



Universidade Federal Fluminense
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva



Priscila Antunes de Castro

**Educação Permanente e Educação Continuada:
o olhar da Comissão Integração Ensino Serviço (CIES) da Região Metropolitana II.**

Niterói
2016

C355

Castro, Priscila Antunes de

Educação permanente e educação continuada: o olhar da Comissão
Integração de Ensino Serviço (CIES) da Região Metropolitana II /
Priscila Antunes de Castro.- Niterói, 2016.

90 f.

Orientador: Lilian Koifman.

Co-Orientador: Marlene Merino Alvarez.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Universidade Federal
Fluminense, Faculdade de Medicina,2016.

1. Saúde pública. 2. Capacitação de recursos humanos em saúde. 3.
Educação em saúde. 4. Educação continuada. I. Título.

CDD 614.4

PRÍSCILA ANTUNES DE CASTRO

**EDUCAÇÃO PERMANENTE E EDUCAÇÃO CONTINUADA: O OLHAR DA
COMISSÃO INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO (CIES) DA REGIÃO
METROPOLITANA II.**

Linha de Pesquisa

Planejamento, Formação e Avaliação em Saúde

Dissertação de mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva, como requisito parcial à obtenção do título de mestre.

Orientadora:

Profa. Dra. LILIAN KOIFMAN

Co-orientadora:

Dra. MARLENE MERINO ALVAREZ

Niterói

2016

Priscila Antunes de Castro

**Educação Permanente e Educação Continuada: o olhar da Comissão Integração Ensino
Serviço (CIES) da Região Metropolitana II.**

Dissertação de mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva, como requisito parcial à obtenção do título de mestre.

Aprovada em _____ de _____ de 2016.

Prof^ª. Dr^ª. Lilian Koifman – UFF – Orientadora

Dr^ª. Marlene Merino Alvarez – UFF – Co-orientadora

Prof. Dr. Marcos Paulo Fonseca Corvino – UFF

Profa. Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David – UERJ

Prof. Dra. Márcia Guimarães de Mello Alves – UFF - Suplente

Niterói 2016

Agradecimentos

À minha amada família, pais, irmãs, sobrinhos e cunhados, por me apoiarem em mais essa etapa de minha vida, serem meus cúmplices e entenderem a minha presença – ausente em casa e fora dela!

À Professora Doutora Lilian Koifman pela confiança, incentivo e apoio desde o momento da carta de recomendação até a última linha desta dissertação!

À Professora Doutora Márcia Guimarães que me orientou nos importantes passos da confecção do projeto desta pesquisa!

À Doutora Marlene Merino Alvarez pelo incentivo, apoio e principalmente por ter aceitado a coorientação em meio à elaboração do projeto dessa dissertação!

Aos membros da CIES Metro II, composição de 2015, pelo aceite da minha presença nas reuniões, da minha pesquisa e pelo incentivo e confiança!

Aos amigos Dejanilton Melo da Silva, Paula da Silva Caldas, Edenilza Cezário, que tanto me apoiaram e incentivaram em diversos momentos dessa importante e diferencial etapa da minha vida!!

Aos meus colegas/ amigos/ diretores da Clínica Pura, meu trabalho, que entenderam as minhas mudanças de horário, e me apoiaram nesta fase!

Aos amigos e amigas que apesar de reclamarem muito a minha ausência, entenderam a minha opção!!

À minha inigualável unida turma de mestrado, que esteve disponível principalmente nos momentos difíceis com apoio presencial e por palavras, e que de formas e meios diferentes contribuíram para minha pesquisa e crescimento!!!

E agradeço a Deus por ter me ofertado e oportunizado tudo isso!

RESUMO

A presente pesquisa teve como foco a Educação Permanente (EP) e a Educação Continuada (EC) aplicadas na área da saúde, enquanto uma metodologia de aprimoramento da formação em saúde dos profissionais da área. Formação que se mostra deficitária diante das demandas contemporâneas, principalmente em relação à atenção básica. Com a trajetória histórica observamos que a EP e a EC estiveram condicionadas às demandas do mundo do trabalho. O diferencial desta pesquisa está no cenário em que foi realizada, a CIES da Região Metropolitana II (Metro II) do Estado do Rio de Janeiro, uma instância de governo responsável por discutir a Educação em Saúde, conforme a política de Regionalização e diretrizes do SUS, assim como a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Observamos que apesar da EP e da EC serem muito pesquisadas, não existem até o momento, investigações na instância Metro II. Os objetivos desta pesquisa foram conhecer as concepções teóricas de cada integrante dessa CIES acerca da EP, da EC e da EPS; levantar informações sobre o processo de implementação da EPS nos municípios. É uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, na qual se realizou uma revisão bibliográfica de artigos relacionados ao tema e foram utilizadas as técnicas de entrevista semiestruturada e observação não participante para a produção dos dados. Foi realizada uma análise de conteúdo, baseadas na orientação de análise temática de Bardin, de forma a permitir atingir uma representação de todo seu conteúdo. A pesquisa apresenta o universo da CIES, pouco explorado e que possui a responsabilidade de - por meio da EP e da EC - aprimorar as práticas de saúde, melhorar a qualidade do cuidado e da atenção em saúde oferecido à população. Os relatos obtidos demonstraram a coexistência da prática da EC e da EP nos municípios, com predominância da EC devido a necessidade de aprofundar e atualizar conhecimentos e, dificuldades na implementação da EP, que tem sido compreendida como responsabilidade de todos e não exclusiva a uma única categoria profissional, mas por si é multiprofissional. A análise do olhar da CIES Metro II, pesquisada no ano de 2015, fornece reflexões que podem auxiliar na implementação das políticas públicas para além do proposto pelo MS.

Palavras – chave: Educação Permanente; Educação Continuada; Formação em Saúde; CIES; Regionalização; Saúde Coletiva.

ABSTRACT

The present research had with focus the Permanent Education (PE) and the Continuous Education (CE) used at health area, as a methodology to approach the health training. A formation that shows deficit in front of the contemporary demands, principally in relation with the basic attention of health. With the historic trajectory it was observed that the PE and the CE was conditioned to the work world demands. This research has a differential that is the scenario where it was realized, the CIES, a public organ responsible to develop the Health Education, like the regionalization and guidelines of SUS, as the National Permanent Health Education Policy (PNEPS), in this research was studied the public organ of the Metropolitan Region II of Rio de Janeiro State, was observed that even the PE and CE are very researched, this organ is not. By means of the integrant of this organ the goals of this research was to know the theoretical conceptions about the PE and CE from this municipal integrant's; gather information of the PE implementation process, and verify the conception the integrants have about the PE. It is a descriptive research with a qualitative approach, in which was realized an integrative revision of articles relatives to the theme, was used techniques of a semi structured interviews and a non-observation participation to produce the data. We conducted a content analysis based on the orientations of Bardin, to allow to achieve a representation of the entire contents. The research presents the CIES universe, which is less explore and has the responsibility by means of the PE and CE, to increment health practices, improve the health care quality and the attention on health offered to the population. The reports obtained demonstrated the coexistence of CE and PE in the municipalities, with predominance of the CE because of the need to deepen and update knowledge and, difficulties in the implementation of the PE, which has been understood as the responsibility of all and not exclusive to a single professional category, but by itself is multiprofessional. The analysis of the look of the CIES Metro II, researched in the year 2015, provides reflections that can assist in the implementation of the public police in addition proposed by MS.

Key words: Permanent Education; Continuous Education; Health Training; CIES; Regionalization; Collective Health

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro I Quadro Recapitulado das Fases da Educação Permanente.....	24
Quadro II Organograma da CIB	37
Quadro III Dados da Região Metropolitana II	42
Quadro IV Identificação dos Filtros e Critérios de Seleção dos Artigos	47
Quadro V Artigos Selecionados	49
Quadro VI Tema: Motivação para Trabalhar em Educação em Saúde	53
Quadro VII Tema: Práticas de EP - Diferenciação entre EP e EC	55
Quadro VIII Tema: Implementação da EP no Município	60
Quadro IX Tema: Relação com a CIES Metro II	62
Quadro X Tema: Acréscimo e Algum Ponto que Considera Importante	66

LISTA DE SIGLAS

- ABS – Atenção Básica em Saúde
- AIR – Assessoria Intergestora Regional
- AR – Assessoria Regional
- BVS – Biblioteca Virtual de Saúde
- CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
- CIB – Comissão Intergestora Bipartite
- CIES – Comissão Integração Ensino Serviço
- CIR – Comissão Intergestora Regional
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- DEGES - Departamento de Gestão da Educação na Saúde
- DSC – Discurso do Sujeito Coletivo
- EC – Educação Continuada
- EP – Educação Permanente
- EPS – Educação Permanente em Saúde
- ES – Educação em Saúde
- ESF – Estratégia de Saúde da Família
- GT – Grupo de Trabalho
- IC – Idéia Central
- ISC – Instituto de Saúde Coletiva
- Metro II – Região Metropolitana II
- MS – Ministério da Saúde
- NEPP – Núcleo de Educação Permanente e Pesquisa
- PAREPS – Plano Regional para a Educação Permanente em Saúde
- PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TR – Termo de Referência

UFF – Universidade Federal Fluminense

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1 – INTRODUÇÃO	13
2 – REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO	16
3 – O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO E A CIES.....	33
4 METODOLOGIA	40
5 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	46
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERENCIAS	74
APÊNDICE I.....	79
APÊNDICE II	80
APÊNDICE III	83
ANEXO I.....	87

APRESENTAÇÃO

Nos últimos quinze anos, ao trabalhar como assistente social na área de saúde, mais especificamente nos serviços de alta complexidade com portadores de doenças crônicas terminais observei a necessidade, mas principalmente as dificuldades em implantar Programas de Educação Continuada e Permanente nos serviços de saúde. Tais Programas de Educação teriam como objetivo atualizar e instrumentalizar tecnicamente a equipe, de acordo com as inovações implementadas pela empresa, na área de atuação em que se insere, ou mesmo na melhoria da qualidade do relacionamento interpessoal da equipe.

Os fatos citados foram constatados nos meus locais de trabalho informalmente, pela fala de alguns profissionais, ao questionarem a necessidade ou obrigatoriedade de comparecimento às aulas ou grupos de discussão. Nesta ocasião tornou-se indispensável um esclarecimento junto aos profissionais que seriam implicados no programa e para tanto foi realizada reunião com equipe multiprofissional para esclarecer os objetivos dos encontros e a importância do comparecimento de cada membro da equipe.

A falta de comunicação entre as equipes multiprofissionais nos locais de trabalho também foi perceptível, tanto no serviço onde atuei e atuo quanto em uma outra unidade de saúde, onde realizei pesquisa de campo para trabalho de conclusão de curso de especialização. Por meio de relatos, alguns profissionais consideraram, por exemplo, uma intromissão em seu trabalho e não uma contribuição, ao receberem a informação da Coordenação da Unidade para realizarem visita domiciliar a uma família, cuja necessidade foi identificada por outros profissionais que atuavam no mesmo território. Outra observação realizada foi à dificuldade de alguns profissionais em aderir aos programas de Educação Continuada para ascender na carreira profissional, principalmente devido a prioridades de ordem pessoal, tal como criação dos filhos, etc.

Por outro lado, observa-se nos serviços de saúde, públicos ou privados, um treinamento estritamente técnico e restrito à área de atuação do profissional. Não parece existir algum foco no relacionamento interpessoal e no processo de trabalho da equipe, que poderia ser desencadeado pela gerência do serviço ou pela supervisão de estágio, promovendo além do bom relacionamento, o conhecimento de como é o trabalho dos diversos profissionais.

A diversidade de profissionais existentes nos serviços de saúde contribui para que existam ações interdependentes. Ademais, observa-se que há uma dificuldade na implementação de atividades que exijam o desenvolvimento de um trabalho em equipe, por mais simples que a tarefa aparente ser, tornando-se importante o desenvolvimento da cultura do trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar. Portanto, conhecer as percepções das pessoas responsáveis pela formação do profissional de saúde no cenário da prática vem ao encontro de meus anseios de aprofundar os conhecimentos nas temáticas da Educação Permanente e da Educação Continuada, praticada atualmente nos serviços de saúde públicos dos municípios da Região Metropolitana II, onde resido, trabalho e estudo.

Durante o Curso e a pesquisa de Mestrado foi possível aprofundar o conhecimento sobre a Educação em Saúde, principalmente nas diferenças e semelhanças entre a EC e a EPS. Em muito colaborou o resgate histórico e contemporâneo que permitiu conhecer como ambas têm sido utilizadas.

Por outro lado, conhecer e poder descrever sobre o olhar de uma instância do governo, que planeja, atua e possibilita a continuidade da formação em saúde, por meio da EC e da EPS, agregou conhecimento e potencial de transformação do meu cotidiano de trabalho. Esperamos que tal fato provoque outras pesquisas sobre o tema e, o aprimoramento do trabalho cotidiano.

1 – INTRODUÇÃO

Nesta pesquisa partimos de uma questão norteadora, que era saber quais práticas de Educação Permanente e Continuada em Saúde que eram adotadas pelos responsáveis em dar continuidade à formação dos profissionais de saúde dentro do seu ambiente de trabalho.

O campo de formação dos profissionais de saúde ainda apresenta um modelo conservador no que diz respeito ao preparo para assistência mediante as demandas sociais. Verifica-se que a incorporação dessas demandas no processo de ensino-aprendizagem ainda se configura como um desafio na formação em saúde (SAIPPA-OLIVEIRA, KOIFMAN E PONTES 2005). O modelo praticado nas Universidades, em geral, está centrado em formar um profissional tecnicamente apto a lidar com tecnologias e procedimentos “de ponta” para área de saúde (CECCIM E FEUERWERKER, 2004)

O desenvolvimento de uma formação em saúde, centrada no processo de trabalho, na comunidade com seus mais diferentes mecanismos de interação social, bem como no acompanhamento dos processos de saúde-doença e no desenho de organização da rede de cuidados em saúde tem sido pautado como ideário para a formação de um profissional aberto a uma nova lógica de pensar e agir (SAIPPA-OLIVEIRA, KOIFMAN E PONTES, 2005). Ademais, a formação deve preparar profissionais aptos para escutar e interagir no seu meio. Existem, na atualidade, algumas experiências de mudanças na formação que corroboram com a ideia de que o eixo mais eficaz aos processos integrativos são as práticas organizadas a partir das necessidades de saúde da população (SAIPPA-OLIVEIRA, KOIFMAN E PONTES, 2005).

No Brasil, após a Constituição de 1988, diversos espaços institucionais foram criados pelas políticas de saúde, visando à integração da formação e os serviços de saúde, como espaço privilegiado para gestores, usuários, profissionais de saúde e escolas instituírem parcerias e formarem redes capazes de influenciar no processo de formação (CECCIM E FEUERWERKER, 2004). Em 2003, o Ministério da Saúde (MS) criou e instituiu o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), compondo a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). O DEGES elaborou a política de educação e formação, baseada em iniciativas anteriores realizadas pelos profissionais de saúde e sociedade. No ano seguinte, por meio da Portaria/MS nº 198, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) instituiu os Polos de Educação Permanente em Saúde, com vistas à integração entre ensino e serviço, formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social. A idealização de os Polos de Educação Permanente se organizarem e atuarem como as originais Rodas de Conversa.

As rodas eram espaços de diálogo e negociação entre os integrantes das mesmas, os profissionais dos serviços do SUS e, das instituições formadoras. Com natureza política e crítica-reflexiva, caracterizadas para a gestão colegiada democrática e horizontal. Local de articulação interinstitucional e regional para a identificação das necessidades e para a construção de estratégias e políticas no campo da formação e desenvolvimento, da qualidade e do aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, do domínio popularizado do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social. Cabia à Roda, cartografar a realidade e operar processos pedagógicos de ordenamento da rede de atenção, da permeabilidade às práticas populares, de qualificação pela integralidade da atenção e de produção de aprendizagem significativa, esta configuração de Pólo/ Roda possibilita recriar a

realidade, associa competências segundo a ética da vida (CECCIM E FEUERWERKER, 2004, p.57).

Outras portarias publicadas pelo MS auxiliaram a fortalecer e dar propulsão à EPS, tais como a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria/GM n ° 648/2006); Pacto pela Saúde (Portaria/GM n° 399/2006), e a Portaria/GM n° 698/2006 que define o uso dos recursos federais destinados às ações de Educação em Saúde. Todas essas mudanças nas diretrizes do SUS provocaram uma renovação na política da EP, com a promulgação da Portaria GM/MS n° 1996 de 20/08/2007, que já em seu preâmbulo considera

[...] que a Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (GM/MS 1996, 2007, p.7)

O conceito da EP está baseado na problematização do processo de trabalho, a partir das necessidades de saúde local. Nesse sentido, a política se diferencia da proposta anterior de educação em saúde, até então praticada para os profissionais, denominada Educação Continuada (EC), cuja origem das necessidades era determinada de forma descendente, ou seja, de cima para baixo pelas instituições de ensino, conforme a inserção de uma nova tecnologia. Para que haja o desenvolvimento de atividades, inovadoras ou não, ou mesmo como reconhecimento da necessidade destas no local de trabalho, é preciso que estas sejam planejadas, a partir de projetos que contemplem as demandas dos processos de trabalho, de maneira ascendente. Contudo, verifica-se a necessidade do esclarecimento conceitual com relação ao uso das terminologias EP e EC, em sua complexa dinâmica prática/política, se mostram pertinentes em relação ao cenário atual da formação na saúde. Portanto, se faz necessário entender como os responsáveis pelos programas de EPS dos municípios percebem o uso desses conceitos na formação cotidiana do profissional de saúde.

Na presente dissertação foram analisadas as percepções dos coordenadores da educação em saúde que compõem a Comissão Integração Ensino e Serviço (CIES), os quais são responsáveis pela disseminação, implementação e regulamentação do programa de EPS na Região. Sendo assim, o objetivo geral é conhecer as concepções teóricas acerca da Educação Permanente e da Educação Continuada dos representantes municipais da CIES da Região Metropolitana (Metro) II do Estado do Rio de Janeiro.

Nos objetivos específicos, buscamos obter informações sobre o processo de implementação da EPS, realizado pelos coordenadores de EPS dos municípios, e verificar a concepção que os responsáveis/ gestores tem sobre a EPS nos respectivos municípios da Metro II. Além disso, foi observada a participação dos coordenadores nas reuniões mensais da CIES.

Enquanto contribuição, buscamos desenvolver essa pesquisa de forma a beneficiar os profissionais envolvidos no processo de educação em saúde, ao possibilitar uma reflexão sobre o seu processo de trabalho e planejamento; a propiciar um vislumbre de novos caminhos para a efetivação e continuidade do que já se encontra implementado, e conseqüentemente uma melhoria de qualidade do serviço prestado à população, com profissionais capacitados a atender a demanda dos usuários dos serviços de saúde. Assim como, contribuir para a formação de profissionais de saúde mais críticos e reflexivos em sua prática multiprofissional cotidiana, e ainda uma contribuição para publicações científicas relacionadas a EPS na Metro II, uma vez que estudos sobre esta temática na Região ainda são escassos.

A dissertação está dividida em seis capítulos, um breve resgate histórico de seu surgimento e de seu posicionamento dentro da atual lógica do sistema de saúde brasileiro; metodologia; análise dos dados; discussão dos resultados e considerações finais.

2 – REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

Buscamos levantar o referencial na história recente do país, visto que, ao se tratar da formação na área da saúde, torna-se necessário pesquisar como a Educação foi inserida como política de saúde, e seus desdobramentos até a atual política de saúde implementada, que é a EPS. Os dados agregados da pesquisa sobre trajetória histórica da EP demonstram que sua origem percorre séculos e, é atual e presente. Ao longo dos anos, sua utilização se deu conforme demanda do mercado de trabalho, do momento político e social vivenciado por cada sociedade.

Este Capítulo foi subdividido em três itens: o primeiro contém breve apresentação da formação em saúde enquanto política antes e após o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), em seguida apresenta-se o surgimento do termo EP e seus usos nos séculos XVIII ao

XX; e de forma mais contemporânea, os estudos sobre a conceituação e uso da EP e da EC, com foco na área da saúde, desde fins do século XX até a atualidade.

2.1 – Breve Resgate Histórico Sobre A Formação Em Saúde No Brasil

A preocupação com a conduta e a formação dos profissionais de saúde é anterior ao SUS. Dias et al (2013) ao fazerem, o que chamaram de percurso temporal, observaram que mesmo antes da Constituição de 1988, já haviam limitações no ensino e uma inadequação do perfil profissional. Citam a criação do Programa de Integração Docente Assistencial (IDA) em 1981 pelo Ministério da Educação, o programa possuía como objetivo o desenvolvimento de projetos de formação profissional, que inserissem os alunos em unidades de atenção primária, favorecessem a articulação entre os serviços de saúde e as universidades. Mesmo com seus avanços, o IDA baseou-se apenas na assistência à saúde, teve baixa adesão dos docentes e uma segmentação de suas ações, não obtendo o êxito e as mudanças nos currículos esperados.

No início da década de 1990, Dias et al (2013) chamam a atenção para um projeto financiado pela Fundação Kellogg, o Uma Nova Iniciativa (UNI), com o propósito de dar uma nova dimensão às questões abordadas pelo IDA, como uma formação focada na multiprofissionalidade, fortalecimento dos componentes curriculares, principalmente no representado pelo Sistemas de Saúde Locais (Silos). O UNI enfatizava a mudança focalizada na comunidade, como meio de superar a relação teoria-prática. No Brasil, implementaram à época 6 (seis) projetos com a participação de 9 (nove) profissões de saúde, e viabilizou a articulação entre os serviços de saúde, as universidades e as organizações comunitárias.

Apesar deste panorama aparentemente lento, foi desenvolvido um processo participativo nas universidades no mesmo período, que se constituiu baseado nos objetivos dos projetos IDA e UNI, com a contribuição para reinserção do tema de recursos humanos na construção de políticas de saúde, com o objetivo de gerar mudanças e novas experiências para a formação do profissional de saúde, a Rede Unida, que articulou atores e instituições nesta temática (DIAS et al, 2013, p. 1615).

Com o advento do SUS, por meio da Lei 8080 de 19/09/1990, a educação em saúde foi destacada e valorizada dentro do conceito ampliado de saúde. Dentre os objetivos do SUS está a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde, enquanto uma atividade

que deveria contribuir para o desenvolvimento ao consolidar mudanças nas práticas de saúde. Desde sua promulgação, no decorrer desses anos, foi percebida a necessidade de melhor preparar os profissionais que atuavam e atuariam na saúde, para que tivessem uma conduta condizente aos princípios e diretrizes do SUS. Conforme assinalam David et al (2012), para que o SUS seja uma política de saúde consolidada

[...] necessitamos de uma reforma político-cultural em nossas concepções de sociedade e desenvolvimento, pois atualmente somos marcados por valores individualistas e mercantilistas, o que aponta a necessidade de retomarmos a construção do sistema de saúde como projeto coletivo, que compõe um dos pilares para a conquista de uma sociedade democrática.

Apesar do SUS manter-se ativo e ter provocado repercussões em relação a reorientação das estratégias, dos modos de cuidar, ensinar, aprender, tratar e acompanhar a saúde da população, não formulou nenhum modelo de fazer formação impositivo. Por outro lado, deixou abertura para a propagação, por parte de instituições de ensino, de uma formação cada vez mais especializada, perpetuada por modelos de saúde assistenciais e conservadores, que dependem da tecnologia para realização do diagnóstico e da escolha da terapêutica. Desta forma, segundo Feuerwerker (2002), a formação tem permanecido à parte da organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado, de forma a ficar à disposição do controle social.

Ceccim e Feuerwerker (2004) enfatizam que a formação de profissionais para a área da saúde deveria objetivar uma transformação das práticas e da organização do trabalho, montar sua estrutura baseada na problematização do processo de trabalho e da capacidade de acolher e cuidar das demandas de saúde da população. Há uma necessidade emergente da interlocução entre as instituições de ensino e o sistema de saúde, que orientasse a formação em saúde enquanto uma construção da educação em serviço, de uma educação permanente em saúde que agregue o desenvolvimento institucional e individual, os serviços e a gestão setorial e a atenção à saúde e o controle social.

Corroborando com as observações acima, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em 2003, há uma nova orientação das políticas em relação à formação profissional para o SUS, intensificou-se as relações entre as instituições de ensino e o sistema público de saúde. No período de 2003 a 2004, a SGTES lança o projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS), com reconhecimento dos serviços de saúde enquanto locais de ensino e aprendizagem, e o AprenderSUS, cuja

relevância está no debate sobre o eixo de uma almejada mudança dessa formação profissional, baseada na integralidade da atenção à saúde, no âmbito deste projeto havia o EnsinaSUS que contemplava “pesquisas e experiências inovadoras de mudanças na formação e educação permanente em saúde, fornecendo referências teóricas para o campo.” (DIAS et al, 2013, p. 1616)

No ano seguinte a promulgação da PNEPS, em 2005, é instituída a Portaria nº 2118, por meio de uma parceria que objetivava uma cooperação técnica entre os Ministérios da Educação e o da Saúde, lançam o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), com grandes desafios na implementação de suas estratégias atendia aos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia, buscava-se um

[..] processo formativo que levasse em conta os aspectos socioeconômicos e culturais da população. Preconizava-se a articulação com o sistema público de saúde e prevenção de agravos; da difusão da educação profissional como um processo permanente; da busca pelo equilíbrio entre excelência técnica e os fatores de ordem social; e das mudanças no desenvolvimento das pesquisas em saúde em prol do SUS. (DIAS et al., 2013, p. 1617)

Em 2007 há a proposta do Pró-Saúde II, com ampliação aos demais cursos da área da saúde; e do Programa de Educação pelo Trabalho (Pet-Saúde), vinculado à Secretaria de Atenção à Saúde do MS (SAS/MS), que no decorrer dos anos incorporou novas diretrizes e ajustes de seus instrumentos para sua implementação, com valorização dos profissionais e alunos alocados nos serviços de saúde e foi inserido nas CIES. Seu foco estava na qualificação dos estudantes de graduação e pós-graduação, aperfeiçoamento, iniciação ao trabalho e estágios com evidência para que os serviços de atenção básica em saúde se tornassem campos de pesquisa, de forma a fortalecer a associação entre ensino, pesquisa e extensão, a interdisciplinaridade, a integração ensino-serviço e criar grupos de aprendizagem tutorial. Em 2010, houve sua extensão e grande distribuição de bolsas de estudos no âmbito da atenção básica (DIAS et al, 2013, p.1619-1620).

A introdução da formação na saúde no cenário dos serviços de saúde pública se faz primordial para uma melhor prática profissional, uma vez que estimula o investimento da instituição na qualificação de profissionais, ao torná-los aptos para o cotidiano do trabalho e seus desafios. Desta forma, percebe-se a necessidade de planejar e implantar programas de educação, específicos aos profissionais de saúde em seus locais de trabalho, assim como nas instituições de ensino, com destaque ao protagonismo na formulação, implementação de

propostas e estruturação das instâncias de acompanhamento e avaliação dos programas para as Instituições de Ensino Superior (IES), conforme afirmam Ceccim, Bravin e Santos:

A necessidade de incorporação, pelas organizações de saúde, de dispositivos e mecanismos que possibilitem processos cognitivos e de desenvolvimento individual, coletivo e institucional, [...], demanda há muito tempo políticas públicas com consistência e correspondência aos determinantes políticos do Sistema Único de Saúde, no caso brasileiro” (2009, p.159)

Oliveira et al (2004) afirmam que a diversificação de cenários para o ensino-aprendizagem, é uma das ferramentas que possui como objetivo “ampliar a atuação do território e das práticas em saúde a partir de algumas interfaces” (OLIVEIRA, 2004, p.308). Afirmam ainda que esta aprendizagem deve acontecer de forma participativa, para motivar a compreensão crítica da realidade, tendo como eixo central o desenvolvimento das atividades nos serviços de saúde.

Ditos cenários podem ser locais de embates entre as opções éticas, políticas e pedagógicas – esta última como diferencial dos modelos “docente-assistenciais”, para adoção de uma prática reflexiva entre os atores envolvidos e assegura “uma forma orgânica de educação e de produção de práticas de saúde” -, que assumem relevante importância na determinação de outros caminhos, adotados ou não, pela política de saúde e de formação profissional. (OLIVEIRA et al, 2004, p.316)

Com a articulação do controle social, das instituições formadoras e gestora de serviços de saúde, há uma orientação para o ensino focado no processo de trabalho, da participação do aluno na realidade sócio sanitária e dos processos saúde-doença, capacitando-o para agir em uma perspectiva de produção de cuidado integral e na construção de sua própria identidade profissional, definindo uma “nova concepção para a política de recursos humanos do SUS” (OLIVEIRA, 2004, p.317).

Para atender as demandas de saúde da população, de trabalho em saúde atual, seja em unidades de saúde públicas ou privadas e, em qualquer nível de complexidade, requer um profissional que seja capaz de atuar em equipe multiprofissional, baseado na integralidade do serviço de saúde, demarcado como um novo significado da ação integral, que se relaciona a um “tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo, através do estabelecimento com o outro de uma relação construtiva e inclusiva, constituindo uma

relevante concepção humanizadora” (HOFFMANN e KOIFMAN, 2013, p. 577). Merhy (2013) alerta que a integralidade pode ser portadora de mudanças radicais para as ações de saúde, e que na maior parte das vezes é apreendida em formas tradicionais e corporativo-centrado na produção do cuidado. E é sobre estas formas tradicionais de execução das atividades e da terapêutica biocientífica que se oferece ao usuário, que Mattos (2005) afirma haver a necessidade de utilizar o princípio da integralidade enquanto um “eixo estruturante das propostas de mudanças das práticas” dos profissionais de saúde, este profissional deve empenhar-se em conhecer e compreender o universo do usuário que é afetado pela doença e pela orientação de tratamento que lhe é oferecida. Enfatiza que a conduta deve ocorrer por meio do diálogo no nível de compreensão do usuário. O autor enfatiza que para que esta transformação ocorra e de forma que se consolide, há a necessidade de uma “educação permanente pautada no princípio da integralidade”.

O MS, por meio do programa AprenderSUS (2004), propõe a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho como objetivos da formação para a área da saúde, assim como a análise do processo de trabalho, das dimensões e necessidades de saúde da população alvo, se tornam essenciais para a estruturação do trabalho, o qual deve estar pautado em uma noção de integralidade para dentro da área da atenção, da gestão dos serviços e dos sistemas.

Ramos (2005), ressalta que os saberes que “permitem conhecer e reconhecer o objeto que se manipula ou as situações que se enfrentam”, têm relação direta com as competências técnicas (impacto dos seus atos) e organizativas (atitudes no ambiente laboral) adquiridas e desenvolvidas durante a formação, pois são produtos da formação e da inserção profissional, e essa relação influencia de forma positiva a prática com integralidade quando há uma formação humana integral, uma formação geral e técnica na educação dos profissionais de saúde (RAMOS, 2005, p. 210). O autor refere ainda que a formação deve considerar as transformações sociais, políticas, econômicas e culturais, assim como atentar que os profissionais são sujeitos e não objetos dos processos de trabalho. Sintetiza ao indicar que a “integralidade na formação e no trabalho em saúde, na sua radicalidade, está no resgate do ser humano como o sentido de todas as práticas”. (2005, p.219-220) Por outro lado, Merhy (2013) propõe o uso de um olhar a partir da posição do outro, possibilitando uma visualização dos próprios atos de cuidado em saúde, que se tome de forma explícita “a capacidade interrogativa” da integralidade, transformadora do ato de cuidar, uma atividade coletiva voltada para a “defesa da vida, individual e coletiva” (2013, p.223).

Assim, a formação em saúde deveria manter-se atrelada às transformações ocorridas na sociedade, com uma escuta atenta aos valores de mudança. Na educação em serviço, as demandas são definidas a partir dos problemas apresentados na organização do trabalho. Faz-se necessário uma atenção de qualidade, com uso da integralidade e da humanização, para a condução de ações, serviços e sistemas em rede e solidariedade intersetorial.

Conforme os preceitos do SUS, a EP como política de âmbito nacional do MS vem a democratizar as condições para transformação do processo de trabalho em saúde, melhorar as relações de trabalho, as trocas de experiências, o conhecimento e o desenvolvimento do trabalho em equipe multi e interprofissional. O objetivo da implantação da EP é ser uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS em qualquer nível de atenção ou esfera de governo por meio de uma aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (GM/MS 1996, 2007).

A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. [...]. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. (GM/MS 1996, 2007, p.20)

A lógica da EPS é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar. É técnica e política a partir do momento em que propicia a democratização institucional, a capacidade da docência e de enfrentar de forma diferenciada as situações de saúde, o trabalho em equipe e a melhoria da qualidade do cuidado em saúde ofertado à população.

2.2 - Histórico da Conceituação da Educação Permanente

No início das revoluções burguesas na Europa, principalmente durante a francesa em 1789, foram realizados os primeiros registros do desencadeamento de profundas mudanças na forma de pensar a educação. Nessa época, surgiu a ideia de educação prolongada e continuada a todos os cidadãos, sendo esta a base da concepção educativa da Constituição Francesa de 1791. Gadotti (2003) relata que apesar desse movimento de prolongar a educação na fase adulta ter ocorrido há mais de meio século, foi somente no final da década de 1960 que os

primeiros trabalhos sobre a temática foram publicados na Europa e no EUA (GADOTTI, 2003: p.92).

Gadotti (2003) relata ainda que o termo EP foi oficializado na França em 1956, por meio de um documento do então ministro da Educação Nacional da França, René Billères, após ter aparecido pela primeira vez com o significado de “assegurar, depois da escola, a continuação da instrução e da educação recebidas nela” em um projeto sobre a reforma do ensino de autoria de Pierre Arents (GADOTTI, 2003: p.94).

O Quadro I abaixo foi sintetizado por Furter (1975, p.108), e apresenta as tendências das noções de EP feitas por este sobre a sua evolução e diferentes usos na década anterior, ou seja, a partir de 1965, observa-se que já na primeira análise apresenta definições semelhantes aos conceitos de EC. Furter (1975) baseou-se principalmente no desenvolvimento cultural, individual e integral. Individual a partir do momento em que possibilita dar continuidade à educação, ou iniciá-la, na fase adulta, pois há a possibilidade de amadurecimento do ser humano em qualquer faixa etária e econômica, permitindo humanizar um “mundo desumano e indiferente ao homem” (FURTER,1975, p.116).

Ademais, o autor considera o desenvolvimento cultural integral, quando possibilita um diálogo entre diferentes atores – governo, técnicos, responsáveis pelos programas, grupos de população, setores populares – ao tornar-se uma ferramenta de sintetização de modos de formação de uma sociedade moderna para “vir a ser [...] uma estratégia de formação em vista de uma sociedade nova” (FURTER,1975, p.105).

QUADRO I QUADRO RECAPITULADO DAS FASES DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

Definição	Objetivos globais	Clientelas prioritárias	Organização	Métodos pedagógicos	Custos	Promotores
A educação permanente é um processo contínuo do desenvolvimento individual	Permitir que cada indivíduo continue a progredir, segundo as próprias necessidades e as condições em que vive.	Não importa quem, contando que esteja motivado.	Sem organização central; nem coordenação.	Atividade individual; muitas vezes autodaxia; sempre iniciativa voluntária.	Assumidos pelo próprio “beneficiário”.	Teóricos da educação.
A educação permanente é um princípio de organização de um sistema global de formação.	Exercer uma ação renovadora sobre todos os organismos que se ocupem de formação; procurar tornar o sistema escolar um conjunto mais flexível, mais amplo.	Todos os grupos que foram marginalizados ou que foram atingidos por um processo de desenvolvimento.	Tendência a se reagrupar em parassistemas; direito de inspeção do Estado.	Atividade coletiva organizada, por vezes animada por educadores especializados.	Cada vez mais assumidos conjuntamente pelo beneficiário: a) e/ou pelo Estado; b) e/ou pelo empregador.	Administradores e planejadores da educação.
A educação permanente é uma estratégia de formação em função do desenvolvimento cultural.	Orientar uma política de recursos humanos dentro das perspectivas do desenvolvimento cultural.	O conjunto das populações e do pessoal que participa como agente num programa de desenvolvimento.	Sem sistema propriamente dito, porque utiliza as instituições já envolvidas em um programa de desenvolvimento; ação cooperativa, interdisciplinar e interministerial.	Atividade coletiva, essencialmente em grupo, animada por qualquer profissional interessado; supervisão e avaliação por educadores especializados.	Financiado pelo próprio programa de desenvolvimento.	Planejadores de recursos humanos, no âmbito do planejamento regional.

Fonte: Furter, 1975, p.108

Em 1970, a UNESCO popularizou o projeto de EP enquanto uma política educacional, ausente de ideologias caracterizada por

Uma educação formadora das pessoas, cujo advento se torna mais necessário à medida que coações sempre mais duras separam e fragmentam cada ser. Trata-se então de não mais adquirir, de maneira exata, conhecimentos definitivos, mas de preparar para elaborar ao longo de toda a vida, um saber em constante evolução e de aprender a ser (WERTHEIN, 2000, p.14).

Para Gadotti (2003), entretanto, em análise realizada em 1980, refere que considerar a ausência de uma ideologia na educação seria algo dialético uma vez que “a educação não é uma reflexão sobre, mas uma práxis”. Para ele a educação é essencialmente um ato e que este “é um ato político, é um ato social e, portanto, ligado à atividade social e econômica, ao ato produtivo”. Ele considera que é impossível ao educador fazer a desvinculação, a abstração da sua subjetividade “em nome de uma pseudo- neutralidade científica. [...] Como se a práxis pudesse explicar-se por ela mesma e não pelas finalidades que a motivam” (GADOTTI, 2003, p.34-36).

Gelpi (1983) enfatiza que uma das prioridades da política de EP durante a década de 1970 na França, era a reconstrução das estruturas educativas e a formação de educadores libertos de ideologias cristalizadas, que considerassem as transformações do mundo do trabalho, as migrações dos povos e suas culturas, as comunicações nas políticas. O autor definiu como política de EP “o conjunto das políticas educativas [...] relativas à infância, à adolescência e aos adultos, quando tais políticas visam ao desenvolvimento global do homem, quando se aplicam a uma educação que não termina com o encerramento dos diferentes períodos escolares previstos” (GELPI 1983, p.30).

Verifica-se que a ação dos movimentos sociais provocou transformações nos sistemas educativos, pois estaria em relação dialética com as transformações culturais, econômicas e sociais, e desta forma faz uma relação direta entre trabalho e o nível de educação, sendo, portanto corresponsáveis por seus produtos, evoluções e transformações. Além disso, o autor atenta que a EP não poderia limitar-se apenas a um setor da educação, para que permitisse a ampliação do potencial de seu conceito, sendo possível por meio das relações entre as instituições (GELPI, 1983, p.31-33).

Portanto, a EP como conceituado até então, seria um discurso ideológico que mascarava um “pensamento estruturado, defendendo certos interesses” posto que aos trabalhadores se apresentava como “um aumento de formação profissional que serve para

torná-los mais rentáveis e melhor adaptados às novas exigências das mudanças tecnológicas do desenvolvimento econômico e industrial” (GADOTTI, 2003, p. 95).

Gadotti (2003) enfatiza ainda, que a conceituação de EP teria influência direta na alienação política da educação e da formação, e principalmente sobre a população. O autor sustenta tal afirmação por meio de dois pontos:

1 – Ocultação – onde se encontrariam os “objetivos apregoados” - aqueles que poderiam ser descritos para a sociedade - por meio de um “estoque de saber atual acessível a todos, durante toda a vida, porque é uma exigência das sociedades modernas” (GADOTTI, 2003, p.95-96);

2 – Discurso ideológico – baseado em três teses gerais de que a Educação Permanente seria um “produto, expressão (discurso) da consciência tecnocrática; [...] uma realidade histórica (fenômeno) ligada à ideologia da sociedade industrial avançada; [...] um fenômeno ligado à despolitização da massa da população” (GADOTTI, 2003, p. 97).

No Brasil, a partir de 1968, iniciou-se o uso de um modelo importado do discurso da EP no período da ditadura militar. Paiva e Rattner (1985) ao apresentarem o posicionamento de Arlindo Lopes Correia de 1973, enfatizam que este discute a EP a partir de uma perspectiva econômica, pois se torna necessário que o Estado providenciasse uma reforma educacional à população a fim de que houvesse mão de obra devidamente qualificada que atendesse às exigências do mundo do trabalho, assim como uma melhora qualitativa de vida. Correia, assim como Gadotti, afirma que essa reforma na educação visava manter um domínio sobre a população, pois o desenvolvimento da nação seria mais importante que o individual. Correia conclui que “o objetivo principal seria tornar as comunidades conscientes do seu papel no domínio educativo, limitando assim a sua consciência social aos interesses da nação e da segurança nacional” (PAIVA E RATTNER, 1985, p.27), argumento este coerente com o expresso por Gadotti.

Paiva e Rattner (1985) relacionam a reciclagem dos operários necessária para atender à inovação tecnológica, ao tempo livre e à extensão de escolaridade impostas pelo capitalismo tardio vivenciado à época.

Gadotti (2003) possivelmente vislumbrando uma mudança total do quadro apresentado até então pela EP, concluiu que “um verdadeiro processo de educação não pode ser estabelecido a não ser por meio de uma análise das necessidades reais da população” (GADOTTI, 2003, p.99).

Paulo Freire em *Pedagogia do Oprimido* (2011) aborda a noção de aprendizagem significativa, já utilizada por ele desde suas primeiras experiências como educador, quando defendia a ideia de que os educandos não deveriam ser tratados como elementos vazios que apenas recebem informações. Os educadores deveriam levar em conta o que os alunos já sabiam, considerar suas experiências de vida e a partir de aí dar início a todo processo de aprendizagem. Ressalta que este é um processo de humanização, em que o educador impulsiona o educando a sair de seu estado primitivo por meio da relação com o mundo, do desenvolvimento do diálogo, da problematização, da curiosidade, da participação ativa.

Sua pedagogia crítica é coerente com a PNEPS, por seu caráter ascendente que coloca os profissionais participantes do processo como sujeitos ativos, considera suas experiências anteriores e a realidade em que estão inseridos no processo ensino-aprendizagem. Desse modo, fazem com que as temáticas abordadas sejam tratadas de forma a fazerem sentido para os sujeitos envolvidos e tornarem-se factíveis de serem implementadas. Desse modo há a construção do conhecimento, e não apenas o recebimento de uma transmissão verticalizada, Freire (2011) atenta para a necessidade da tomada de decisão, da relação pensamento-linguagem, da relação teoria-prática, do uso de um tema gerador como um processo de libertação do homem, aliando a reflexão a práxis de uma educação libertadora, pois somos seres de liberdade e de escolha.

Verificou-se, portanto, que durante a década de 1970, os problemas enfrentados pelas políticas de EP eram a participação, o planejamento, a formação de educadores, a escolha dos conteúdos e a obtenção de recursos financeiros.

A participação refere-se aos atores que a implementam, planejam, e os que são afetados por ela. Conforme quadro de Furter (1975), conforme mudam a concepção/ definição e o uso da EP, mudam seus atores, que vão dos teóricos da educação aos profissionais de RH, e sua clientela que de qualquer indivíduo motivado a experimentar a EP, chega aos profissionais ou população que participem de programas de desenvolvimento.

Aproveitando o mesmo quadro de Furter (1975), o planejamento apresenta uma variação da autodaxia, de uma iniciativa voluntária a uma atividade coletiva ministrada por um profissional especializado, com supervisão e avaliação dos resultados. Ao longo dos tempos, se fez necessária uma adequação conforme os objetivos de seu uso, enquanto uma ferramenta de melhoria do processo de trabalho, que também integra e torna imprescindível a habilidade no uso de outras ferramentas e conhecimentos, como no caso da integralidade das ações de saúde. Inicialmente possuía como objetivo o desenvolvimento de todo e qualquer

indivíduo que quisesse dar continuidade aos estudos, até chegar ao nível da orientação para uma política de recursos humanos sob o desenvolvimento cultural.

Há o reconhecimento de uma inadequação da formação em todos os níveis, há a visibilidade de que a forma tradicional de ensino-aprendizagem deveria ser ultrapassada, usar de uma metodologia que leve à reflexão, a compreensão da realidade vivenciada, direcionar a ação por meio de uma reflexão crítica, pois o acúmulo de um saber técnico é apenas uma etapa para a transformação. Formação esta que se adapta ao longo dos tempos ao perfil dos atores envolvidos, das necessidades demandadas pelos diversos setores na qual é utilizada. Tudo isto reflete diretamente no conteúdo a ser abordado, nas justificativas de escolhas dos temas deste.

2.3- Conceituação Contemporânea da Formação em Saúde

Após a breve trajetória apresentada nos itens anteriores, este item traz os conceitos e usos contemporâneos utilizados por alguns autores, sobre a EC e a EPS. Seus usos e abordagens na atual metodologia/ ideologia de formação dos profissionais de saúde.

2.3.1 Educação Continuada

A discussão da Educação Continuada (EC) surge no Brasil no final da década de 1970, com a VIª Conferência Nacional de Saúde, assim como a discussão nas Conferências de Recursos Humanos, que abordavam a metodologia da formação dos profissionais de saúde, que não atendiam a demanda. Neste período e até a promulgação do SUS, como visto antes, originaram-se diversos programas que tinham como objetivo preparar os profissionais de saúde, muitos recém-egressos da graduação, a atuarem de forma condizente às demandas apresentadas pela população.

Na literatura científica, as definições usadas para conceituar a EC são focadas principalmente nas competências técnicas de cada profissional. Batista e Gonçalves (2011, p.895) afirmam que a EC tende a direcionar os serviços de acordo com as políticas e programas centrais, os quais possuem uma trajetória planejada e apoiada em processos, com o objetivo de atualizar e melhorar a competência técnica individual do profissional de saúde,

apoiada em uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem com objetivo de transformar as práticas de saúde. Morofuse et al (2009) acrescentam que na EC há a pretensão de contribuir para uma reorganização dos serviços.

Segundo Paschoal; Mantovani e Méier (2007, p.479) a EC seria um conjunto de experiências subsequentes à formação inicial, que permitem ao trabalhador manter, aumentar ou melhorar sua competência, para que esta seja compatível com o desenvolvimento de suas responsabilidades, caracterizando, assim, a competência como atributo individual. Ademais Falkenberg et al (2014, p. 850) entendem que a EC “envolve as atividades de ensino após a graduação, possui duração definida e utiliza metodologia tradicional, tais como pós-graduações”; ressaltam ainda que estas concentram-se no desenvolvimento de determinadas categorias profissionais.

Na década de 1950, durante reunião de Elsinor/ Dinamarca houve o primeiro marco da EC, patrocinada pela Unesco, na qual foram discutidos os fins e métodos da educação de adultos, assim como papel da cooperação internacional para reconstrução do pós-guerra. Posteriormente na década de 1960, desta vez o enfoque era técnico institucional, surgem projetos multinacionais com incentivo à capacitação da mão-de-obra, o adulto seria passível de aprender de forma diferenciada da criança e do adolescente. Na década de 1970, vê-se o homem como um ser consciente, capaz de coeducar-se, de acordo com sua realidade e interagir como sujeito transformador (FALKENBERG et al, 2013, p.850).

É possível perceber, que a EC tem o propósito de atualizar categorias profissionais, às novas tecnologias ou mesmo políticas, referentes à sua área de atuação, não prioriza o envolvimento de outros profissionais, ou mesmo a atuação multiprofissional, para o desenvolvimento da atividade. Vê o local de atuação como o cenário das práticas, seu território de aplicação da teoria, que muitas vezes chega a ser um acúmulo sistemático de informações (CECCIM e FEUERWERKER, 2004, p.49).

2.3.2 Educação Permanente

Vimos em seu histórico, que a EP percorre um longo caminho, inicialmente ideológico numa tentativa de oportunizar a continuidade dos estudos a todos os cidadãos, de forma que quem assim o quisesse poderia dar continuidade aos estudos e conseqüentemente desenvolver seu potencial profissional, sua vocação. Posteriormente há uma visão mais

mercadológica de seu uso quando posta aos trabalhadores com o objetivo de aumentar a produtividade conforme a inovação tecnológica, principalmente nas indústrias, que atendia ao crescimento econômico de toda uma região e país da época.

Miccas e Batista (2014) afirmam que essa continuidade de formação deve estar em conformidade com a realidade local do profissional de saúde, necessita de um planejamento que resulte de esforços multissetoriais entre saúde, educação, trabalho e finanças com a articulação de atores governamentais e não-governamentais. A realidade local está apreendida e posta pelos profissionais durante as reuniões de EPS que geram modelos de atuação multiprofissional de intervenção eficaz e não adaptado a ela. Enfatizam que a aprendizagem se faz por meio da “ação-reflexão-ação” que possui características do compromisso e de uma auto implicação do conhecimento do profissional sobre o seu território de atuação, sendo a “aprendizagem significativa” proposta na PNEPS (MICCAS e BATISTA, 2014, p.173).

Com o objetivo de aprimorar a formação em saúde, a EP tem como foco as atividades desenvolvidas pela equipe multiprofissional durante seu processo de trabalho cotidiano, é entendida e percebida como uma ferramenta de uso educacional atrelada à realidade vivida no ambiente laboral, ao respeito pela experiência dos sujeitos envolvidos, e que esta vivência pode representar em melhorias no desenvolvimento do trabalho em si. Não apenas ao otimizar o tempo de trabalho, mas também ao promover melhorias na qualidade deste ambiente laboral.

Especificamente dentro da área da saúde, surge com o objetivo de transformar o processo de trabalho para gerar um melhor cuidado em saúde ofertado à população atendida. Necessita, ainda assim, considerar questões importantes do mundo do trabalho, como a mobilização de poder e gestão, conforme atividade técnica e política desenvolvida, assim como a representação social desta atividade, ou deste programa, dentro do local de trabalho. Segundo Motta e Ribeiro (1996, p. 4)

A educação permanente em saúde (EPS) tem como objeto de transformação o processo de trabalho, orientado para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde. Parte, portanto, da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado.

Demarcam, ainda, que é preciso avaliar duas questões consideradas importantes para o sucesso da EPS que deve ir além do processo educativo: as representações sociais sobre este trabalho e as organizações do mundo do trabalho. Entendem que a EPS deve ser pensada

como uma intervenção que desloca saberes acumula ou não conhecimentos em um ou outro grupo da organização, ao mobilizar poder; pode ser situada como atividade técnica e política em sua dimensão estratégica. Não seria, portanto, tarefa exclusiva dos educadores, mas responsabilidade das instâncias e unidades técnico-políticas de gestão dos serviços de saúde. Em relação a isto Ricardo Ceccim (2004/2005, p.161), enfatiza que

A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes – às práticas organizacionais – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde.

A EP promove uma mudança na forma de capacitar os trabalhadores, e tem como ponto de partida o conhecimento do cotidiano do serviço por meio da problematização da prática/ação na busca do desenvolvimento de novas ações, pois o local de trabalho também é lugar de aprender, principalmente na área de saúde quando se deve considerar todo um contexto, a unidade de serviço de saúde e os aspectos socioeconômico-culturais do território em que se insere.

Franco, Chagas e Franco (2012) atentam que inicialmente não há um plano, um método específico, as discussões devem ser baseadas em temas que surjam do coletivo, e por meio destas discussões sejam traçados caminhos que guiem o trabalho e as práticas da equipe, com uma “ideia geral de produção de sujeitos implicados com sua prática e a mudança no SUS”, pois a práxis advinda da criação do conhecimento da prática pela prática, também forma e transforma o próprio sujeito, além de transformar a realidade. Alertam que esta metodologia deve ser potente o suficiente para alcançar seu objetivo, e que neste processo de ensino-aprendizagem da formação em saúde, há o desafio de incorporar as demandas sociais que possibilite a criação de um modelo de atenção usuário-centrado, “em defesa da vida individual e coletiva”. Acreditam que este seja um processo possível por meio de uma pedagogia que chamam de implicação, ao provocar uma “auto interrogação” do agir ético-político na produção do cuidado em saúde no âmbito individual e coletivo. “Os atos profissionais são fortemente definidos por uma ética, um modo de agir pautado no que cada um tem como valor para si, e que é singular, ou seja, os sentidos para o ato de cuidar podem ser muito diferentes de um trabalhador para o outro”. (FRANCO, CHAGAS, FRANCO, 2012, p. 2)

Em relação a esta prática pedagógica Ceccim (2005, p.175) enfatiza que esta deve estar adequada a uma noção de “gestão de coletivos loco regionais em articulação interinstitucional”, o aprender a aprender com protagonismo multiprofissional e coletivo, quando coexiste no trabalhador o aprendiz e o profissional. Enfatiza que esta educação deve ser capaz de promover uma formação e um desenvolvimento com foco nos processos individuais, coletivos e institucionais, de promover uma produção de ferramentas às práticas em saúde que sejam inovadoras dentro de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar.

Meyer, Félix e Vasconcelos (2013) veem a EP como uma estratégia política e metodológica interessante, pois permite e promove a interlocução dos diversos atores dos serviços de saúde inventar respostas aos problemas apresentados como também inserir novos problemas para o trabalho e para a formação em saúde, sem que percam a condição de aprendizes. Ressaltam ainda, que nos espaços institucionalizados é possível entender os movimentos de criação como algo pertencente ao cotidiano dos serviços, processo de trabalho, práticas de cuidado e da gestão em saúde.

Temos, portanto, que a educação em saúde tem como objetivo maior, independente do modelo, transformar os saberes existentes. A prática educativa prima por um desenvolvimento da autonomia e responsabilidade dos indivíduos com o cuidado da saúde por meio do desenvolvimento da compreensão da situação de saúde, assim como, pretende-se que estas práticas sejam emancipatórias. Por meio da valorização do diálogo, cujo foco seja o conhecimento do processo saúde-doença-cuidado, que dê condições para que os indivíduos também decidam sobre como irão “promover, manter e recuperar sua saúde”. (SOUZA e JACOBINA, 2009, p.624)

Consideramos também que esta forma contemporânea de se educar em saúde, com uma metodologia de ensino-aprendizagem dialógica e participativa inseridas nos currículos da EC e da EPS, baseia-se nos moldes da educação popular de Paulo Freire, por ser considerada “mais adequada às necessidades de saúde individuais e coletivas, na perspectiva da equidade e da integralidade” (FALKENBERG et al, 2013, p.851).

Freire (2005) defende uma educação que emancipe, que possibilite a criticidade, a problematização para uma análise profunda dos problemas, na qual o educador tem o papel de mediador. Considera que o ser humano é capaz de mudar as coisas, que ele deve atentar para uma configuração de mundo que pode ser transformada, que há a necessidade de se olhar o mundo como possibilidade, e que esta transformação só se dá pela ação. Enfatiza que a autonomia almejada por meio da educação em saúde que envolve usuários e profissionais de

saúde, e uma das grandes finalidades da educação, entendida também como autodeterminação ao possibilitar que o ser humano tenha condições de optar.

Para o desenvolvimento desta educação com metodologias ativas, exige que se façam mudanças institucionais que envolvem a subjetividade e a afetividade, pessoais e profissionais que podem ser conflituosas e complexas, assim como assumir que há a necessidade de capacitar docentes efetivos e produtivos se torna um desafio que gera tensão, mas também oportuniza a necessidade e o poder criativo de cada um em ouvir o outro. (BATISTA e GONÇALVES,2011, p.897)

E neste ouvir o outro, também pode-se inserir a importância da participação do controle social no SUS, enquanto um direito e dever da sociedade de participar do debate e da decisão sobre a formulação da política nacional de saúde, por meio dos conselhos e das conferências de saúde. Na proposta de política de saúde brasileira, a participação do controle social está prevista desde o início das reformulações das regulamentações para a formação em saúde. Deve atender aos interesses coletivos e à construção de práticas e saberes em saúde (CECCIM e FEUERWEKER, 2004, p. 48-49).

3 – O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO E A CIES

Consideramos pertinente apresentarmos de forma breve como se deu a Regionalização dentro do atual sistema de saúde brasileiro, e descrevermos a organização e o atual posicionamento hierárquico de uma CIES, e por último falamos sobre a instituição formadora e a EP.

3.1 – Regionalização

Devido a modificação das demandas sociais tais como saúde e educação, e a complexidade da gestão pública, dividida em diversas escalas (com o objetivo de atender a estas demandas), a regionalidade tem destaque. Com o entendimento do espaço que se habita, reconhece à possibilidade de se desenvolver com base em ações regionais que identifica

determinações político-processuais, a regionalidade apresenta-se como um eixo para um desenvolvimento mais equitativo (FRANÇA et al, 2012).

A territorialidade política se caracteriza na medida em que os atores sociais daquele contexto discutem e negociam posições na tentativa de acomodar os interesses dos municípios que defendem ou representam, bem como, a contextualização das demandas dos municípios integrados ao princípio da regionalidade. (FRANÇA et al, 2012, p.125)

No documento publicado em dezembro de 1990, intitulado “ABC do SUS- Doutrinas e Princípios”, dentre os princípios que regem a organização do SUS estão a Regionalização/Hierarquização, assim definidos:

Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida, isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade (solução de problemas). [...]

A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade. (BRASIL MS, 1990, p.5)

França et al (2012, p.121) atentam para o fato de que a territorialidade que foi estabelecida pela política de descentralização, gera a aproximação dos municípios da região por meio de uma integração com o estabelecimento de uma nova relação entre os governos local e estadual, percepção de pertencimento a um grupo que possui necessidades similares.

A implantação da regionalização aconteceu de forma gradual, pois havia o fortalecimento do processo de descentralização dos serviços de saúde, sem que houvesse uma necessária correspondência com a temática da regionalização. (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/descentralizacao/inf_est_regional.php em 06/09/2015). A descentralização “é entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto” (BRASIL/MS 1990, p. 5). Os municípios ficam com a responsabilidade de realizar a promoção das ações de saúde de seus cidadãos.

Sauter et al (2012) salientam que para alguns autores a descentralização e a regionalização fragmentaram, ao longo dos anos, os serviços de saúde com perdas na qualidade e na assistência. Ressaltam que a descentralização apesar de ter fortalecido a entrada de diferentes atores na formulação e execução das ações de saúde; dado maior democratização ao setor; ter possibilitado a melhoria de acessos às ações e serviços nos três níveis de complexidade e êxito no controle de doenças evitáveis, ela não impediu a “conformação de sistemas municipais de saúde fragmentados, atomizados, nem o aprofundamento das desigualdades na oferta e no acesso aos serviços, comprometendo a legitimidade do SUS” (SAUTER et al, 2012, p.268).

A regionalização auxilia os gestores de municípios menores, a garantirem acesso a alguns serviços de saúde que não existam em seus municípios, apresenta-se como uma alternativa de constante pactuação e negociação, que devem ser resolutivas. Desta forma, como estratégia às negociações e pactuações regionalizadas, foram criados os Consórcios Intermunicipais de Saúde, implementados por alguns municípios justamente para atender as necessidades de saúde da população, sendo de competência dos gestores a fiscalização e a regulação das operadoras do setor, assim como o atendimento ofertado e as relações tidas com os usuários.

Para Ouverney (2005, p. 93) existe necessidade de uma estruturação assistencial, que proporcione maior capacidade de integralidade entre as regiões/ microrregiões divididas em três subestratégias, sendo elas:

A primeira [...] homogeneização do acesso à média complexidade pela instituição de “módulos assistenciais”, [...] há um município-sede, habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM – ou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – GPAB-A, com capacidade para ofertar com suficiência um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos. [...]

A segunda [...] identificação das bases dos serviços especializados no interior dos módulos assistenciais que possam ser tomadas como centros de referência. [...] “municípios-pólo” e consistem em atores essenciais na ampliação do potencial de integralidade do sistema interno às regiões/ microrregiões. [...]

A terceira [...] obrigatoriedade de composição ascendente de complexidade por unidade territorial agregada.

Para que a regionalização alcance seus princípios e objetivos seria necessário o desenvolvimento de forma equitativa de seus principais eixos: o processo de territorialização e o de planejamento (OUVERNEY, 2005, p.95).

Em 2012, o MS institui a Resolução nº 4 de 19/07/2012, que dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do SUS, para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde (Portaria GM 366/GM/MS de 22/02/2006) e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP). Em seu Anexo I, dedica o Item 7, para discriminar as responsabilidades de cada ente federado em relação a Educação na Saúde.

O COAP surge em 2011 por meio do Decreto GM nº 7508, como um instrumento de gestão compartilhada regional, com a função de definir as responsabilidades de cada ente federativo no SUS, por meio de uma região de saúde, de uma organização que possua unidade conceitual. Este resultará da integração dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, fundamentado nas pactuações estabelecidas pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT). Estabelece de forma explicitada as diretrizes, metas e indicadores, a serem cumpridos dentro dos prazos pré-estabelecidos. O objetivo é de que o contrato garanta a gestão compartilhada na região com segurança jurídica, transparência e solidariedade, elementos considerados essenciais para garantir de forma efetiva o direito à saúde por meio do SUS à população brasileira. (MS/SGEP/GE COAP, 2011).

3.2 - Comissão Integração Ensino Serviço

Pizzianato et al (2012, p.171) descrevem que esta integração ensino-serviço como

[...] o trabalho coletivo pactuado, articulado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se aí os gestores, cuja finalidade é a qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, a excelência da formação profissional e o desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços.

A PNEPS descreve a CIES como uma instância regional, interinstitucional e intersetorial, que participa da formulação, condução e desenvolvimento da política. Entende-se que esse órgão atua diretamente com a maioria dos profissionais alocados principalmente na Atenção Básica, portanto lidam com o cotidiano e as necessidades de manutenção e melhoria da qualidade do cuidado em saúde ofertado à população.

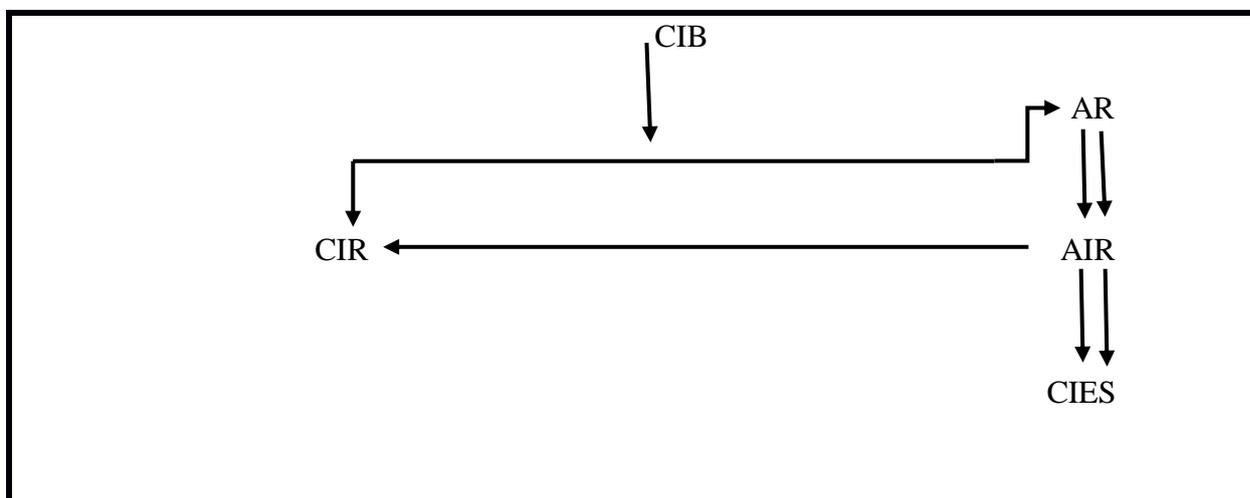
Conforme determinação na política deve ser composta por gestores municipais e estaduais de saúde e educação e/ou seus representantes; trabalhadores do SUS e/ou entidades

representativas, instituições de ensino com cursos na área da saúde por meio de seus distintos segmentos; representante de movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS. A representação de cada instituição na CIES Metro II inclui um titular e um suplente, podendo haver substituição a critério da instituição, a qualquer tempo do mandato.

A CIES tem por atribuição propor, elaborar, monitorar e avaliar os projetos de EPS implementados e fornecer informações a CIR, que possam orientar suas decisões em relação ao Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) (FERRAZ et al, 2013, p. 1684). Assim como descrito em seu Regimento Interno (2012), deve articular com instituições a fim de propor coordenadamente estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, incentivar a adesão cooperativa e solidária, pautados nos conceitos e princípios da EPS; da legislação vigente, e do PAREPS, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação; cooperar e apoiar os gestores na discussão sobre a EPS, propor intervenções nesse campo e no planejamento e desenvolvimento de ações que contribuam para o cumprimento das responsabilidades assumidas nos respectivos Termos de Compromisso de Gestão.

Atualmente no Estado do Rio de Janeiro, o posicionamento hierárquico da CIES encontra-se como na representação gráfica abaixo. Está diretamente submetida à Assessoria Intergestora Regional (AIR), que por sua vez está no mesmo nível que a Comissão Intergestora Regional (CIR) e submetida à Assessoria Regional (AR), todas submetidas à Comissão Intergestora Bipartite (CIB).

QUADRO II ORGANOGRAMA DA CIB



A CIB é a instância do Estado, como citado no item sobre a Regionalização, responsável pela negociação e com poder decisório em relação aos aspectos operacionais do SUS. Possui como eixo principal, a prática do planejamento integrado entre as instâncias de governo municipais e estaduais. As CIB's foram instituídas a partir de determinação da Portaria MS nº 545 de 20/05/1993, que também estabeleceu a Norma Operacional Básica SUS (NOB SUS) 01/93. No RJ foi criada a partir da Resolução SES/RJ nº 855 de 12/07/1993. São compostas paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde (SES) (22 membros) e do Cosems (22 membros), estas comissões se configuram no âmbito estadual. Conta também, com uma Câmara Técnica (CT) de trabalho, também composta de forma paritária (12 membros da SES e 12 do Cosems) que tem por objetivo assessorar a CIB na execução de atividades e serviços técnicos e administrativos. E conta, também, com a participação regular de um representante do MS - devido à rede de serviços públicos federais existentes no Estado - que possui direito a voz, mas não a voto.

Esta instância desempenha papel fundamental para a descentralização das ações e serviços de saúde e da organização do sistema de saúde estadual; incentiva a responsabilização dos municípios no exercício de suas funções gestoras. Definem os tetos financeiros municipais originados da transferência dos recursos federais, relacionados à assistência ambulatorial e hospitalar; julgam os processos para habilitação municipal nas diferentes condições gestoras propostas pela NOB SUS 01/96 vigente; definem critérios para alocação de recursos de investimento; julgam os processos para credenciamento de serviços de saúde no SUS em âmbito estadual, entre outros.

No caso das Comissões Intergestora Regionais (CIRs), são órgãos colegiados, não paritários, de natureza permanente vinculadas tecnicamente a CIB/RJ. Conforme o Art.3º do seu Regimento Interno de 2014, por meio da Deliberação CIB nº 2.917 de 14/05/2014 que aprova a sua revisão,

[...] caracterizam-se como instâncias privilegiadas de articulação interfederativa por cogestão solidária, através de negociação, proposição, pactuação e deliberação, por consenso, quanto aos aspectos operacionais do SUS e da organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, qualificando o processo de Planejamento Regional e de Descentralização no âmbito da Região de Saúde de sua abrangência.

São compostas pelos secretários de saúde dos municípios que pertencem a Região de Saúde, sendo um deles o vice-presidente regional do Cosems/RJ, um representante indicado

pelo Secretário Estadual de Saúde. Cada titular conta com um suplente formalmente designado.

Têm por atribuição instituir um processo de planejamento regional para a EPS, com a definição das prioridades, das responsabilidades de cada integrante e descrição do apoio para o processo de planejamento local, conforme as responsabilidades assumidas pelos entes federados integrantes nos Termos de Compromissos e nos Planos de Saúde.

Instituídas pela SES, as AR e AIR, têm como objetivo apoiar o processo de regionalização, possuem dentre suas atribuições duas que consideradas essenciais, como o acompanhamento da organização das regiões de saúde e a orientação e auxílio às CIR.

3.3 - A participação da instituição formadora na educação permanente dos profissionais de saúde

A PNEPS, instituída em 13 de fevereiro de 2004. Conforme citado anteriormente, se apresentou como uma política transversal para articular as estratégias de mudanças nos programas de educação em saúde e suas diretrizes propuseram a implantação dos Polos de Educação Permanente para o SUS, com a participação de representantes da gestão e de educadores, possuindo como principal atribuição detectar os problemas da formação e desenvolvimento em saúde de determinado território, e elaborar projetos que respondessem ao detectado (DIAS et al, 2013, p. 1616).

Dentre as prioridades dos Polos estava a articulação entre ensino e serviço, enquanto base para o desenvolvimento de iniciativas que minimizassem as lacunas do sistema, com a regionalização da gestão do SUS, há a proposição de uma interseção da formação com o trabalho. Quando criados pelo Ministério da Saúde (MS), os Polos de Educação Permanente, originários das Rodas de Conversa, possuíam natureza política e crítico-reflexiva, caracterizadas para a gestão colegiada, enquanto local de articulação interinstitucional e locorregional. Cabia à Roda, cartografar a realidade e operar processos pedagógicos de ordenamento da rede de atenção, da permeabilidade às práticas populares, de qualificação pela integralidade da atenção e de produção de aprendizagem significativa (CECCIM, 2004).

Os Polos surgiram comprometidos com o projeto ético-político da Reforma Sanitária Brasileira, ao propor a corresponsabilização entre a educação, a gestão, a atenção e o controle

social em âmbito locorregional. Alguns artigos apontam a importância da formação dos polos regionais de EPS, pois estes tinham como objetivo cumprir as diretrizes do SUS por meio da descentralização da PNEPS, em nível regional com a responsabilidade de identificar as necessidades do setor, estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais e formular políticas para as práticas de formação que visavam à transformação do cuidado em saúde constituindo-se como marcos de definição das políticas do setor e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde (MOROFUSE, 2009; FERRAZ, 2013; SOUZA, 2009).

Estiveram relacionados à integração entre universidade-serviço-comunidade, possibilitaram o conhecimento da realidade local, forneceram subsídios para prática crítico-reflexiva que facilitaram a implementação e o gerenciamento da EPS. (MICCAS e SILVA, 2013, p.179)

Em 2006 com a publicação do Pacto pela Saúde, e após debates entre os gestores do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) sobre a importância dos Polos e da necessidade de sua consolidação no âmbito do SUS, acrescido das recomendações da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (3ª Conagets), resultou no conteúdo da Portaria GM 1996 de 20/08/2007, na qual há a substituição da nomenclatura de Polos por Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES) vinculadas aos Colegiados de Gestão Regional em Saúde (CGRS).

Em 20 de Agosto de 2007, houve um novo desenho da política, quando substituiu os polos pelas CIES com uma redefinição de suas diretrizes. (DIAS et al, 2013, p. 1618). Suas principais diferenças estão relacionadas à condução/ organização; à sua composição e ao seu financiamento. Contudo essa mudança promoveu um envolvimento maior dos gestores nas discussões sobre a EPS, porém houve a perda do caráter de gestão colegiada quando “ se definiu que a aprovação das necessidades, propostas e ações de EPS” passariam a ser de responsabilidade da CIR e CIB, assim como a proposta de financiamento se tornou mais transparente, acessível a sua visualização (CORRÊA et al, 2013).

4 METODOLOGIA

4.1- Tipo de Estudo e Abordagem Metodológica

O referido estudo é uma pesquisa do tipo descritiva pois nos preocupamos com a realidade descrita em aspectos não quantificáveis, de abordagem qualitativa pois procuramos retratar a realidade por meio de valores e significados.

É do tipo descritiva, pois priorizamos a observação das similaridades encontradas nos diferentes conceitos sobre educação em saúde, mais especificamente sobre EC e EP, em diferentes territórios dentro da mesma região. Optamos por uma metodologia de análise para trabalhar as informações atuais e, os dilemas vivenciados pelos profissionais

A pesquisa qualitativa tem como objetivo o desenvolvimento de uma rica compreensão do fenômeno da forma como existe e é construído pelos indivíduos em seu próprio contexto (MINAYO, 2010; OLIVEIRA, 2000). Esta abordagem permite ajuste conforme descobrimentos durante a coleta de dados e exige a permanência do pesquisador em campo por muito tempo, pelo intenso envolvimento do mesmo com a pesquisa.

Segundo Triviños (1987, p.94) “o pesquisador está consciente de que nesse agrupamento humano existem problemas” e este tipo tende “à conscientização tanto do pesquisador como dos integrantes do grupo social, dos problemas que existem, das dificuldades que se apresentam, e de interesse coletivo, na vida das pessoas”. Tem-se a intenção de aprofundar o conhecimento, a partir de uma premissa, dentro “dos limites de uma realidade específica” (TRIVIÑOS, 1987, p.109).

4.2 -Aspectos Éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade – pela necessidade de realizar contato direto e pessoal com os participantes da pesquisa, e aprovado sob o nº 1.228.599. Por não haver um CEP específico ligado diretamente à instância de saúde pesquisada, não foi necessário solicitar autorização a outro CEP.

Conforme Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), assim como foram elaborados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TECLE) - Apêndices IV e V – que foi ofertado, lido e assinado pelos entrevistados. Houve a necessidade da elaboração de dois TECLE distintos, um para as entrevistas individuais e outro para observação não participante das reuniões.

4.3 Cenário da Pesquisa

O cenário escolhido para produção de dados foi a Comissão Integração Ensino-Serviço (CIES) da Região Metropolitana II (Metro II) do Estado do Rio de Janeiro, por meio de seus coordenadores.

Neste capítulo, apresentamos um breve histórico da CIES da Região – chamada Metro II -, de acordo com a divisão por áreas de saúde no Estado, que são as regionalizações.

Conforme dados produzidos via portal do IBGE em 12/10/2015, os municípios que compõem a Metro II possuem as seguintes características apresentadas no Quadro I abaixo:

QUADRO III DADOS DA REGIÃO METROPOLITANA II

Descrição/ Municípios	Itaboraí	Maricá	Niterói	São Gonçalo	Silva Jardim	Tanguá	Rio Bonito	Metro II
Área territorial (km ²)	430,374	362,571	133,916	247,709	937,547	145,503	456,455	2714,075
Estab de saúde SUS	62	26	87	194	19	10	35	433
IDHM	0,693	0,765	0,837	0,739	0,654	0,654	0,71	5,052
Pop estimada 2015	229.007	146.549	496.696	1.038.081	21.307	32.426	57.615	2.021.681
Dens.Demog (hab/km ²)	506,55	351,55	3.640,80	4.035,90	22,77	211,21	121,7	8890,48
Prof. Ed. em Saúde	7	9	9		1	2	2	
Eq.ESF. Afetadas	45		101		9	10		
Quant. Profissionais								

A CIES tem por finalidade ser responsável pelo apoio técnico, metodológico e assessorar a CIR Metro II/RJ, em conformidade com a PNEPS. Participar da formulação, condução e desenvolvimento desta política. E contribuir com a racionalização dos gastos e otimização dos recursos, a fim de possibilitar ganhos nas ações e serviços realizados.

Em relação ao seu funcionamento, esta comissão reúne-se ordinariamente uma vez ao mês, e extraordinariamente sempre que houver necessidade, porém, sempre acordada previamente pela plenária e com a presença de, no mínimo, metade mais um de seus integrantes. Podem participar das reuniões os membros titulares e/ou suplentes, bem como pessoas oficialmente convidadas. As decisões são tomadas por consenso, observado o quórum estabelecido. A coordenação é exercida por eleição ou consenso dos membros titulares ou suplentes participantes. No percurso desta pesquisa, no mês de setembro de 2015, houve substituição desta coordenação, a pedido do então coordenador e de forma consensual. O

momento foi aproveitado para definir que tal coordenação deveria ser breve, por aproximadamente 2 (dois) anos, para não sobrecarregar quem assumiu e dar oportunidade aos demais.

Atualmente a composição da CIES conta com a presença dos coordenadores de educação em saúde dos municípios da região, sendo eles: Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá; e da representação social de Tanguá e da UFF.

A CIES têm como norteador para a “construção e implementação de ações e intervenções na área de educação na saúde em resposta às necessidades do serviço” (PNEPS, 2007, p.21), o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS).

O Plano é elaborado em conjunto com a CIR e com apoio da CIES, em conformidade com o Sistema de Planejamento do SUS - Portaria MS nº 3332 de 28/12/2006 – de acordo com o Plano Regional de Saúde, deve conter: caracterização da região de saúde; identificação dos problemas de saúde; caracterização da necessidade de formação em saúde; os atores envolvidos; a relação entre os problemas e as necessidades de EPS; os produtos e resultados esperados; o processo de avaliação do plano e os recursos envolvidos para a execução do plano.

A elaboração do PAREPS nessa região estava em desenvolvimento quando da escolha pelo local da pesquisa. Em julho do mesmo ano (2015), o Plano foi entregue às representantes da CIR, durante reunião ordinária da CIES realizada em Tanguá, sendo o primeiro Plano Regional a ser entregue ao Estado, segundo suas representantes. Localizamos nesse fato um importante adendo à motivação para pesquisa por meio desta instância, pois estarão em análise os princípios, objetivos e metodologias para ratificação da PNEPS regionalmente.

4.4 Participantes da Pesquisa

Realizamos as entrevistas desta pesquisa, com os responsáveis pelos programas de educação em saúde de cada um dos municípios integrantes da CIES Metro II, com o representante da Universidade Federal Fluminense, única instituição de ensino participante atualmente, porém não houve disponibilidade de data para entrevista com o representante do controle social.

Ao todo foram realizadas 8 (oito) entrevistas, todos receberam o TCLE e após terem lido e assinado, receberam uma via do documento, apenas dois dos entrevistados, preferiram que suas entrevistas não fossem gravadas.

4.5 Produção de Dados

Como o objetivo deste estudo foi o de conhecer as concepções que os gestores/responsáveis pela EPS possuem sobre a EP e EC nos municípios da Metro II, realizou-se uma pesquisa por meio de uma revisão documental nas Atas no período de 2010 a 2015, e bibliográfica principalmente em artigos cujo tema estivesse relacionado com esta pesquisa, onde se buscou uma retrospectiva histórica da implantação da PNEPS e da CIES.

Para aprofundar as discussões sobre EP e EC foi realizada uma seleção de artigos na base de dados da Bireme, por meio das palavras-chave sintetizadas no Quadro IV – Identificação dos Filtros e Critérios de Seleção de Artigos, sendo encontrados 272 artigos, com o objetivo de verificar o que havia de produção dentro da temática abordada neste estudo, como o tema tem sido tratado e principalmente os resultados aos quais estes estudos chegaram, e que serviram de base ao que se pesquisou. Após a seleção foram excluídos 230 artigos, dos 42 artigos restantes, houve uma dificuldade em acessar ou mesmo adquirir alguns, portanto apenas os que se encontram no Quadro V – Artigos Selecionados, descritos foram utilizados.

Ademais, foi realizada entrevista com os integrantes da CIES Metro II, visto que a entrevista é “destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa. [...] como fonte de informação fornece dados secundários e primários” (MINAYO, 2010, p.261-262). Portanto as entrevistas forneceram os dados necessários para obtenção do panorama desejado em tempo real. Pois, conforme reflexão de Minayo (2010): “São informações que tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia e a que os cientistas costumam denominar “subjetivos” e só podem ser conseguidos com a contribuição da pessoa. Constituem uma representação da realidade [...]” (MINAYO 2010, p.262).

Utilizou-se uma entrevista semiestruturada – Apêndice III, uma vez que este tipo de abordagem é facilitada por dar abertura ao entrevistado de apresentar suas reflexões sobre o tema abordado, assim como assegura que as premissas surjam sem o direcionamento do entrevistador (MINAYO, 2010, p.267). As entrevistas foram realizadas em locais, datas e

horários distintos, no período de Setembro a Outubro de 2015, conforme disponibilidade de cada entrevistado. Foi fornecido o TCLE, a cada um deles que os preencheram e assinaram conforme a opção que fizeram, com autorização para realizar a gravação ou não das entrevistas. As perguntas contidas do Roteiro de Entrevistas, tinham por objetivo conhecer e responder aos objetivos geral e específicos.

Ademais, fez-se o uso de uma observação não participante, ao comparecer às reuniões da CIES Metro II. Esta observação não participante possibilitou desvelar de forma aprofundada a realidade concreta por meio de uma relação passiva entre o que é objetivo no cotidiano do grupo, nas interações com a realidade vivenciada em seus municípios e, como esperado no projeto, surgiram pontos e ações convergentes e divergentes das leituras realizadas.

Para realizar a observação não participante, tornou-se necessária a presença da pesquisadora nas reuniões da CIES Metro II, onde foi possível produzir dados, por meio das situações apresentadas pelos integrantes, vivenciadas em suas cidades, seu posicionamento e interpretações dos demais sobre o assunto, com uso das anotações em diário de campo de pesquisa das observações de Setembro a Novembro. Entende-se que, apesar de o objetivo não ter sido o de interferir nas discussões da reunião, a presença de um pesquisador, por si só, já se torna ou pode ser percebida enquanto uma participação, apesar de passiva.

Como Foote-Whyte (1990, p.79) enfatiza há “a importância crucial de obter o apoio de indivíduos-chaves em todos os grupos ou organizações [...]”. Para tanto, foi realizada uma consulta prévia e verbal aos integrantes da CIES Metro II durante a reunião do dia 19/03/2015, que ocorreu no ISC/UFF, sobre a possibilidade de desenvolver a pesquisa por meio da instância e a disponibilidade destes em participar, houve concordância e boa receptividade dos presentes. Com a etapa de aceitação alcançada, outra etapa igualmente importante citada por Foote-Whyte (1990) que é a definição da posição do pesquisador também foi alcançada.

4.6 Tratamento dos Dados

Por se tratar de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa e que busca apresentar dados em tempo real, conseguidos por meio das entrevistas e da observação não participante, foi realizada uma análise de conteúdo de todo material produzido.

Segundo Minayo (2010) a

análise de conteúdo diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos. (MINAYO, 2010, p.303)

Dentre as modalidades de análise de conteúdo indicadas por Minayo (2010) optamos pela análise temática, pois segundo a autora a mesma está ligada a uma afirmação sobre determinado assunto, que pode conter uma quantidade de relações e pode ser graficamente apresentada por meio de palavras, frases ou resumo. Nossa análise se baseia nas orientações de Laurence Bardin.

Bardin (2011) ressalta que a partir da enumeração temática é possível levantar as atitudes em cada unidade de codificação; ressalta que a análise pormenorizada dos temas indica valores de referência e modelos de comportamento que existem no discurso (BARDIN, 2011, p.81-83)

A autora orienta a dividir o texto em temas principais, desta forma dividimos a análise conforme os temas das perguntas realizadas durante as entrevistas, analisamos alguns aspectos específicos e diretamente relacionados com os objetivos da pesquisa, pois verificamos que tínhamos resultados significativos, fiéis e alguns referentes a descobertas inesperadas (BARDIN, 2011, p.100;120;131).

Em relação a codificação, a autora esclarece, que esta deve corresponder a uma transformação dos dados produzidos do texto, de forma a permitir atingir uma representação de todo seu conteúdo. E o tema seria uma unidade de significação que surge do texto analisado. Ressalta que este tipo de análise consiste em descobrir “núcleos de sentido”, presentes e/ou frequentes que tenham relação com o objetivo, lembra que é necessário que esta codificação faça referência ao contexto próximo ou distante (BARDIN, 2011, p.133-137).

5 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste item apresentamos os resultados obtidos em cada uma das etapas desta pesquisa. Os resultados obtidos com a pesquisa dos artigos publicados relacionados ao tema, que chamamos de Artigos Selecionados; a análise do conteúdo das entrevistas realizadas com

cada um dos representantes/ coordenadores; a descrição da observação não participante, assim como a discussão, de forma a apresentar todos os resultados e a atender os objetivos da pesquisa.

No Quadro IV - Identificação dos Filtros e Critérios de Seleção dos Artigos, pode-se perceber que encontramos poucas produções relacionadas à temática da pesquisa. Os critérios foram escolhidos com o objetivo de filtrar as produções que tivessem afinidade com o tema, para possibilitar uma reflexão, um refinamento e principalmente um conhecimento do que tem sido implementado e seus resultados após a publicação da PNEPS e suas diretrizes.

Dentre os critérios de exclusão, não foram selecionados os artigos que se apresentaram restritos à didática dos programas de Educação em Saúde, com especificidades muito locais e que não se relacionam com o tema desta pesquisa.

QUADRO IV IDENTIFICAÇÃO DOS FILTROS E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS ARTIGOS

Filtros						
Especificação	Palavra-chave	Base de dados	País/ região como assunto	Assunto principal	Tipo de documento	País de afiliação
Tipo	*Educação permanente em saúde	*Lilacs *PAHO	Brasil	*Educação em saúde *Educação continuada *Política de Saúde Gestão	*Artigo *Tese *Monografia	Brasil
Critérios de Exclusão						
Especificação	Oficinas de unidade de saúde	Outro foco em educação em saúde	Estudo de caso	Outros estudos	Material de formação/ experiência de formação	Total
Quant.	25	38	74	54	39	230

Critérios de Inclusão					
Especificação	Conceituação e diferenciação: EP e EC	Implantação/ Implementação da EP	Gestão	Análise da PNEPS	Análise dos Resultados da Implementação da ES
Quant	6	11	5	7	5

No Quadro V – Artigos Selecionados, são apresentados alguns artigos que atendem aos critérios de inclusão. Nesse Quadro estão seus títulos, autores, locais e anos de pesquisa e publicação, assim como uma breve apresentação dos desenhos, objetivos e conclusões.

Percebemos a relevância e a dificuldade, em encontrar artigos e trabalhos que apresentem as experiências vivenciadas e estratégias adotadas, pelas CIES de outros Estados e municípios, que abordem a implementação e o desenvolvimento da PNEPS. Assim como os que abordem a questão da formação acadêmica dos responsáveis por essa implementação e desenvolvimento.

Observamos que em sua maioria, os autores são enfermeiros e que as pesquisas se referem a experiências no desenvolvimento desta profissão, o que nos remete a reflexão sobre a dificuldade da discussão do processo de trabalho multiprofissional e baixa disponibilidade de informação específica relacionada a atuação e responsabilidades dos demais profissionais da área com a Educação em Saúde.

Apesar deste panorama, os artigos que abordam de forma generalizada a PNEPS, CIES e a formação em saúde, são contemporâneos e auxiliaram de forma positiva a compreensão do tema pesquisado, e a análise dos dados produzidos.

QUADRO V ARTIGOS SELECIONADOS

1º autor, ano, local de publicação	Lugar, ano realização e pop. estudo	Desenho do estudo e objetivo do artigo	Conclusões do artigo
Guimarães, R. A., UFG,	Recanto Minas Gerais, profissionais da UBASF/RMG	Pesquisa qualitativa. Relato de experiência com implementação de oficinas de integração ensino-serviço-comunidade com 3 equipes da SF	Mudança do foco do trabalho, percepção do trabalho em equipe, necessidade de estratégias para adesão dos profissionais.
Batista, K. B. C. 2011, SP	São Paulo	Pesquisa qualitativa. Retrospectiva/recuperação histórica dos marcos das propostas de educação na saúde para profissionais do SUS	Desafios: trabalhar pedagogicamente com metodologias ativas, exigência de mudanças institucionais, profissionais e pessoais difíceis, conflituosas e complexas; admitir a necessidade de capacitação e promover processos de capacitação docentes efetivos e produtivos, o significado e o cuidado devem estar presentes; reconhecer as necessidades e o poder criativo de cada um, ouvir.
Miccas, F. L. 2014, SP.	UFSP. Santos. São Paulo. 2012.	Pesquisa qualitativa. Busca bibliográfica de artigos originais nas bases de dados da PubMed, Web of Science, Lilacs, IBECs e Scielo. Realizar a metassíntese da literatura sobre os principais conceitos e práticas relacionados à educação permanente em saúde.	Encontrada articulação de educação e saúde pautada nas ações dos serviços e da gestão e instituições formadoras. Desafio: implementar processo de ensino-aprendizagem baseados em ações crítico-reflexivas; necessidade de propostas de EPS com participação de profissionais dos serviços, professores e profissionais das instituições de ensino.
Falkenberg, M B. 2014.UnB.	UNB. Brasília/DF. 2013	Pesquisa qualitativa. Analisar os conceitos-chave relativos à Educação em Saúde e Educação na saúde e suas interfaces no campo da saúde coletiva; distinguir as variantes.	Deve ser enfatizada a EPS, buscando ações direcionadas a qualificação dos processos de trabalho em saúde considerando as especificidades locais e as necessidades do trabalho real.

1º autor, ano, local de publicação	Lugar, ano realização e pop. estudo	Desenho do estudo e objetivo do artigo	Conclusões do artigo
Paschoal, A S. 2005. Ver. Esc. Enf. USP.	HU.2004. Enfermeiras	Pesquisa qualitativa. Uso do grupo focal com enfermeiros de um hospital de ensino, uso da técnica de DSC para análise.	Os enfermeiros diferenciaram os termos EP, EC e ES, construindo conceitos próprios, ressaltando a diferenciação para definir o tipo de ação a ser tomada diante da necessidade educativa.
Franco, T B. 2012. SP	Volta Redonda/RJ. 2012. Gerentes das UBS.	Pesquisa qualitativa. Reuniões bimensais com os gerentes, utilizando as ferramentas de problematização sobre os serviços, analisadoras dos processos de trabalho; estudos de caso e conceitos.	A EP abre a possibilidade de aprendizagem com o próprio trabalho, por meio da pedagogia ativa; pode ser apropriada para qualquer fim como dispositivo de mudança; produção de um novo sujeito pelo seu método e sua capacidade de operar processos de produção do conhecimento, de nova subjetividade.
Medeiros, A C de. 2008. REBEEEn/DF	HU/RS. Jul-Agt/2007. Enfermeiras	Pesquisa qualitativa. Conhecer as estratégias de gestão, com base na EPS. Utilizada o método de Círculo de Cultura de Freire.	As estratégias evidenciadas estão articuladas à proposta da EPS após análise das estratégias do planejamento participativo e da tomada de decisão. A articulação obtida com os diálogos e a problematização das práticas, desenvolvem ações voltadas as necessidades da clientela e do trabalho em equipe.
Ferraz, F. 2013. Ciencia&Saúde Coletiva.	Santa Catarina. 2009. CIES.	Pesquisa qualitativa. Pesquisa participante. Analisar como ocorre a gestão dos recursos financeiros da PNEPS em duas CIES.	Não há como manter uma ação continuada de processos de mudança se os aspectos relativos ao financiamento ainda se configuram como entrave. Realidade que pode estar sendo vivida em todo país.
Meyer, D.E. 2013. Interface. Botucatu.	Amazonas. Serviço de Saúde Público. Usuários e profissionais.	Reflexão sobre as práticas do cuidado e de gestão em saúde, no cruzamento entre as áreas da educação e da saúde.	Necessidade de refletir coletivamente sobre as decisões tomadas no cotidiano, seus reflexos e impactos, ao cuidado ofertado à população usuária dos serviços assim como dos processos de trabalho desempenhados.

1º autor, ano, local de publicação	Lugar, ano realização e pop. estudo	Desenho do estudo e objetivo do artigo	Conclusões do artigo
Massaroli, A. 2005. Univali/SC.	Itajaí. 2005. Revisão de literatura.	Revisão de literatura, afim de apresentar as aproximações ou distanciamentos entre EC e EPS.	Ainda há necessidade de maiores estudos, porém a proposta do MS ampliou o significado da EPS por meio das metodologias participativas.
Murofuse, N.T. 2009. Rev. Latino-Am Enfermagem	10ªReg.Saúde do Paraná. Out 2006/Mar 2007. Trabalhadores da rede pública.	Pesquisa exploratória por meio do Pólo Regional de EPS, com abordagem quali/quantitativa. Com aplicação de questionário e análise documental, buscando identificar as necessidades	Necessidade que o Pólo defina claramente aos órgãos de gestão e de formação em saúde, sobre a política adotada; a formulação de uma política para a EPS regional; estabelecimento de prioridades para atuação a curto, médio e longo prazos.
Figueiredo, R.C. 2014. Araguaína/GO	Goiás. UFG. Revisão de literatura.	Pesquisa exploratória-descritiva, qualitativa, análise de conteúdo de uma revisão de literatura sobre os principais desafios e perspectivas da EPS na atenção primária.	Verificaram a necessidade de esclarecer os propósitos da EPS a fim de promover um programa de educação contínuo dos profissionais de saúde, com aprimoramento da formação e consequente cuidado em saúde. Necessidade de avaliar a efetividade das práticas da EPS na atenção primária, identificar suas dificuldades e desafios.
Nascimento, F.D. 2013. Brasília	RJ. 2013. Estudo bibliográfico. Ensp/RJ	Estudo bibliográfico de artigos e livros, a fim de caracterizar as práticas de EPS nos serviços de saúde.	Evidencia da capacidade pedagógica da EPS, no processo de formação dos profissionais de saúde superando o modelo biomédico, e de transformação dos processos de trabalho destes; necessidade de construir e gerenciar sistemas de avaliação, de práticas que considerem a organização do trabalho, assim como o apoio da gestão para institucionalização da EPS.
Souza, I.P.M.A. 2009. Bahia.	Bahia. 2009. Revisão literatura.	Estudo bibliográfico e descritivo sobre a análise histórica das práticas de educação em saúde no Brasil República.	Apesar do período político – histórico ser outro, atualmente tem-se uma nova concepção de educação em saúde, porém há um descompasso entre a teoria e a prática, o que mantém nas atividades educativas nos serviços de saúde práticas de caráter higienista, imperativo e de transmissão vertical do conhecimento.

1º autor, ano, local de publicação	Lugar, ano realização e pop. estudo	Desenho do estudo e objetivo do artigo	Conclusões do artigo
Lima, J.V.C. 2010. Rio de Janeiro	Rio de Janeiro. 2009. Profissionais de saúde de Londrina.	Pesquisa quanti-quali, com coleta de dados por meio de grupo focal e entrevista, uso do Epi Info. Visando analisar as contribuições do curso de facilitadores de EPS ministrado.	A principal contribuição foi em relação a uma prática mais humanizada e acolhedora dos profissionais de saúde (gestão e cuidado). Dentre as facilidades e dificuldades foram identificados: garantia de espaço, tempo, material, apoio, motivação, interesse e participação.
Pinafo, E. 2011. Rio de Janeiro.	Santa Mariana/Paraná. 2009. 14 Profissionais de Saúde de 2 equipes de Saúde da Família	Pesquisa qualitativa, baseado na análise de discurso; coleta de dados por meio de observações e entrevistas; objetivando analisar as concepções de educação em saúde desses profissionais, e pensar criticamente a relação estabelecida entre a prática de educação em saúde e o discurso destes.	Verificado que o discurso difere da prática, reconhecem a viabilidade do aprendizado mútuo, mas prevalece a relação vertical, há a necessidade de incorporar esse discurso, de valorizar o profissional como propulsor de transformações na prática educativa e no modelo de atenção, assim como reconhecer o usuário como atuante e interventor na própria realidade.
Ferreira, V.F. 2014. Rio de Janeiro	Pará. 2012. Revisão Integrativa.	Pesquisa qualitativa, revisão integrativa de artigos, a fim de conhecer e analisar as diferentes contribuições científicas disponíveis sobre educação em saúde e cidadania.	Verificado a importância dos movimentos sociais no processo histórico da educação em saúde; a EPS enquanto proporcionadora da construção de novos saberes, unindo os científicos e os populares; e educação em saúde como prática que emancipa o sujeito e gera cidadania.

Nas entrevistas, foi possível ter uma ideia de como se dá a institucionalização de uma política de governo, as concepções e visões da PNEPS, que imprime de forma enfática uma mudança na organização e condução dos recursos humanos, e de suas práticas por meio dos responsáveis por sua implementação e desenvolvimento, em âmbito municipal. Observamos que alguns assuntos não previstos no Roteiro se fizeram presentes em diversas falas e são apresentados nesta análise. Estes permeiam o cotidiano dos coordenadores, têm sua relevância e influenciam o desenvolvimento do trabalho na área da Educação em Saúde.

Apresentamos as falas coletadas nas entrevistas, dispostas em quadros organizados pelos temas principais, que referem-se às perguntas do Roteiro de Entrevistas, agrupadas por seus respectivos núcleos de sentido, e logo após estes encontram-se as discussões pertinentes a cada um. A identificação das falas enquanto “Fonte” refere-se aos Entrevistados, enumeradas aleatoriamente de E1 a E8, como forma de garantir o anonimato das falas que serão apresentadas/ citadas.

Tema: Formação Profissional

Fonte: Entrevistados

No grupo estudado, todos possuem formação em nível superior, em sua maioria cursos de graduação específicos da área de saúde, com apenas 25% (vinte e cinco por cento) dos participantes com formação em outras áreas, mas todos possuem especialização em curso relacionado à Educação em Saúde. Embora saibamos que o fato de terem formação superior na área de saúde, auxilia na condução da coordenação da equipe, na organização e no planejamento das ações. Mas que nesse grupo em especial não se fez essencial, já que todos possuem comprometimento com a função que exercem.

Ao realizar busca nas bases de dados da BVMS e da Scielo, por artigos que tratem desta questão específica do tipo de formação dos coordenadores de EP, não obtivemos êxito, o que nos remete a reflexão sobre a importância dada a formação desse profissional, normalmente indicado para o cargo. Podemos observar que não há um perfil específico, ou mesmo que esta indicação se baseia ou não, na experiência profissional dentro da área de saúde.

QUADRO VI TEMA: MOTIVAÇÃO PARA TRABALHAR EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Fonte: Entrevistados

Nº	Núcleo de Sentido	Fala
1	Automotivação	Perfil próprio. Possui gosto pela educação. Multiplicar e incentivar multiplicadores (E8)
		“Gosto muito da área do ensino” (E3)
2	Atualização	“[...] a atuar com os alunos, estar com aluno procurando reciclar, estar atualizado” (E3)

Contudo, todos relataram ter uma alguma experiência anterior, uma motivação pessoal descoberta durante atuação profissional em outro local de trabalho ou no atual, para atuar com Educação em Saúde e acreditam que este é um caminho para que se alcance um desenvolvimento adequado da equipe multiprofissional e do seu processo de trabalho. Enfatizam ainda, a oportunidade de poder estar atualizado com as temáticas oriundas das demandas trazidas por alunos ou por outros profissionais como as apresentadas nas falas do Item 1, assim como da importância da atualização, da reciclagem do aprendido, apresentado na fala do Item 2.

As demandas apresentadas pelos alunos e por outros profissionais impõem um movimento de reflexão crítica, de saída de sua zona de conforto do saber. Vivemos em uma sociedade que está constantemente em transformação, em transição como disse Freire (1977), este ainda afirma que a educação deve ser capaz de colaborar para uma organização reflexiva do pensamento, que proporcione tomadas de posição integradas a realidade vivenciada de forma predominantemente crítica.

Essa predisposição deve ser aproveitada para elaboração e afirmação de parcerias com as instituições de ensino locais e regionais, não apenas enquanto oferta de campo de estágio, mas também para execução de seminários, fóruns de debate, pesquisas pertinentes à saúde na Região. Conforme indicação da PNEPS e do COAP, para o estabelecimento das relações interinstitucionais dentro da região, que gere a integração entre universidade-serviço-comunidade.

Miccas e Batista (2013) observam que a CIES promove uma articulação entre os profissionais e professores das instituições de ensino e os profissionais de saúde, com o objetivo de incorporar mudanças no ensino e na estrutura do trabalho baseados nas ações dos serviços de saúde e da gestão.

As leituras dos artigos selecionados realizadas apresentaram a preocupação da necessidade de aprofundar o conhecimento sobre os aspectos didático-pedagógicos dos programas de EPS, assim como reconhecer sua correlação com a qualidade da prática do cuidado em saúde realizada no cotidiano dos serviços (BATISTA, 2011; FIGUEIREDO, 2014; NASICMENTO, 2013; MASSAROLI, 2005)

QUADRO VII TEMA: PRÁTICAS DE EP - DIFERENCIAÇÃO ENTRE EP E EC

Fonte: Entrevistados

Nº	Núcleos de Sentido	Fala
3	Pensar o trabalho pela EP	“É pensar a questão do seu processo de trabalho, como que você pensa a rede, o acesso do usuário, que está em determinado território, como estão sendo as nossas práticas com relação ao nosso usuário, ao nosso colega de trabalho, e trabalhando melhor esses conceitos a gente vai ter uma melhora nas nossas práticas” “[...] a questão não é ter só o conhecimento, mas o porquê dessa prática, a importância dela no meu processo de trabalho” (E4)
4	Foco da EP	“O foco dela é o serviço, a relação profissional – usuário - comunidade, o serviço como um todo” (E2)
5	Necessidade de desenvolver a EP	“Você estaria só para educação permanente, só para ajudar a refletir sobre o processo de trabalho, trazer uma montagem de fluxo conjunto, algo que não está sendo implementado aqui [...]” (E1)
6	Concepção de EC	“É você estar fazendo uma reciclagem, é você estar educando, dando conhecimento ao indivíduo para si próprio, como profissional” (E7) “Está muito vinculado a questão técnica, uma capacitação do conhecimento, uma atualização técnica” (E4) “[...] isso está muito ligado a parte de como você pode ter um trabalho melhor se você qualificar as pessoas que trabalham com você, isso faz todo sentido dentro de uma rede de saúde” (E3)
7	Concepção de EP	“[...] ela perpassa por todos os setores, ela é transversal em uma secretaria de saúde, ela não pertence só a atenção básica, aqui a gente tenta trabalhar ainda com as sementes anteriores, de que a ideia é a de que tem que ser transversal” (E3) “O que o debate dos anos 2000/ 2006 introduziu pra cá foi a ideia de que a EP faria diferença com esse tipo de formação que começou a ser chamada de EC, e a ideia da EP preveria não só um aspecto formativo, mas um aspecto reflexivo, [...] e de que maneira crítica ela poderia ser adotada ou não” (E6)

		“[...] insere equipe multiprofissional, com assuntos diversos, dinâmica ativa/ problematizadora/ participativa” (E8)
8	Sub reconhecimento da função	“[...] a gente tem até que estar voltando a nossa atenção à EP mesmo nas equipes, porque se não a gente fica só gerenciando curso, marcando, agenda Datashow, o espaço” (E7)

No quadro acima, onde temos a fala dos entrevistados sobre o desenvolvimento das práticas de EP dentro do município, apresentaram-se diferenciações interessantes entre suas visões, do que consideram importante e a compreensão que cada um deles têm sobre os objetivos da PNEPS. Exemplificado na fala do Item 3, na qual já se define uma concepção prática de conceito da EP, a partir do momento em que se pensa como esta deve ser desenvolvida. Na fala do Item 4 notamos a preocupação em dar uma diretriz, um foco a esta prática e quem são os atores envolvidos. Na fala do Item 5, temos um desdobramento, nuances que não haviam sido previstas, como é o caso da “Necessidade de Desenvolver a EP” dentro de um projeto que já exista, apresenta-se uma preocupação e possível exacerbação de como a EP deveria/ poderia ocorrer dentro daquele espaço, em dada atividade.

Alguns coordenadores admitem não haver condições para desenvolver a EP como se deveria, pois haveria a necessidade de dispensar mais tempo, pessoal ou mesmo recursos, para uma implementação e acompanhamento adequados. Observamos grande dificuldade na superação de questões intrínsecas ao próprio processo de trabalho. Vários autores, Batista (2011), Figueiredo (2014), Nascimento (2013), Massaroli (2005), Miccas (2014), Paschoal (2005) e Medeiros (2008), enfatizam que é preciso problematizar processos de trabalho que foram naturalizados ao longo do tempo, de forma a interferir na transformação do cotidiano. Assim como, a necessidade de articular as estratégias de EC e de EP, como meio de dar visibilidade e potencializar a abordagem político-pedagógica da qualificação profissional. Evidenciam ainda, a necessidade de estimular a discussão sobre as questões políticas da EPS, que visem identificar e diferenciar as práticas de EPS das de EC, junto aos profissionais e gestores. Assim como construir e gerenciar sistemas de avaliação a partir do trabalho como princípio educativo.

Alguns artigos também ratificam a importância da articulação entre trabalho em saúde e educação no trabalho como parte das estratégias para a transformação das práticas de saúde na atenção básica em saúde, a qual busca a integralidade nos seus serviços por meio do

vínculo entre a população atendida e os profissionais (GUIMARÃES, 2011; FALKENBERG, 2014; MEDEIROS, 2008; PINAFO, 2011)

Com relação às práticas, estratégias de desenvolvimento e concepções de EP e EC, verificamos que há uma similaridade com o que ocorre em outras instâncias, em outros Estados, que possuem realidades diferentes do Estado do Rio de Janeiro, conseqüentemente de região. Em relação às práticas, há uma preponderância da promoção de cursos que seriam da EC, e uma restrição de tempo e viabilidade para desenvolvimento da EP. E sobre as estratégias de desenvolvimento e as concepções sobre EC e EP, principalmente por parte dos gestores, essas similaridades alcançam o âmbito político-econômico-social, assim como sofre influência geográfica e demográfica quando retomamos a ideia da formação dos profissionais responsáveis, e das necessidades e situações de saúde de cada localidade. Ao refletir sobre a influência geográfica e demográfica da Metro II, temos municípios extensos e com diferentes proporções populacionais, o que influencia a organização e o desenvolvimentos destas práticas e, neste momento se faz primordial a presença da universidade nas reuniões da CIES, pois pode auxiliar no planejamento das estratégias a serem adotadas e desenvolvidas, assim como no desenvolvimento de cursos que atendam às especificidades da Região, pois está inserida na mesma realidade.

Os autores do campo, Batista (2011); Figueiredo (2014); Nascimento (2013) e Massaroli (2005), explicitam a necessidade de conhecer melhor as práticas didático-pedagógicas e a correlação com a qualidade dessa prática no cuidado em saúde, o que apresenta coerência com os relatos apresentados em algumas entrevistas, principalmente nos Itens 3 - Pensar o Trabalho pela EP, 4 - Foco da EP e 5 - Necessidade de Desenvolver a EP, quando aparecem a preocupação em pensar a metodologia a ser utilizada para a realização da EP, ao foco que esta deve ter e a necessidade de seu desenvolvimento e entendimento pelos que são/ serão afetados por ela, o que remete também a uma preocupação em manter toda a equipe de saúde, no mesmo nível de conhecimento, atuação e atenção com o cuidado em saúde dispensado aos usuários, e de forma referenciada.

Tanto nas entrevistas quanto nas reuniões mensais frequentadas, enquanto observadora não participante, foi percebido que há uma preocupação constante em manter uma qualidade no desenvolvimento do trabalho proposto, tal como observado em relação ao conteúdo e profissionais que ministrariam cursos, considerados necessários e essenciais para atender a demanda da região. As estratégias para a realização das práticas em EPS/ EC, que os

coordenadores buscam desenvolver para uma efetiva integralidade das ações das equipes nos serviços, como a necessidade de incorporar e enfatizar o discurso sobre a EPS, e aplica-lo no dia-a-dia, assim como o uso de um planejamento participativo, dos diálogos com a comunidade e da problematização das práticas, também são estratégias citadas como efetivas por Falkenberg (2014), Medeiros (2008) e Pinafo (2011) em seus artigos.

Assim como a organização em Grupos de Trabalho (GT) realizados a partir das demandas regionais, conforme orientado na PNEPS e no Regimento Interno da CIES, com o objetivo de direcionar, agilizar e desenvolver atividades de responsabilidade destes, como verificado na CIES Metro II na preparação de cursos específicos tal como o Introdutório para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS); da preparação do Termo de Referência, documento necessário que contém informações que proporcionem a avaliação do custo do curso pela instituição que o desenvolverá, onde há a definição quase detalhada dos dados essenciais para a execução do contrato, e do PAREPS, para que consigam fazer uso da verba destinada à Região para desenvolvimento da Educação em Saúde.

Ainda sobre o funcionamento da CIES Metro II, observamos nas reuniões o interesse por cursos que possibilitem a capacitação/ atualização das equipes de saúde, o que sinaliza a importância da EC dentro da Política da EP, mas não de forma fragmentada ou por categoria profissional, mas sim que abranja à equipe multiprofissional, o grupo demonstra que existe interesse e esforço para que toda equipe seja conhecedora de todo o processo/ procedimento ao qual o usuário será submetido em seu tratamento/ acompanhamento. Sendo esta uma prática da EPS, ao propor uma atividade, uma atualização em que toda equipe responsável pelo atendimento do usuário, em suas respectivas áreas e funções, participe do mesmo curso, que pode gerar também melhor interação e integração da equipe.

Em relação às concepções que cada Coordenador tem sobre EC e EP, percebemos que as definições possuem algumas semelhanças. São quase coesas, como se pode observar nas falas, do Item 6 sobre a Concepção de EC, com uma unanimidade de reconhecimento de sua importância, de sua técnica, de sua metodologia de desenvolvimento; e no Item 7 sobre a Concepção de EP sob uma dimensão mais prática, com um reconhecimento da importância desta se dar por meio da transversalidade, da intersectorialidade o reconhecimento da sua dinamicidade.

Este reconhecimento do desenvolvimento de trabalho em equipe multiprofissional que é oportunizado pela EP, e podemos correlacionar aos artigos de Guimarães (2011);

Paschoal (2005); Medeiros (2008) e Lima (2010), quando enfatizam a interdependência do processo de trabalho, enquanto um movimento de evolução pessoal e profissional, observação esta que também surge nas entrevistas, como exemplificado no Item 6 - Concepção de EC, onde aparece justamente esta preocupação em proporcionar ao servidor, que lida diretamente com os usuários dos serviços de saúde, uma capacitação, um treinamento, uma atualização que pode otimizar o tempo do trabalho desenvolvido no cotidiano, assim como melhorar o relacionamento da equipe.

Sobre o uso da EP e/ ou da EC, Davini (1990) ao escrever sobre os enfoques, os problemas e as perspectivas da EPS, aponta três questões principais e associadas entre elas, primeiramente a de que nem toda capacitação implica em um processo de EP, pois visa o aprimoramento pessoal; em segundo lugar de que a EP, enquanto estratégia sistemática e global pode conter ações de EC contando que esta esteja articulada com uma estratégia de mudança institucional; e por último, de que todo processo de EP deve ser planejado a partir de uma análise da cultura dos serviços de saúde. Percebe-se que uma pode estar contida na outra – a EC na EP – ao respeitar suas especificidades e objetivos, mas principalmente os objetivos dos serviços de saúde onde se instalará o programa.

Obtivemos, portanto, definições sucintas e objetivas em relação às concepções sobre EC. Assim como uma ênfase à responsabilidade de execução dos projetos e programas que chegam de forma verticalizada do MS, em sua maioria são atualizações e treinamentos, portanto pertencentes à categoria de EC, o que muitas vezes inviabiliza o desenvolvimento da EP, e que também gera um tipo de incômodo perante outros setores/ colegas.

Neste quadro uma questão não esperada, na fala do Item 8 – Sub Reconhecimento da função, onde há a descrição do tipo de incômodo gerado devido ao volume de cursos, da responsabilidade de providenciar uma infraestrutura adequada ao desenvolvimento de cada um, o que pode retratar uma confusão ou mesmo desconhecimento, por parte dos afetados pelos cursos sobre o papel e funções do coordenador e de sua equipe.

Observamos, também, durante as reuniões que a troca de experiências, contatos e métodos de atuação foi uma constante. A maioria dos cursos de capacitação enviados pelo MS ocorreram em datas diferenciadas na Região, o que possibilitou essa troca de forma positiva e produtiva entre os municípios, o que fortalecia ainda mais o vínculo entre estes.

QUADRO VIII TEMA: IMPLEMENTAÇÃO DA EP NO MUNICÍPIO

Fonte: Entrevistados

Nº	Núcleos de Sentido	Fala
9	Importância da implementação de um NEP	<p>“O nosso desafio para esse ano de 2015/2016 é poder implementar o nosso NEP que nós não temos, é o Núcleo de Educação Permanente, a gente estava conversando com a Superintendente da Atenção Básica, ela se interessou, então essa questão é um desafio montar esse Núcleo para que a gente possa ganhar ainda mais espaço a nível local” (E4)</p> <p>“O NEP tem 3 anos, iniciou com a atual gestão do município, está em processo de expansão, trabalha com cronograma; possui 18 programas de capacitação mais os do MS” (E8)</p>
10	Continuidade de algo já existente	<p>“[...] quando foi implantado o ESF, tinha um modelo um pouco de experiências anteriores, já montamos o ESF com uma lógica” (E3)</p> <p>“Quando eu cheguei já havia algo” (E7)</p>

Nas entrevistas encontramos diferentes relatos entre si sobre esse tema. Em alguns municípios, quando da entrada do atual coordenador, a EP já estava em fase de implementação/ implantação. Em outros o movimento é inicial de implantação da EP. Nos municípios onde a EP se encontra em desenvolvimento, iniciou-se com a implantação do programa de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Ao mesmo tempo temos o relato de que nem a EP tampouco a EC, atingem todas as unidades de saúde pública, que estas afetam primordialmente a Atenção Básica em Saúde (ABS). Em três dos municípios pertencentes à Metro II, há o relato de uma extensão às unidades, e conseqüentemente aos profissionais, que atuam na Média Complexidade. Pelos relatos obtidos nas entrevistas, assim como, nas reuniões, a extensão das atividades à Alta Complexidade chega a ser uma meta, que consideram distante, pois dependeria de fatores diversos. Contudo, a CIES poderia ser interlocutora nas questões de educação no que diz respeito a atual política de gerenciamento das unidades de saúde, pois as públicas, em sua maioria são gerenciadas por Organizações Sociais (OS's), bem como as privadas prestadoras de serviços ao SUS possuem gerenciamento próprio, o que poderia apresentar vantagens para ambas as partes, assim como fortaleceria a instância.

Os artigos pesquisados corroboram com as falas dos entrevistados, coordenadores de EP e representante da universidade, que apontam a necessidade do desenvolvimento da EPS se dar a partir das especificidades dos serviços e de suas localidades, o que remete a reflexão sobre a abrangência da territorialidade destes serviços conforme a composição adotada pelas prefeituras, principalmente na atenção básica. Com o entendimento do campo da saúde como território de ensino e de aprendizagens; e o cuidado e a gestão como uma montagem conflituosa entre formas de sujeição e forças de experimentação (FIGUEIREDO, 2014; FALKENBERG, 2014; MEYER, 2013; LIMA, 2010).

Na fala do Item 9, vemos o quão importante se apresentou a implantação de um NEP no município, e o reconhecimento da necessidade de interlocução com outras secretarias e atores, da necessidade da intersetorialidade entre as diversas secretarias. Observamos também em uma das falas que alguns membros participavam dos antigos Pólos, o que pode ser entendido como um ponto positivo uma vez que pode haver a troca de experiência, e que outros membros são novos, assumiram a coordenação de ES dos seus respectivos municípios com uma EPS já implantada e deram continuidade a esta, outros implantaram não apenas a EPS, mas também um NEP, como na fala do Item 10 - Continuidade de algo pré-existente. Nas falas observamos o interesse em desenvolver de forma mais contundente a EPS no seu município.

Os textos de Ferraz (2013), Figueiredo (2014) e Lima (2010), apresentam algumas estratégias adotadas pela gestão para implementação e desenvolvimento das estratégias de EPS, assim como as dificuldades enfrentadas pela gestão nos aspectos de financiamento, de recursos humanos e de adesão por parte dos profissionais. Destacam-se as estratégias que foram adotadas para solução de cada problema e entrave apresentado, para e durante a implementação da estratégia escolhida; do reconhecimento da EP enquanto estratégia de Educação em Saúde ideal ao desenvolvimento das diretrizes do SUS.

Os relatos apresentados nas entrevistas, assim como as observações realizadas, demonstram que este território de ensino, aprendizagem e de cuidado em saúde, também é afetado por uma gestão conflituosa em alguns momentos. Retomamos como exemplo a fala do Item 8 - Sub Reconhecimento da Função, que proporciona também uma reflexão sobre este conflito, observamos que pode haver um desconhecimento sobre as atribuições da equipe de ES, também por parte da própria gestão ou mesmo dos demais setores próximos. Esse desconhecimento nos remete ao momento da descentralização dos serviços de saúde, apesar da implantação da Regionalização, a referência ao serviço de saúde foi apreendida, mas as

funções e atribuições dos órgãos e setores aparenta ter sido dispersas, ao ponto de tornarem-se desconhecidas, ou mesmo não interessantes, ao outro que atua em setor interligado ou no mesmo setor. Essa falta de Institucionalização justificaria a necessidade da CIES ter que se apresentar a cada mudança de gestão.

QUADRO IX TEMA: RELAÇÃO COM A CIES METRO II

Fonte: Entrevistados

Nº	Núcleos de Sentido	Fala
11	Dispersão dos membros	<p>“Uma coisa que mobiliza pessoas são fóruns que definem políticas ou dinheiro, se ela não interfere na política ou não tem recurso, esvazia-se.” (E6)</p> <p>“Tinham poucos municípios participando das reuniões, até que foram chegando os atuais membros [...]” (E4)</p> <p>“ [...]eu sempre fui muito resistente a sair do município para reuniões infundadas. [...] E eu tive uma experiência muito ruim, eu fui chamado para uma reunião de educação permanente, e quando eu cheguei lá não havia nada a ver com o que eu trabalhava” (E1)</p> <p>“Desde antes desses 5 anos, eu venho participando de algumas reuniões, mas alguns municípios não aderiram a questão da EP, acho que eles não entenderam o projeto direito” (E4)</p>
12	Reunião dos membros	<p>“E aí me passaram que teria essa Comissão e que teria que ir um representante de cada município, e aí eu passei a ir [...]” (E1)</p> <p>“Durante um período quando a atual equipe se formou, eu não estava indo a todas as reuniões; porque a reunião era em um dia que eu não podia ir, depois eu passei a estar nas reuniões, antes de ter esse nome de CIES eu já participava dessa coisa toda” (E3)</p>
13	Grupo coeso	<p>“[...] a gente fez esse vínculo, esse grupo, que mensalmente a gente se encontra e traça as coisas. Agora com o grupo (WhatsApp) a gente se fala mais” (E7)</p> <p>“E ficou sendo um espaço de compartilhamento, um espaço de envolvimento regional, onde se deu muito bem todo mundo, mudaram os personagens, os atores. E essa questão de região ficou mais forte, a Metro II e tal, então a gente passa a pensar mais no coletivo” (E1)</p> <p>“O que hoje também fortalece a nossa Comissão é a permanência das pessoas, isso eu vejo como ponto positivo, isso reafirma ali o nosso vínculo, isso favorece a nossa questão de estarmos caminhando, independente dos vínculos que se dê no município” (E4)</p>

14	Necessidade de maior interlocução com as instâncias superiores	“[...] a gente ainda tem muito a avançar no que se refere a CIB e no que se refere a CIR. Tem alguns espaços que a gente precisa ocupar de maneira mais contundente, e isso vai de acordo com a nossa influência junto a nossa gestão local” (E4)
----	--	---

Em relação às políticas, alguns artigos apontavam a importância da formação dos polos regionais de EPS. Estes tinham como objetivo cumprir as diretrizes do SUS, por meio da descentralização da PNEPS em nível regional, com a responsabilidade de identificar as necessidades do setor. Estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais e formular políticas para as práticas de formação que visem a transformação do cuidado em saúde constituindo-se como marcos de definição das políticas do setor e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde (MOROFUSE, 2009; FERRAZ, 2013; SOUZA, 2009)

Com base nos registros feitos em Atas, abaixo apresentamos uma linha histórica que possui sua instituição conforme Deliberação da CIB-RJ nº 1103 de 11/11/2010. No fim 2011, houve a apresentação do projeto Rede Cegonha da Metro II para o Estado, em dezembro houve a 1ª reunião da CIES na CIR, contando com a presença de representantes do Estado, de Niterói, Rio Bonito, da UFF, com coordenação da representação de Niterói. No início de 2012, há a elaboração do Regimento Interno em fevereiro, com a presença do Estado, Niterói, Rio Bonito, Maricá, UFF. Seguiram-se as reuniões mensais e de forma itinerante na Região até o mês de junho, quando estas passaram a acontecer na cidade de Niterói e com convite à participação das graduações da UFF. No ano de 2013, há uma reconfiguração dos atores/representantes, com eleição do representante de Maricá como Coordenador Geral e uma configuração dos atores do Projeto, que conta com o acréscimo do número de professores da UFF, oriundos do Instituto de Saúde da Comunidade (ISC), dos cursos de Enfermagem e Nutrição que elaboram a proposta do projeto Rede Cegonha que é aprovado na CIR no fim de 2013, para ser executado com a verba da educação permanente que está alocada no município polo. Em 2014 há uma cobrança incisiva às CIES, por meio de determinação da SES/SAGT/CGESG, para que elaborem o percentual para avaliação das atividades de Educação Permanente que estivessem em andamento, cujo objetivo fossem a qualificação das Redes de Atenção, conforme pactuado via PAREPS junto a CIR. Durante o ano de 2015, as reuniões ordinárias ocorreram com a presença da maioria seus representantes, com o início da participação de um representante de um hospital de média complexidade da Região, além de terem finalizado o PAREPS.

Nos relatos dos Itens 11 - Dispersão dos membros observa-se ter sido necessário um trabalho quase que voluntário em reunir todos os representantes, pois havia dispersão dos membros e reuniões esporádicas e esvaziadas. E no Item 12 - Reunião dos membros, aparece à forma de inserção na CIES, com histórias semelhantes dentre os entrevistados, em sua maioria foram indicados por seus gestores, com um primeiro objetivo de verificar, analisar e utilizar as verbas oriundas do MS destinadas ao desenvolvimento da EPS na região, principalmente após a implementação da PNEPS, pode-se fazer uma correlação com a abordagem de Morofuse (2009), Souza (2009) e Ferraz (2013) onde apontam a importância da formação dos polos regionais de EPS para cumprir as diretrizes do SUS por meio da descentralização após a instituição da PNEPS (2004/ 2006).

A composição da CIES pesquisada está reunida desde 2010/2011, com o passar do tempo adquiriram coesão no grupo, motivação para execução das demandas por meio dos Grupos de Trabalho (GT), que permite agilidade e minimização dos impactos técnico-burocráticos relacionados. As reuniões da instância ocorreram rigorosamente uma vez por mês - do mês de Fevereiro ao mês de Novembro – de forma itinerante nas cidades membros da região, ainda que houvesse necessidade de alteração de data por motivo de força maior, a frequência dos membros somente chegou aos 100% na penúltima reunião do ano, pois um dos municípios se fez ausente desde o retorno das reuniões, ou seja, desde o início do ano, algo considerado pelo grupo como uma ausência importante, citada inclusive pela superintendência da CIR em uma das reuniões, pois por receberem uma via da Ata mensalmente, verificaram essa ausência. O que desencadeou algumas reflexões sobre a possibilidade de algumas mudanças e transferência do Fundo, já que o município faltoso era o polo para receber a verba, para outro município que fosse mais frequente às reuniões.

Todas as reuniões iniciavam-se com a leitura da Ata da reunião anterior, que era encaminhada via correio eletrônico aos membros com antecedência para realização de leitura prévia e anotação do que deveria ser corrigido ou acrescido no momento da leitura desta, após aprovação era assinada pelos membros que estavam presentes na reunião anterior.

Nos relatos do Item 11, também nos chamou a atenção a primeira fala, pois conforme alguns relatos durante as entrevistas, uma das possibilidades para o esvaziamento das reuniões foi justamente a não disponibilidade imediata da verba. Isso gerou a dispersão de membros e a ausência de universidades e cursos que participavam das reuniões, quando de seu início ainda nos Polos de EPS, logo após instituição da PNEPS. Mas que ao longo do percurso, por terem

conhecido a burocracia e as exigências para liberação de recursos, dispersaram-se. Contudo na Região da Metropolitana II há a presença regular de representantes da Universidade Federal Fluminense desde 2009 quando foram convidados a participar da CIES.

Em relação às dificuldades na gestão dos recursos financeiros, Medeiros (2008); Ferraz (2013) e Figueiredo (2014), assim como o grupo pesquisado, identificaram como barreiras mais comuns a indisponibilidade dos recursos, a necessidade de infraestrutura adequada, as dúvidas acerca da gestão financeira, a utilização dos recursos destinados às ações de EPS dos projetos elaborados em conjunto, os trâmites burocráticos para o uso dos recursos e a morosidade das ações dos envolvidos.

Morofuse (2009); Ferraz (2013) e Nascimento (2013) apresentam também os desafios das CIES em relação à gestão dos recursos financeiros nas ações de EPS, dentre estas e algumas incertezas destacam a estruturação das CIES e a forma de repasse da verba para realização das ações de EPS. Dentre os desafios apontados estão os vínculos empregatícios, que são instáveis e entendidos como um complicador ao desenvolvimento da adesão à EPS, assim como um desencadeador de problemas de relacionamento interpessoal.

Estes mesmos autores chamam a atenção para a necessidade de uma boa comunicação entre a CIES e outros setores e instituições, a fim de formular políticas para as práticas de formação que visem à transformação do cuidado em saúde, neste íterim percebe-se que o posicionamento da CIES pesquisada, obtido durante a observação nas reuniões, é de estar aberta para parcerias e ações, que possibilitem uma melhor comunicação entre e com os respectivos atores de outros setores/ secretarias e instituições.

Nas falas apresentadas no Item 13, percebemos que houve um reconhecimento enquanto uma equipe regional, que conseguiu superar algumas dificuldades por meio dos recursos tecnológicos de comunicação contemporâneos. Assim como perceberam ter objetivos em comum, compromisso e responsabilidade com a Educação em Saúde que queriam para o seu município, e que este era parte integrante de uma Região, desencadearam uma reflexão sobre a necessidade da presença às reuniões, e de uma melhor interlocução, também, com as instâncias superiores.

No Item 14 - Necessidade de Maior Interlocução com as Instâncias Superiores, a coesão do grupo possibilitou uma identificação e conhecimento das necessidades da Região. Uma das conquistas foi a de que passaram a contar com a presença de um representante da CIR nas reuniões, conforme observação não participante realizada durante as reuniões, o que

agilizou o esclarecimento de dúvidas surgidas, atualizações com o que ocorre nas reuniões dessas instâncias e que atingem diretamente a Região, a importância da interlocução com o gestor sobre o tema e maior segurança nas tomadas de decisão.

QUADRO X TEMA: ACRÉSCIMO E ALGUM PONTO QUE CONSIDERA IMPORTANTE

Fonte: Entrevistados

Nº	Núcleos de Sentido	Fala
15	Falta de verba para ES do município	<p>“[...] falta tempo, investimento, a gente não tem verba nenhuma, pra tudo você tem que ficar pedindo. Tudo o que você solicita é se sobrar. [...] Então assim, um dos maiores problemas na área de educação em saúde é você não ter um valor que você possa contar” (E1)</p> <p>“Não há verba específica pra educação em saúde. O pessoal que trabalha com idoso, fez um trabalho bacana, enviou para um congresso, foi aceito e não temos verba nem para eles fazerem o banner” (E3)</p>
16	Publicar/ relatar as experiências em congressos/ revistas científicas	<p>“[...] a gente vai poder pensar inclusive algumas coisas de forma acadêmica, acho interessante ao final de cada projeto que a gente venha a realizar agora, [...] ao final de cada um desses projetos nós enquanto CIES, termos uma produção acadêmica, [...] mas pensar como é que foi aquela prática, pensar como é que foi a execução daquela prática, refletir sobre os indicadores, pensar os indicadores, [...] a gente tem muita produção a fazer, quando eu falo da questão desse artigo científico é pra gente poder exportar as nossas experiências, a gente pode avançar enquanto Região” (E4)</p> <p>“Uma coisa que eu percebo é que a gente tem uma prática interessante, mas tem uma produção acadêmica ainda deficitária” (E4)</p>
17	Burocracia que atrasa a implantação de um novo programa que atenda a localidade	<p>“ Há uma morosidade para execução de programas/ projetos inscritos em órgãos federais” (E2)</p>
18	Conhecimento/ participação da/ na CIES	<p>“A gente está tentando retomar isso, não só nesse espaço como puxar a universidade de volta pra essa discussão. [...] A gente está tentando de alguma forma dar um conteúdo mais geral, e que as pessoas possam ter uma rede de cooperação pra trabalhar isso” (E6)</p> <p>“Uma coisa também que eu acho que a gente deve avançar enquanto Região, mostrar para os municípios, para as instituições quem é CIES, qual a função da CIES, como a CIES pode estar como interlocutora dessas instituições de ensino [...]” (E4)</p>

Ao final das entrevistas foi solicitado que fizessem colocações que considerassem pertinentes, e novamente desvelou-se algo inesperado. Pelas leituras realizadas e com as informações obtidas nas entrevistas e na observação não participante, verificamos que há diversos pontos confluentes, principalmente em relação às dificuldades enfrentadas pelas instâncias e às práticas de EPS desenvolvidas.

Alguns relatos referem-se ao interesse em atualizar seus conhecimentos, pois percebem essa necessidade no momento em que precisam planejar e desenvolver os diversos projetos e programas, que chegam de forma verticalizada via MS, assim como da necessidade de relatar as experiências de forma acadêmica, em artigos científicos, a participação em congressos, a troca de experiências das práticas que são realizadas.

Franco (2012), Medeiros (2008), Pinafo (2011) e Nascimento (2013) alertam que dentre as possibilidades para solucionar os problemas que foram identificados, encontram-se: o planejamento das ações de formação em saúde que devem se basear no levantamento das necessidades dos envolvidos; a utilização de metodologias que permitam vivenciar as situações e soluções propostas; a articulação entre a formação técnico-científica aos processos de gestão. Alertam para que haja o cuidado de fazer as devidas adaptações conforme o contexto, com ênfase às práticas pedagógicas, que poderão ser mais bem entendidas a partir das problematizações e especificidades de cada serviço e equipe de saúde.

Como na fala apresentada no Item 15 - Falta de verba para ES do município, pois a princípio entende-se que todos os cursos do MS que chegam de forma verticalizada, atendem as necessidades da Região, dos municípios. Mas cada município apresenta também uma demanda local, específica, para o desenvolvimento de atividades, conforme orientado pela PNEPS, e essas ações devem atender as demandas da comunidade atendida pelo serviço de saúde. A verba disponibilizada para a região não prevê seu uso em ações dessa natureza, ainda assim a burocracia para liberação se mostra como um entrave para a efetividade das ações em educação na região.

Nas falas apresentadas no Item 16- Publicar/ Relatar as Experiências em Congressos/ Revistas Científicas; que surgiram durante as entrevistas de forma mais enfática, mas também foram observados nas reuniões, temos a ilustração do quão há de interesse em realizar ações que motivem as equipes de saúde em desenvolver pesquisas, trabalhos científicos e relatos de experiências, em divulgar e principalmente trocar experiências sobre as práticas exitosas ou não relacionadas à EP.

Os artigos de Guimarães (2011); Paschoal (2005); Medeiros (2008) e Lima (2010) nos remetem a estes Itens, pois apresentam a ideia de interdependência dos processos de trabalho e evolução, pessoal e profissional dos envolvidos, pela abertura dada ao profissional de expor seus conhecimentos, escutas e resoluções realizadas, ao possibilitarem a participação na tomada de decisões coletivas.

Quando estas pesquisas e relatos ocorrem, e são aceitos e aprovados em congressos da área, não há uma verba para confecção de um banner, para pagamento de uma inscrição, enfim o incentivo dado anteriormente frustra-se. Apontam a necessidade de uma verba local para as ações que sejam de demanda local.

Porém, diferentemente do apresentado em alguns trechos dos artigos de Medeiros (2008); Ferraz (2013) e Figueiredo (2014), quando falam da indisponibilidade dos recursos e da necessidade de infraestrutura adequada à CIES, observamos que esta composição da CIES pesquisada, conseguiu superar a dificuldade relacionada com a infraestrutura, e que havia o repasse da verba, mas como também sinalizado por estes, assim como ocorre em outras instâncias pelo Brasil, existe a questão técnico-burocrática a ser superada.

Observamos que apesar do esforço conjunto para uma aplicabilidade e desenvolvimento de projetos que necessitam de financiamento, ou seja, do uso da verba existente no Fundo, as questões burocráticas para este fim não foram totalmente superadas. Detalhes importantes para esta resolução ficaram pendentes para o ano seguinte, assim como a organização de um Fórum/ Seminário, cujo objetivo da instância era o de apresentar as atividades, funções e preparo da instância aos gestores e possíveis parceiros.

Percebemos um esforço por parte dos membros da CIES e de suas equipes em desenvolver uma ES que motive e valorize o trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde. Porém apesar de existir a indicação de previsão de verba específica para a educação em saúde no orçamento anual das prefeituras, conforme os relatos obtidos nas entrevistas esta verba não é disponibilizada.

A produção de artigos científicos referentes às experiências obtidas pela instância, assim como o interesse em desenvolver pesquisas, é de grande importância para o direcionamento das atividades destes, assim como para a divulgação. Lembramos da dificuldade em conseguir artigos semelhantes, remete-nos à reflexão de que assim como em outras instâncias pelo país, a CIES pesquisada possui a mesma dificuldade. Também neste

momento se faz primordial o papel da universidade, a partir do momento em que esta se encontra atualizada com as temáticas discutidas nas reuniões, e da realidade vivenciada pela instância em relação a sua infraestrutura e atuação; possui conhecimento do que tem sido pesquisado e divulgado, e em quais eventos e periódicos esses relatos de experiências, ou pesquisas que possam vir a se desenvolver, podem e devem ser divulgados. Reforçando o papel, a parceria da instituição de educação dentro da instância.

Outro relato obtido em entrevista e observado nas reuniões que gera incômodo, se refere ao fato de que quando recebem chamadas para participação em algum edital sobre um projeto ou programa, os prazos para envio são pequenos. Este é outro momento de burocratização que permeia o cotidiano destes, conforme apresentado no Item 17- Burocracia que Atrasa a Implantação de um novo Programa que Atenda a Localidade, a burocracia e sua morosidade, os faz acreditar que são projetos e programas que provavelmente só serão implementados no decorrer dos próximos anos. Observamos, em reunião, o quanto isso desestimula algumas vezes a participação, e que gera certa frustração por saberem que podem não estar no mesmo cargo, quando ocorrer a liberação da verba para o desenvolvimento do projeto/ programa em questão.

No Item 18 - Conhecimento/ Participação da/ na CIES, o entrevistado menciona a retomada de contato com as universidades e cursos de formação na área de saúde, que estejam sediados na Região. Verificamos que há uma preocupação em convocar estas instituições, não apenas divulgar e tornar a instância conhecida, mas reconhecida enquanto espaço legítimo de interlocução para a Educação em Saúde, tanto nos cursos de formação quanto no desenvolvimento dos processos de trabalho nas unidades de saúde, uma forma de promover a troca de conhecimentos e experiências, não apenas no momento de um Fórum, mas de forma contínua e sustentável.

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com tudo o que já foi descrito, todo o caminho percorrido, percebemos que a pesquisa que se pretendia ao optar por refletir sobre a prática da EP e da EC, e mais especificamente sob o olhar que uma instância governamental possuía sobre cada uma destas, encontramos um pouco mais.

Desde o levantamento do referencial teórico-histórico sobre as concepções das duas modalidades de Educação em Saúde, EP e a EC, que se utiliza mais enfaticamente após a instituição da PNEPS, viu-se que a EP tem um percurso histórico que remonta ao século/milênio anterior, e que seu uso, compreensão e práticas, desde então, dependem do momento histórico em que se insere, ou seja, dos objetivos da política socioeconômica do momento. Assim como suas nuances dependem da área em que seja aplicada, pois tanto neste levantamento teórico histórico assim como na atualidade, percebe-se que a EP pode ser utilizada em qualquer área de atividade profissional, não é uma exclusividade da área da saúde.

Esse entendimento de que seja algo exclusivo da saúde, deve-se e muito a PNEPS, que inicia um ciclo diferenciado na gestão dos recursos humanos na saúde, em relação ao ordenamento e formação desse profissional de saúde, que tem e terá seu cotidiano transformado com a implementação e desenvolvimento dessa política.

Com a pesquisa percebemos que as duas modalidades de educação em saúde coexistem, mas que a EC ainda se faz mais perceptível e utilizada que a EP. O que leva a reflexão dos motivos pelos quais isto ocorre. Nesta pesquisa há algumas sinalizações discretas desse fato, obtidas por meio das entrevistas e das observações não participantes às reuniões da instância como, por exemplo, o entendimento de que a EP demandaria mais tempo, e requer a presença do coordenador para ocorrer.

Outra sinalização importante, e na qual se vê que a EC é mais presente, mas que tanto esta quanto a EP estão restritas à ABS, em um ou outro município atingem/ afetam a média complexidade. Isso se dá por estas práticas de educação fazerem parte da metodologia de implantação do programa ESF nos municípios. O que chama a atenção para a necessidade de disseminar a EP nas unidades de saúde de alta complexidade, sendo estas públicas ou prestadoras de serviços ao SUS. Afinal, entendemos que a reflexão sobre o processo de trabalho, prática inicial da EP, começa quando da entrada no usuário na unidade de saúde, portanto assim como conhecer o território em que a unidade de saúde está inserida e o perfil de seus usuários, que também fazem parte da EP que extrapola a ABS, e ter o conhecimento extra – território da rede de assistência, se faz pertinente.

Verificamos que pela EP ser desenvolvida pela equipe multiprofissional, atuante em determinado território, a mesma apresenta especificidades no seu processo de implantação, o que dificulta sua visibilidade ou mesmo seu reconhecimento por aqueles que desconhecem

sua concepção/ teoria. Esse fato pode ocorrer com alguns gestores, por outros setores dentro da mesma secretaria. O desenvolvimento da EC, além de estar presente tradicionalmente no ambiente de trabalho, chama mais atenção porque mobiliza recursos materiais, infraestrutura, pessoas, muitas vezes gera deslocamentos, portanto se torna mais visível que a EP.

A pesquisa realizou-se em um período de mudanças em relação às instâncias. Primeiramente, houve o conhecimento de uma reconfiguração da própria CIR, com a setorialização das assessorias – regional e intergestora regional. O comparecimento de um de seus representantes às reuniões da CIES Metro II foi outro ponto de mudança muito positivo, bem como a mudança de coordenação geral da CIES Metro II, que embora permaneça com os mesmos atores, o coordenador foi indicado e eleito por unanimidade entre os membros da instância, reflexo da interação e coesão do grupo.

Esta pesquisa teve como um de seus objetivos levantar informações sobre o processo de implementação da EPS em cada município, partimos do pressuposto de que esta implementação se daria por meio do coordenador de ES. Conforme os relatos obtidos nas entrevistas, a EP é inserida no contexto das unidades de saúde com a implantação do programa ESF, pois faz parte da metodologia de trabalho deste programa, assim como a EC, que possuía a nomenclatura de Educação em Serviço, antes da implementação da PNEPS. Por estes coordenadores serem, em sua maioria, recentes na Coordenação da ES de seus municípios, não foi possível conseguir relatos para explicitar em detalhes como foi esse processo.

Alguns coordenadores que participaram deste processo relataram ter tido o apoio do gestor, que reconhecia a importância da implementação de uma nova metodologia de trabalho, e por outro lado ter tido uma resistência dos servidores mais antigos a essa inovação não tecnológica. Em contrapartida, outros relataram ter tido o apoio do gestor por ser uma política que precisava ser implementada, e uma aceitação dos servidores. Entendemos que toda mudança gera aceitação ou resistência, e segundo as falas o ocorrido foi que as resistências foram trabalhadas, superadas.

O que chama a atenção nos relatos dos coordenadores é a necessidade, ou pode ser que seja uma dificuldade, que eles têm de obter uma compreensão por parte dos gestores – que seriam os secretários de saúde - sobre o que é, como funciona, em que interfere, a EP. Assim, não ter verificado a concepção sobre EP dos gestores municipais pode ter sido uma

limitação da pesquisa, que possibilitaria – talvez - obtermos um panorama da Região sobre o assunto.

Porém, em relação ao objetivo geral desta pesquisa, que vem a ser o conhecimento sobre as concepções teóricas acerca da EP e da EC, que os integrantes da CIES Metro II possuem, foi possível verificar que todos conhecem a teoria relativa às duas modalidades de educação embora apresentem dificuldades na sua aplicação, segundo os relatos e observações nas reuniões mensais da CIES. Contudo, o grupo da CIES, reconhece a necessidade de vivenciar mais a EP na própria atuação. Percebem a necessidade de realizar um Fórum, de participar de seminário/ congresso que envolvam os coordenadores de outras Regiões

A participação da Universidade na CIES tem um papel importante na formação de profissionais para EP. Foi possível observar por meio das reuniões que algumas oportunidades de discutir a implementação da EP foram oferecidas pela Universidade Federal Fluminense, como por exemplo no curso de extensão implementado para Rede Cegonha, no qual os coordenadores de EP dos municípios da Metro II foram convidados a participar ativamente.

Foi possível observar, ainda nas reuniões, que apesar dos coordenadores de EP reconhecerem a necessidade de coordenar os cursos que chegam do MS de forma verticalizada, e que é da responsabilidade destes coordenadores a sua execução, e entenderem esta como sendo a EC, os mesmos também conseguem identificar a necessidade de atender a demandas específicas do local e programar a realização de algo que não estava previsto no calendário de cursos nacional.

Alguns municípios assumem não terem conseguido realizar a implementação da EP de forma adequada, devido aos profissionais de saúde acreditarem na necessidade da presença constante dos coordenadores de EP para que a mesma possa ocorrer. Entendemos que a equipe multiprofissional deve estar habilitada a discutir seu processo de trabalho tão logo sintam essa necessidade. O que pode não coincidir com a disponibilidade do coordenador.

Alguns objetivos da pesquisa foram alcançados, apesar de se considerar que há ainda mais o que pesquisar em relação à avaliação sobre o alcance e as transformações no processo de trabalho com a implementação da PNEPS. Contudo, em momento algum das entrevistas, ou mesmo durante as observações nas reuniões, esta temática foi levantada. E esta é importante para o aprimoramento de todo trabalho.

Desmistifica-se que a Educação seja um processo exclusivo de determinada categoria profissional, que esta deve e pode ser planejada e desenvolvida por qualquer profissional comprometido e capacitado, bem como a EC e a EP não sejam exclusivas da área da saúde. São sim, atividades que agregam conhecimento a todos os envolvidos, ao proporcionar a capacitação para o desenvolvimento profissional e pessoal, a interação dos diversos atores que atuam em um mesmo local, com o mesmo objetivo: uma melhor qualidade do cuidado e da atenção com seu usuário.

Outro ponto importante, e para finalizar essas considerações, diz respeito ao pretendido nas “Contribuições do Estudo”, alguns itens já foram alcançados, pois durante as entrevistas, obtive relatos do quão importante e interessante se mostrava esta pesquisa pois possibilitaria o repensar a Região; alguns a perceberam como um incentivo ao início de produções que relatassem o trabalho realizado pela instância, enquanto produções científicas. Espero que alcance, profissionais como eu, que atuam quase que em um mundo à parte, que vislumbrem possibilidades de parcerias com objetivos de trocas.

Percebemos que essa instância pretende ser propositiva e de planejamento, não apenas executora, de forma a atender suas necessidades regionais, e quiçá a de outras Regiões do Estado ou do país. Percebemos que possui um olhar e crença na melhoria do processo de trabalho na área da saúde por meio da EP e da EC, e entendem que precisam ultrapassar o âmbito da atenção básica em saúde.

Acreditamos que ainda há o que pesquisar em relação a Educação Continuada e a Educação Permanente em Saúde! Principalmente sobre as CIES, seus êxitos e contradições. Assim como suas implicações com a formação em saúde dos profissionais que atuam e daqueles que estão em curso, seja de nível médio, superior ou especialização.

REFERENCIAS

- Batista, S.H.S.S; Miccas, F.L. Educação Permanente em Saúde: metassíntese. In: Revista Saúde Pública 2014; v.48 (1): 170-185. Disponível em www.scielo.br/rsp. Acessado em 01/08/2014.
- Batista, K.B.C.; Gonçalves, O.S.J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. In: Revista Saúde e Sociedade, São Paulo, v.20; n.4; p.884-899. 2011.
- Bardin, L. Análise de Conteúdo/ Laurence Bardin. Tradução de Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo. Edições 70. 2011
- Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional e Educação Permanente em Saúde. Portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004. Disponível em www.saude.gov.br/sgtes acessado em 01/06/2015.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Portaria GM/MS 1996 de 20 de Agosto de 2007
- Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 63 de 25 de novembro de 2011. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%2063-2011.pdf>. Acessado em 08/10/2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/231-sas-raiz/humanizaus/11-humanizaus/12419-diretrizes-e-dispositivos>. Acessado em 06/02/2015.
- Cardoso, C.G. Trabalho em equipe multiprofissional: relações interprofissionais e humanização da assistência hospitalar em doenças infecciosas. Dissertação de mestrado em saúde pública. Ensp/Fiocruz.RJ, 2010. Disponível em www.bireme.br. Acessado em 15/11/2014.
- Ceccim, R.B. Educação Permanente: desafio ambicioso e necessário. Interface – Comunicação, Saúde e Educação. V.9. p.161-177, Set 2004/ Fev. 2005.

Ceccim, R.B.; Bravin, F.P.; Santos, A.A. dos. Educação na Saúde Coletiva e ciências políticas: uma análise da formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde como política pública. In Revista Lugar Comum.nº28, pp.159-180. 2009.

Ceccim, R.B.; Feuerwerker, L.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. In: Ver. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14 (1): 41-65, 2004.

Collet, H.G. Educação Permanente – Uma abordagem metodológica. Rio de Janeiro. Ed. SESC. 1976

Davini, M.C. Enfoques, problemas y perspectivas en la educación permanente de los recursos humanos de salud. In: Educación Permanente en Salud. Serie Documentos Básicos. Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. Nº 3. CIDEPSA/OPAS – Texto extraído de Educación Médica y Salud; OPS; Recursos Humanos en Salud: La próxima década. Parte II. Vol. 24, nº 2, Abril – Junio 1990. Disponível em: http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/Davini_Educacion_permanente_rhus.pdf. Acessado em 04/04/2015

Dias, H.S. et al. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. In: Ciências & Saúde Coletiva. 18 (6):1613-1624. 2013

Falkenberg, M.B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Ciências e Saúde Coletiva. 19 (3): 847-852, 2014.

Ferraz, F. et al. Gestão de recursos financeiros da educação permanente em saúde: desafios das comissões de integração ensino-serviço. In: Revista Ciência e Saúde Coletiva. N.18(6); p.1683-1693. 2013

Ferreira, V.F. et al. Educação em Saúde e Cidadania: Revisão Integrativa. In: Revista Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 363-378. Mai/ Ago. 2014.

Figueiredo, R.C. et al. Desafios e perspectivas na educação permanente em saúde desenvolvida na atenção primária: uma revisão bibliográfica. In: Revista Científica do ITPAC, Araguaína, v.7; n.4; Pub.8, Outubro, 2014.

Franco, T.B.; Chagas, R.C.; Franco, C.M. Educação Permanente Como Prática. In: Pinto, S.; Franco, T.B.; Magalhães, M.G. et al: Tecendo Redes: os planos da educação, cuidado e gestão na construção do SUS: a experiência de Volta Redonda-RJ. São Paulo: Hucitec, 2012.

Freire, P. Pedagogia do Oprimido. 13ª ed. Rio de Janeiro. Ed. Paz e Terra, 1983.

_____. Educação como Prática da Liberdade. 7ª ed. Rio de Janeiro. Ed. Paz e Terra, 1977.

Foote-Whyte, W. Treinando a observação participante. In: Zaluar, A. (org.). Desvendando máscaras sociais. Francisco Alves Ed., 1990.

Furter, P. Educação permanente e desenvolvimento cultural; Tradução de Teresa de Araújo Penna. Ed. Vozes. Petrópolis. Rio de Janeiro, 1975.

Gadotti, M. Educação e Poder: introdução à pedagogia do conflito. 13ª Edição. São Paulo. Ed. Cortez, 2003.

Gelpi, E. Lazer e educação permanente: tempos, espaços, políticas e atividades de educação permanente e do lazer. São Paulo. SESC, 183

Guimarães, R. A.; Silva, E. A. S.; Guimarães, M. M.; Sousa, L.M. Educação Permanente no Processo de Trabalho do Ensino e Serviço. In: VIII Congresso de Pesquisa, Ensino e Extensão da Universidade Federal de Goiás/ 63ª Reunião Anual da SBPC, 2011, Goiânia. Anais da 63ª Reunião Anual da SBPC-UFG (PET), 2011. Disponível em: <http://www.sbpcnet.org.br/livro/63ra/conpeex/pet/trabalhos-pet/pet-rafael-alves.pdf>.

Hoffman, L.M.A.; Koifman, L. O olhar supervisivo na perspectiva da ativação de processos de mudança. In: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 23[2] 573-587; 2013.

Lima, J.V.C. et al. A Educação Permanente em Saúde como Estratégia Pedagógica de transformação das práticas: possibilidades e limites. In: Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.207-227, Jul/Out 2010.

Meyer, D.E.; Félix, J.; Vasconcelos, M.F.F. Por uma educação que se movimente como a maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde. In: Revista Interface Comunicação, Saúde Educação. V.17; n.47, p.859-71. Out/Dez 2013.

Medeiros, A.C. et al. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. In: Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília. Jan-Fev/2010, v.63 (1), p.38-42.

Minayo, M. C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. / Maria Cecília de Souza Minayo. – 12 ed. – São Paulo; Hucitec, 2010.

Morofuse, N.T. et al. Diagnóstico da Situação dos Trabalhadores em Saúde e o Processo de Formação no Polo Regional de Educação Permanente em Saúde. In: Revista Latino-americana de Enfermagem, 2009. Maio-Junho; n.17 (3). Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae.

Nogueira-Martins, M.C.F.; Bógus, C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para estudo das ações de humanização em saúde. In: Saúde e Sociedade, v.13, n.3, p.44-57, Set-Out, 2004.

Oliveira, S.L. Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. 2ed. São Paulo: Pioneira; 2000

Saippa-Oliveira, G.S.; Koifman, L.; Pontes, A.L.M. As Agendas Públicas para as Reformas e sua Releitura no Cotidiano das Práticas da Formação: o Caso da Disciplina Trabalho de Campo Supervisionado. In: Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos/ Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos, organizadores. – Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ: ABRASCO, 2005.

Nascimento, F.D. Práticas de Educação Permanente implementadas nos serviços de saúde no Brasil à luz dos preceitos político e conceituais de educação permanente em saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS – 2013/ Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. p.68-73.

Paiva, V., Rattner, H. Educação Permanente e Capitalismo Tardio. São Paulo. Ed. Cortez, Autores Associados. 1985.

Pinafo, E. et al. Relações entre Concepções e Práticas de Educação em Saúde na Visão de Uma Equipe de Saúde da Família. In: Revista Trabalho, Educação e Saúde, Rio e Janeiro, v.9, n. 2, p.201-221, Jul/Out. 2011.

Paschoal, A.S., Mantovani, M.F., Méier, M.J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. Rev. Esc. Enfermagem USP.41(3):478-484, 2007. Disponível em www.ee.usp.br/reeusp/.

Ribeiro, E.C.O.; Motta, J.I.J. Educação Permanente como estratégia da reorganização dos serviços de saúde. Divulgação em Saúde para Debate n.12, Julho 1996. p.39-44. Disponível em <http://www.redunida.org.br/producao/artigo03.asp> .Acessado em 28/09/2013.

Richardson, R. J. Pesquisa Social: métodos e técnicas. / Roberto Jarry Richardson: colaboradores José Augusto de Souza Peres ... (et al.). 3 ed. – 14 reimpr. – São Paulo. Atlas. 2012.

Silva Jr., A.G. da; Pontes, A.L.M.; Henriques, R.L.M. O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade. In Pinheiro, R; Ceccim, R.B.; Mattos, R.A. (orgs) Ensinar Saúde: a integralidade e os cursos de graduação na área de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2005. P. 93-110.

Sousa, I.P.M.A.; Jacobina, R.R. Educação em Saúde e Suas Versões na História Brasileira. In: Revista Baiana de Saúde Pública. V. 33, n.4, p.618-627. Out/Dez 2009.

Triviños, A.N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. / Augusto Nivaldo Silva Triviños. São Paulo. Atlas. 1987.

Werthein, J. Fundamentos da nova educação/ Jorge Werthein e Célio do Cunha. Brasília: Unesco, 2000. 84p. Cadernos Unesco. Série Educação; 5.

APÊNDICE I

Roteiro de Entrevista

- 1- Gostaria que você falasse sobre o seu trabalho na Coordenação da Educação Permanente no seu município?
(Abordagem mais livre)

Identificação: nome, cargo

Motivação para atuação na área: envolvimento e preocupação com a população a ser afetada direta e indiretamente pela Educação em Saúde;

- 2- Como você entende que devem ser as práticas de Educação Permanente?
(Concepção da EP)

Concepção e diferenciação entre Educação Continuada e Educação Permanente

- 3- Como foi a implementação da Educação Permanente no seu município?
(Facilidades, barreiras, apoio do gestor maior, apoio da CIES, etc.)

Relação dos desafios com a implantação do programa e quais as percepções de melhorias a curto, médio e longo prazo

- 4- Como é a sua relação com a CIES da Metropolitana II?

(Ver a interface com gestão, Instituições de Ensino e CIR – Comissão Intergestora Regional - Regionalização)

- 5- Você gostaria de acrescentar mais algum ponto que considera importante?
(Abordagem livre)



APÊNDICE II

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado em Saúde Coletiva

Comitê de Ética em Pesquisa da UFF

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: Educação Permanente e Educação Continuada: o olhar da Comissão Integração Ensino Serviço (CIES) da Região Metropolitana II.

Pesquisador Responsável: Priscila Antunes de Castro

Instituição: Instituto de Saúde Coletiva/ UFF

O Sr. (Sra.) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **Educação Permanente e Educação Continuada: o olhar da Comissão Integração Ensino Serviço (CIES) da Região Metropolitana II**, projeto de responsabilidade da pesquisadora Priscila Antunes de Castro, discente do curso de Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva sob orientação da Profa. Dra. Lilian Koifman e co-orientação da Dra. Marlene Merino Alvarez.

O objetivo central do estudo é conhecer as concepções teóricas dos gestores acerca da Educação Permanente e da Educação Continuada, nos municípios da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro. Os benefícios advindos de sua colaboração relacionam-se ao avanço do conhecimento sobre a atual situação das práticas de EPS em desenvolvimento, poderá subsidiar seu processo de trabalho e planejamento das atividades que se relacionam a EPS em suas perspectivas e visão de melhorias; poderá contribuir, ainda, com a elaboração de publicações científicas sobre a temática na Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro.

O convite à sua participação deve-se a sua importante atuação em iniciativas que propõem melhorias em sua cidade. Esta participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem direito e plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Esclareço que sua entrevista individual poderá ser identificada e gravada conforme sua autorização, o que garante a origem e confiabilidade das informações, terá duração de aproximadamente 1 hora, e será transcrita e armazenada em arquivo digital. Para minimizar qualquer dano pessoal e garantir sua confidencialidade, os dados serão armazenados pela pesquisadora em local seguro, preservado da exposição a quaisquer pessoas externas. Levando em conta o pequeno número de entrevistados dessa pesquisa, eventualmente sua identidade poderá ser presumida por outros.

Ao final da pesquisa o destino do material seguirá as exigências da Resolução 466/2012, recomendados pelo CEP conforme item XI – Do Pesquisador Responsável, alínea “f”: manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

O roteiro da entrevista conterà os seguintes tópicos: 1) Identificação do (a) entrevistado (a); 2) Motivação para atuação na área; 3) Caracterização do trabalho desempenhado (organização e composição); 4) A história da EPS em seu município; 5) Concepção da EPS; 6) Implantação e implementação da EPS no município; 7) Estratégias para implementação e adesão da EPS.

A análise dos resultados será de responsabilidade da pesquisadora. Os resultados poderão ser divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na dissertação de mestrado.

Você receberá uma cópia deste termo, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina/ Hospital Universitário Antônio Pedro, para obter informações sobre a aprovação deste projeto ou demais informações.

Priscila Castro – aspriscastro@hotmail.com/ aspriscastro@gmail.com

Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFF.

Tel e Fax – (055) 21 – 2629-9189 – E-mail: etica@vm.uff.br

Eu, _____, RG nº _____
declaro ter sido informado e concordo em participar, como entrevistado voluntário, do projeto de pesquisa.

(Nome e/ ou assinatura do participante)

Autorizo a citação do meu nome no trabalho: SIM NÃO

(Nome e/ ou assinatura do participante)

Aceito que a pesquisadora grave a entrevista: SIM NÃO

(Nome e/ ou assinatura do participante)



APÊNDICE III

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Mestrado em
Saúde Coletiva



Comitê de Ética em Pesquisa da UFF

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: Educação Permanente e Educação Continuada: o olhar da Comissão Integração Ensino Serviço (CIES) da Região Metropolitana II.

Pesquisador Responsável: Priscila Antunes de Castro

Instituição: Instituto de Saúde Coletiva/ UFF

Esta Comissão está sendo convidada a participar da pesquisa **Educação Permanente e Educação Continuada: o olhar da Comissão Integração Ensino Serviço (CIES) da Região Metropolitana II**, projeto de responsabilidade da pesquisadora Priscila Antunes de Castro, discente do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva sob orientação da Profa. Dra. Lilian Koifman e coorientação da Dra. Marlene Merino Álvarez.

O objetivo central do estudo é conhecer as concepções teóricas dos gestores acerca da Educação Permanente e da Educação Continuada, nos municípios da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro. Os benefícios advindos da colaboração da Comissão relacionam-se ao avanço do conhecimento da atual situação das práticas de EPS em desenvolvimento, assim como poderão subsidiar o processo de trabalho e o planejamento das atividades que se relacionam a EPS, em suas perspectivas e visão de melhorias; poderá contribuir, ainda, com a elaboração de publicações científicas sobre a temática na Região.

O convite a participação deve-se à importante atuação em iniciativas que propõem melhorias em sua Região. A participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e esta instância têm o direito e plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar ou suspender sua participação a qualquer momento. Nenhum dos membros será penalizado, de forma alguma, caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Este TCLE solicita a autorização para realização de uma observação não participante, a ser realizada durante as reuniões da comissão, não terá identificação individual e apenas os dados pertinentes à pesquisa serão utilizados, poderá ser gravada conforme sua autorização, o que garante a origem e confidencialidade das informações, e será transcrita e armazenada em arquivo digital. Para minimizar qualquer dano pessoal e garantir a confiabilidade os dados serão armazenados pela pesquisadora em local seguro, preservado da exposição a quaisquer pessoas externas.

Ao final da pesquisa o destino do material seguirá as exigências da Resolução 466/2012, à pesquisadora cabe “manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, CEP conforme item XI – Do Pesquisador Responsável, alínea “F”: manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

A análise dos resultados será de responsabilidade da pesquisadora. Os nomes dos participantes somente serão citados no trabalho, caso haja interesse e autorização dos mesmos. Os resultados poderão ser divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na dissertação de mestrado.

Cada membro da Comissão, se assim o desejar, receberá uma cópia deste termo, e poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina/ Hospital Universitário Antônio Pedro, para obter informações sobre a aprovação deste projeto ou demais informações.

Priscila Castro – aspriscastro@hotmail.com/ aspriscastro@gmail.com

Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFF.

Tel e Fax – (055) 21 – 2629-9189 – E-mail: etica@vm.uff.br

Declaramos que entendemos os objetivos e condições da participação na pesquisa e a autorizamos.

(Nome e/ ou assinatura do representante de Itaboraí)

(Nome e/ ou assinatura do representante de Maricá)

(Nome e/ ou assinatura do representante de Niterói)

(Nome e/ ou assinatura do representante de Rio Bonito)

Autorizo a citação do meu nome no trabalho

(Nome e/ ou assinatura do representante de São Gonçalo)

(Nome e/ ou assinatura do representante de Silva Jardim)

(Nome e/ ou assinatura do representante de Tanguá)

(Nome e/ ou assinatura do representante de Controle Social)

(Nome e/ ou assinatura do representante da universidade)

() SIM () NÃO

(Nome e/ ou assinatura do representante de Itaboraí)

(Nome e/ ou assinatura do representante de Maricá)

(Nome e/ ou assinatura do representante de Niterói)

(Nome e/ ou assinatura do representante de Rio Bonito)

(Nome e/ ou assinatura do representante de São Gonçalo)

(Nome e/ ou assinatura do representante de Silva Jardim)

(Nome e/ ou assinatura do representante de Tanguá)

(Nome e/ ou assinatura do representante de Controle Social)

(Nome e/ ou assinatura do representante da universidade)

Aceito que a pesquisadora grave a reunião

() SIM () NÃO

(Nome e/ ou assinatura do representante de Itaboraí)

(Nome e/ ou assinatura do representante de São Gonçalo)

(Nome e/ ou assinatura do representante de Maricá)

(Nome e/ ou assinatura do representante de Niterói)

(Nome e/ ou assinatura do representante de Rio Bonito)

(Nome e/ ou assinatura do representante de Silva Jardim)

(Nome e/ ou assinatura do representante de Tanguá)

(Nome e/ ou assinatura do representante de Controle Social)

(Nome e/ ou assinatura do representante da universidade)

ANEXO I

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL
FLUMINENSE/ FM/ UFF/ HU



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Educação Permanente e Educação Continuada: o olhar da Comissão Integração Ensino Serviço (CIES) da Região Metropolitana II

Pesquisador: Priscila Antunes de Castro

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47575115.2.0000.5243

Instituição Proponente: Instituto de Saúde da Comunidade

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.228.599

Apresentação do Projeto:

A Formação em Saúde é praticada no SUS, por meio da incorporação de conceitos de educação que após avaliações de experiências bem sucedidas culminou na atual Política Nacional de Educação Permanente (EP) em Saúde (PNEPS). Seu principal objetivo é formar a partir do cotidiano do processo de trabalho. Com a promulgação da PNEPS as rodas de conversa - instâncias responsáveis pela implantação e desenvolvimento da educação em saúde dos trabalhadores do SUS, que aconteciam nos Polos Regionais, migraram para as CIES, instância regional interinstitucional e intersetorial que participa da formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS e é composta por coordenadores da EP dos municípios. Neste cenário pretende-se conhecer as concepções teóricas sobre EP e Educação Continuada (EC) dos sete coordenadores da CIES da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, buscando descrever o panorama da formação dos trabalhadores do SUS. Será realizada análise documental de Atas, legislações e portarias relativas à CIES Metro II e EPS. Entrevista semi estruturada com os coordenadores da EPS nos municípios da Metro II. Observação não participante nas reuniões da CIES Metro II.

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
 Bairro: Centro CEP: 24.030-210
 UF: RJ Município: NITERÓI
 Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica@vm.uff.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL
FLUMINENSE/ FM/ UFF/ HU



Continuação do Parecer: 1.228.599

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário

Conhecer as concepções teóricas acerca da Educação Permanente e da Educação Continuada dos representantes municipais da CIES da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro.

Objetivo Secundário

Levantar informações sobre o processo de implementação da EPS, realizado pelos coordenadores de EP de saúde dos municípios. Verificar a concepção que os responsáveis/ gestores tem sobre EPS nos municípios da Metro II.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Satisfatória

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa exploratória que pode contribuir com elementos críticos para a discussão da implantação e desenvolvimento da política de educação permanente, nessa macroregião.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Após os ajustes, atende aos termos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

A mudança do texto do TCLE atendeu às recomendações, mas pede-se que o TCLE seja individualizado.

NÃO utilizar o modelo de folha com lista de assinaturas - essa forma pode:

- a) constranger o participante a participar, se muitos já assinaram o consentimento;
- b) identifica nominalmente os demais participantes, o que não é recomendável pois quebra o princípio da confidencialidade.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atendidas as pendências.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_Individual_2.pdf	10/09/2015 11:09:35	Priscila Antunes de Castro	Aceito

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
 Bairro: Centro CEP: 24.030-210
 UF: RJ Município: NITERÓI
 Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica@vm.uff.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL
FLUMINENSE/ FM/ UFF/ HU



Continuação do Parecer: 1.228.599

Justificativa de Ausência	TCLE_Individual_2.pdf	10/09/2015 11:09:35	Priscila Antunes de Castro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CIES_OBS_N_Partc_2.pdf	10/09/2015 11:10:07	Priscila Antunes de Castro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_PAC_CEP.pdf	10/09/2015 11:14:12	Priscila Antunes de Castro	Aceito
Outros	Resposta_CEP.pdf	10/09/2015 11:15:58	Priscila Antunes de Castro	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	10/09/2015 11:18:34	Priscila Antunes de Castro	Aceito
Outros	Roteiro_de_Entrevista.pdf	10/09/2015 11:19:39	Priscila Antunes de Castro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CIES_OBS_N_Partc_2.pdf	10/09/2015 11:25:15	Priscila Antunes de Castro	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	10/09/2015 11:25:46	Priscila Antunes de Castro	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_541966.pdf	10/09/2015 11:31:32		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NITEROI, 15 de Setembro de 2015

Assinado por:
ROSANGELA ARRABAL THOMAZ
(Coordenador)

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
Bairro: Centro CEP: 24.030-210
UF: RJ Município: NITEROI
Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica@vm.uff.br