativos da avaliação nacional, mudanças de coordenação na secretaria e falta de financiamento.

Primeiro eu acho que está passando por uma revisão a portaria 198 do ministério e essa equipe que assumiu em meados do ano passado ainda não deu a sua cara para o projeto de EPS e eles têm algumas discordâncias [...] (B1).

Talvez não dê uma continuidade [...]. Talvez se pare um pouco a questão de projetos, mas as articulações e discussões, eu acho, que permanece. É claro que tendo o apoio do Ministério e da secretaria já facilita bastante tudo isso (A9).

Aquela preocupação que temos quando vemos uma avaliação a nível nacional, dá um frio na barriga mesmo. Ver uma avaliação a nível nacional que 70% é negativa da EPS. Então, a gente fica preocupado mesmo, será que continua (A4)?

Eu acho que a EPS como uma política do governo se mantém, porque ela é uma boa política, mas haverá mudanças no seu modelo estrutural [...]. Quem internalizou não consegue deixar de lado um instrumento tão rico como a EPS que propicia tão grandemente a intervenção [...] (B1).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descentralização dos pólos de EPS, no Paraná, foi considerada positiva. Permitiu ampliar a participação dos atores nas rodas de discussão e mobilizar mudanças, mesmo que tímidas, tanto no desenvolvimento dos profissionais de saúde como na gestão da saúde.

Em alguns momentos, representantes tiveram dificuldades para participar do processo, mas isto foi alheio aos movimentos dos pólos, visto que sempre houve uma intenção de contemplar todos os segmentos do quadrilátero nas reuniões e discussões.

O processo de participação foi democrático, já que mesmo havendo uma estrutura formal, para os pólos, deliberada pela Comissão Intergestores Bipartite do Paraná, nas rodas não participavam somente os representantes “oficiais”, mas todos aqueles que estavam interessados na construção da política.

Como em todo processo coletivo, os conflitos existiram, revelando a diversidade dos sujeitos, mas quando estes eram identificados, nominados, expostos e compreendidos, ocorreram ajustes, acordos e pactuações.

É reconhecido que ainda vem prevalecendo à cultura de departamentalização, de recursos carimbados e das caixinhas, no Ministério da Saúde e na Secretaria de Estado da Saúde, havendo necessidade de superar esta cultura, para a construção efetiva da política de EPS. Isto é importante, uma vez que a política de EPS, representa uma estratégia para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores em saúde na perspectiva de produzir impactos positivos sobre a saúde individual e coletiva da população, ou seja, de contribuir sobre tudo, para a viabilização de um sistema de saúde mais efetivo, mais humanizado e mais comprometido com a vida das pessoas.

As perspectivas da política de EPS no Paraná, em geral, são animadoras. Diante do processo considerado já instalado no estado, existe a admissão da possibilidade de reestruturação na condução da política pelos gestores

nacional e estadual. No entanto, não se vê isto como um impeditivo para o avanço da estratégia, principalmente, porque os atores sociais que vêm participando do processo de educação permanente almejam a sua continuidade e se comprometem com ela.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.C.P. de; MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família. **Interface** – comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 9, s.n, p.150-153, 2001.

ALMEIDA, M. J. et al. **Formação dos Profissionais de Saúde no Paraná e a Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais**. Relatório do Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Paraná. Londrina, 2005. 79p.

ASCHIDAMINI, I. M.; SAUPE, R. **Grupo Focal - Estratégia metodológica qualitativa**: um ensaio teórico. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v.9, n. 1, 2004.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979. 225p.

BLEJMAR, B.; ALMEIDA, M. Mudança organizacional e transformação social. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina**: teoria e prática de movimento de mudança. São Paulo: HUCITEC; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999, v.1, p. 17-45.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96 de 10 de outubro de 1996**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. **Política do Ministério da Saúde para o fortalecimento e ampliação dos processos de mudanças na graduação em saúde: AprenderSUS**. 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **EducarSUS Notas sobre o Desempenho da Gestão da Educação na Saúde**. Período de fevereiro de 2004 a junho de 2005. Brasília, DF, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda**. Brasília, DF, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado. Brasília, DF, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores em educação permanente em saúde**: orientação pra o curso. Brasília, DF, 2005d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem – Práticas educativas no cotidiano do trabalho em saúde. Brasília, DF, 2005e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde, Brasília, DF, 2005f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem – Integradora. Brasília, DF, 2005g.

CABRAL. I.E.; TYRRELL, M.A.R. O objeto de estudo e a abordagem de pesquisa qualitativa na enfermagem. In: GAUTHIER, J.H.M. et al. **Pesquisa em enfermagem**: novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998, p.18-29.

CAMARGO JUNIOR, K.R. de. Um ensaio sobre a (In)Definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (orgs). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 3 ed. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ, IMS: ABRASCO, 2005, p.35-44.

CAMPOS, F.E. et al. Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. **Cadernos RH saúde**, Brasília, v.3, n.1, p.41-51, 2006.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigação sobre abuso de substâncias. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.30, n.3, p.285-293, 1996.

CARVALHO, H.T. **Conselhos de Saúde e Práticas de Comunicação: ação pelo controle público e invisibilidade social**. Rio de Janeiro – RJ. 1996. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface** – comunicação, saúde, educação, Botucatu, v.9, n.16, p.161-177, 2005a.

CECCIM, R.B. Apresentação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores em educação permanente em saúde: orientação pra o curso**. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde / FIOCRUZ, 2005b.

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

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

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de projetos sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.

COSTA, A.M.; NORONHA, J.C de. Controle social na saúde: construindo a gestão participativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n.65, p. 358-363, 2003.
FREIRE, P. Impossível existir sem sonhos. In: FREIRE, P. **Pedagogia dos sonhos possíveis**. São Paulo: UNESP, 2001a, p. 35-40.

DA ROS, Marco Aurélio. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil**. In: BAGRICHEVSKI, Marcos (org). **Saúde em Debate na Educação Física**, 2004.

FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil**. São Paulo: HUCITEC/REDE UNIDA, 1998.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 24 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001b.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 33 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C. **Proceso de trabajo y educacion permanente de personal de salud: reorientacion y tendencias en america latina**. Educacion Médica y Salyud. vol. 24, n. 2. 1990.

HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA L. M. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

IVAMA, A. M.; BATISTA, C. V. M.; SILVA, R. M. R. A Universidade está preparando os profissionais para o próximo milênio? **Olho Mágico**, Londrina, v.3, n.14, p. 3-4, 1997.

KISIL, M.; CHAVES, M. M. **Programa UNI: Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde**. Battle Creek: Fundação W.K.Kellogg, 1994.

MATUMOTO, S.; FORTUNA, C.M.; SANTOS, H, dos. O papel do facilitador nas rodas de educação permanente: a produção de subjetividade e o processo grupal. **Oficina do VII Congresso Nacional da Rede Unida**. 2006.

MENDES. E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-150.

MERHY, E.E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface** – comunicação, saúde, educação, Botucatu, v.9, n.16, p.161-177, 2005.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M.; CECCIM, R.B. **Educación permanente en salud** – una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. Aula do Programa de Mestrado em saúde coletiva da Universidade Estadual de Londrina,

2006.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1996.

MINAYO, M.C.S. **O desafio o conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998.

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

MINAYO, M. C. S. (org) ; DESLANDES, S. F. ; NETO, O. C. ; GOMES, R. **Pesquisa Social**: teoria método e criatividade. 18ª ed. Petrópolis, RJ : Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo, SP: Hucitec, 2004.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 5 ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2002.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 12 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

NUÑES, F.H.M. Leis Gerais da Biografia Humana: descrevendo uma experiência com agentes comunitários. **Rev. Saúde Coletiva**, Barueri, v.1, n.1, p.23-24, 2004.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação nº 259**, de 18 de dezembro de 2003. Curitiba: SESA, 2003.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Escola de Saúde Pública do Paraná. **Os pólos de educação permanente em saúde**. Disponível em <<http://www.saude.pr.gov.br/ESPP/textos/index.html>>. Acesso em fev. 2006b.

PIANCASTELLI, C.H.; FARIA, H.P. de; SILVEIRA, M.R. da. O trabalho em equipe. ROSA, S.S. da. **Construtivismo e mudança**. 9 ed. São Paulo: cortez, 2003.

PIANCASTELLI, C.H.; FARIA, H.P. de; SILVEIRA, M.R. da. O trabalho em equipe. Aula do programa de Especialização em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina. 2005.

SANTANA, J. P.; CAMPOS, F. E.; SENA R. R. de. Formação profissional em saúde: desafios para a universidade. In: SANTANA, J. P.; CASTRO, J. L. (Org.)

Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde CADRHU, Natal: EDUFRRN, 1999. p. 233- 244.

TATAGIBA, M.C.; FILÁTIGA, V. **Vivendo e aprendendo em grupos**: uma metodologia construtivista de dinâmica de grupos. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

TRIVIÑOS, A.N.S. Pesquisa qualitativa. In: TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987, p.116-175.

TRIVINOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1994.

TURARO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.3, p. 507-514, 2005.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**. Organización Panamericana de la Salud, v.120, n. 6, p. 472-482, 1996.

APÊNDICES

Apêndice A – Correspondência para coordenadores dos PREPS

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
ESTAÇÃO PARANAENSE DA REDE OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM
SAÚDE/OPAS E MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Londrina, 27 de Novembro de 2006.

**Prezado(a) Senhor(a)
Coordenador(a) do PREPS**

O Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Paraná, estação de trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde/Ministério da Saúde/OPAS, está realizando uma pesquisa com o objetivo de avaliar a implantação e o desenvolvimento da política de educação permanente em saúde no Paraná. Neste primeiro momento, avaliará a experiência desenvolvida no Pólo Ampliado de Educação Permanente em Saúde Norte (PAEPS), espaço integrado pelos cinco PREPS .

Dentre as formas de coleta de dados, realizaremos uma Oficina de trabalho e, para tanto, convidamos e contamos com a participação de quatro representantes deste PREPS, preferencialmente de diferentes segmentos, incluindo a coordenação.

Considerando os objetivos da pesquisa solicitamos que os representantes indicados tenham participado do processo de implantação do pólo.

Informamos que o Observatório disponibilizará, para cada um dos quatro representantes, uma diária no valor de R\$ 150,00 (Cento e cinqüenta reais), para cobrir as despesas decorrentes da participação, por meio de depósito em conta corrente.

A Oficina ocorrerá no dia 13 de dezembro de 2006, no anfiteatro da Regional de Saúde, com início às nove horas e previsão de término às dezessete horas.

Diante do exposto, solicitamos da coordenação:

1. Até o dia 06 de dezembro de 2006 encaminhar os nomes completos, com RG e CPF, dos representantes do PREPS, os quais participarão da Oficina, por meio do e-mail nicoletto@onda.com.br
2. No dia da Oficina trazer cópias de todas as atas de reuniões do PREPS, bem como outros documentos considerados importantes para subsidiar a discussão no grupo focal. Contando com vossa atenção e colaboração, desde já agradecemos e nos colocamos à

disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Márcio Almeida
Coordenador Grupo Pesquisa

Luciana Alves Pereira
Coordenadora Observatório/PR

Sonia C. S. Nicoletto
Coordenadora Grupo EPS

Apêndice B – Termo de consentimento livre e esclarecido

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
ESTAÇÃO PARANAENSE DA REDE OBSERVATÓRIO DE RECURSOS
HUMANOS EM SAÚDE/OPAS E MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Estamos desenvolvendo uma pesquisa com o objetivo de **objetivo analisar o processo de implantação e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná**. A finalidade final da mesma é contribuir nos caminhos de consolidação da EPS no estado.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____ concordo em participar da pesquisa intitulada: **A IMPLANTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO PARANÁ**.

Fui esclarecido(a) quanto à metodologia de pesquisa que participarei que é o grupo focal para coleta de dados coletivos. Estou ciente de que as informações coletadas no grupo focal são confidenciais e quando divulgados os resultados da pesquisa estes serão de forma global e anônimos. Também, o meu nome nunca aparecerá no relatório final da pesquisa ou em qualquer outro local estando garantido pelos pesquisadores o sigilo.

Qualquer dúvida eu que tenha sobre a pesquisa tenho o direito de esclarecer com a pesquisadora Sônia C. S. Nicoletto, pelo telefone (43) 3520 3500. Entendo que tenho a liberdade de aceitar ou não participar do grupo focal sem qualquer prejuízo para mim.

Assinatura

Cornélio Procópio, 13 de dezembro de 2006.

Observação: Este termo tem duas vias, uma fica com os participantes do grupo focal e outra com os pesquisadores.

Londrina

2006

Apêndice C – Ficha de identificação do participante do grupo focal

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DO GRUPO FOCAL

DADOS PESSOAIS

NOME (Iniciais)	<input type="text"/>
IDADE	<input type="text"/>
SEXO	<input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> MASCULINO
ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIÚVO <input type="checkbox"/> OUTRO, QUAL? _____

DADOS ACADÊMICOS

FORMAÇÃO	<input type="text"/>		
ÁREA DA FORMAÇÃO	<input type="text"/>	ANO DE CONCLUSÃO	<input type="text"/>

PÓS GRADUAÇÃO

NÍVEL	<input type="checkbox"/> ESPECIALIZAÇÃO <input type="checkbox"/> MESTRADO <input type="checkbox"/> DOUTORADO
-------	--

DADOS INSTITUCIONAIS TRABALHO

NOME DA INSTITUIÇÃO	<input type="text"/>
ONDE ATUA	<input type="text"/>
SETOR	<input type="text"/>
FUNÇÃO	<input type="checkbox"/> PROFESSOR <input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/> DISCENTE <input type="checkbox"/> GESTOR <input type="checkbox"/> PROFISSIONAL DO SERVIÇO <input type="checkbox"/> DOCENTE <input type="checkbox"/> OUTRA, QUAL? _____

Entidade que
representa no Pólo

CATEGORIA

<input type="checkbox"/> Docente <input type="checkbox"/> Discente <input type="checkbox"/> Gestor Municipal <input type="checkbox"/> Gestor Estadual
<input type="checkbox"/> Profissional de Saúde <input type="checkbox"/> Controle Social <input type="checkbox"/> Prestador de Serviço
<input type="checkbox"/> Outro, qual?

Apêndice D – Roteiro para o facilitador do grupo focal

Roteiro para o facilitador do grupo focal

Como foi o processo de implantação dos pólos de educação permanente em saúde em seus municípios?

- Que articulações ocorreram?
- Qual era a composição? Quais segmentos participavam?
- Qual era a compreensão que vocês tinham em relação às atribuições do pólo? E em relação à educação permanente?
- O que motivava vocês a participarem do pólo?

Quais ações foram desenvolvidas nos pólos de educação permanente?

- formação de facilitadores (como se deu o processo)
- outras ações (porque tais ações foram desenvolvidas)

Qual é a compreensão atual de vocês sobre educação permanente? E quais são as perspectivas futuras?

Frases para aprofundar e manter as discussões

- Repetir as informações de forma interrogativa
- O que vocês pensam a respeito?
- Pedir exemplos
- O que vocês sentiram?
- Isso é importante para vocês?
- Como é isso?
- Como você descreveria isso para alguém?
- Gostariam de acrescentar mais alguma coisa?

Para finalizar:- Fazer um resumo dos assuntos discutidos e perguntar se o grupo gostaria de acrescentar mais alguma coisa.

- Agradecer ao grupo

Material necessário

- crachás
- caneta e papel para anotar os pontos a serem aprofundados
 1. Interação inicial- estar motivada.
 2. Apresentação do moderador (nome, profissão, pós graduação)
 3. Apresentação dos observadores
 4. Apresentação dos objetivos da pesquisa (grupo focal)
 5. Solicitar que o grupo assine o termo (explicar que será gravado)
 6. Apresentação do grupo (nome, regional, segmento, tempo de atuação no pólo e expectativas)
 7. Acordo de convivência

- ☞ Celulares
- ☞ Respeito a fala
- ☞ Respeitar horário
- ☞ O grupo pode sugerir mais

LEMBRAR:

Assegurar ao grupo que não existem respostas certas e erradas, não há interesse em nenhuma opinião em particular.

OBSERVAÇÕES:

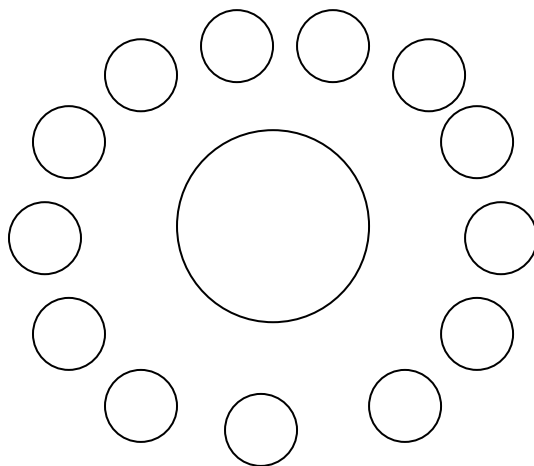
Estar atento aos desvios do tema

Estar atento quando o grupo trazer uma informação que pode ser aprofundada

Devolver ao grupo as colocações trazidas por uma pessoa

Roteiro para os observadores do grupo focal

1. Construir ilustração do arranjo dos assentos (para facilitar a observação)



2. Identificar cooperadores dos quais fará observação prioritária
3. Posicionar, ligar e acompanhar funcionamento de gravador ou MP3
4. Observar e registrar conduta do grupo e acontecimentos-chave:
 - 4.1. Rede de interações presentes durante o processo grupal;
 - 4.2. Reações do Moderador em relação ao grupo, suas dificuldades e eventuais limitações;
 - 4.3. Comunicações não verbais, linguagens, atitudes, preocupações (consideradas significativas)
 - 4.4. Se necessário e possível, anotar ordem de respostas, que possam ajudar na transcrição.
5. Manter-se atento a eventuais interferências sonoras e outras, a fim de interferir em sua eliminação ou minimização.

ANEXOS

Anexo A - Mapa dos pólos de EPS do Paraná

DISTRIBUIÇÃO DOS 22 PREPS E DOS 6 PAEPS



Fonte: Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPPR)

Anexo B – Parecer do comitê de ética e pesquisa