

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE DOUTORADO**

**FABIANE FERRAZ**

**CONTEXTO E PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DAS  
COMISSÕES PERMANENTES DE INTEGRAÇÃO ENSINO-  
SERVIÇO: PERSPECTIVA DOS SUJEITOS SOCIAIS PAUTADA  
NA CONCEPÇÃO DIALÓGICA DE FREIRE**

**FLORIANÓPOLIS  
2011**



**FABIANE FERRAZ**

**CONTEXTO E PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DAS  
COMISSÕES PERMANENTES DE INTEGRAÇÃO ENSINO-  
SERVIÇO: PERSPECTIVA DOS SUJEITOS SOCIAIS PAUTADA  
NA CONCEPÇÃO DIALÓGICA DE FREIRE**

Tese apresentada à Banca Examinadora como requisito parcial para obtenção do Título de Doutor no Curso de Doutorado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Vânia Marli Schubert Backes

Coorientador: Prof. Dr. Francisco Javier Mercado-Martinez

Linha de Pesquisa: Educação, Saúde e Enfermagem

**FLORIANÓPOLIS  
2011**

### Ficha Catalográfica

F368c FERRAZ, Fabiane

Contexto e processo de desenvolvimento das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço [tese]: perspectiva dos sujeitos sociais pautada na concepção dialógica de Freire, 2011 / Fabiane Ferraz; orientadora, Vânia Marli Schubert Backes. – Florianópolis, SC, 2011. 421 p.: il., tabs.

Tese (doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Inclui bibliografia.

1. Educação Continuada. 2. Política de Saúde Pública. 3. Recursos Humanos - Saúde. 4. Sistema Único de Saúde. I. Backes, Vânia Marli Schubert. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III Título

CDU – 614.2

**FABIANE FERRAZ**

**CONTEXTO E PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DAS  
COMISSÕES PERMANENTES DE INTEGRAÇÃO ENSINO-  
SERVIÇO: PERSPECTIVA DOS SUJEITOS SOCIAIS PAUTADA  
NA CONCEPÇÃO DIALÓGICA DE FREIRE**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

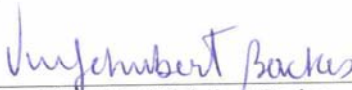
**DOUTOR EM ENFERMAGEM**

e aprovada em 25 de fevereiro de 2011, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**



\_\_\_\_\_  
Dra. Flávia Regina Souza Ramos  
Coordenadora do Programa

**Banca Examinadora:**



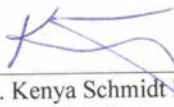
\_\_\_\_\_  
Dra. Vânia Marli Schubert Backes  
Presidente



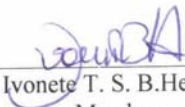
\_\_\_\_\_  
Dra. Laura C. M. Feuerwerker  
Membro



\_\_\_\_\_  
Dra. Ana Estela Haddad  
Membro



\_\_\_\_\_  
Dra. Kenya Schmidt Reibnitz  
Membro



\_\_\_\_\_  
Dra. Ivonete T. S. B. Heidemann  
Membro



*Dedico este trabalho*

*aos **profissionais da saúde** que acreditam no  
SUS, buscam e compartilham conhecimentos e  
lutam para fazer essa realidade acontecer;*

*ao **André De Luca dos Santos**,  
pelo apoio incondicional ao meu processo de  
construção de conhecimento, pelo seu amor e por  
me fazer cada dia mais feliz.*





## *Agradeço...*

A Deus por sempre designar "Espíritos de Luz", que me acompanham durante toda a minha caminhada, auxiliando-me a transformar dificuldades em lições, permitindo-me evoluir constantemente.

Aos meus pais , Wilmar e Iracema, por tudo o que me ensinaram e por compreenderem minhas ausências. Sei que, se hoje estou onde estou, e sou quem eu sou, foi porque vocês criaram-me para enfrentar o mundo. Pai, obrigada pelo seu exemplo de tolerância, desprendimento, humildade, generosidade, trabalho, respeito e altruísmo. Mãe, obrigada pelos seus exemplos de perseverança, determinação, trabalho e força. Que Deus abençoe sempre vocês! Amo muito vocês!

Ao André De Luca dos Santos, por todo o apoio, incentivo, amor e compreensão. Agradeço a Deus todos os dias por você existir na minha vida. Com muito amor... Obrigada!

Aos meus orientadores, Dra. Vânia Backes e Dr. Francisco Mercado, por todos os ensinamentos, pela tolerância, pela seriedade, pelo companheirismo, pelo respeito, pelo comprometimento, pela dedicação e amizade. Agradecer é muito pouco... Gostaria de deixar registrado o meu profundo respeito e admiração por vocês. Obrigada por fazerem parte da minha vida! Que o Papai do Céu sempre abençoe, proteja e ilumine vocês! Abraços carinhosos de agradecimento.

À minha irmã Fernanda e meu sobrinho João Vítor, agradeço a Deus todos os dias, por ter me permitido compartilhar essa existência com vocês. Obrigado por vocês existirem na minha vida e por compreenderem minhas ausências! Amo vocês!

À Teresinha De Luca dos Santos, minha sogra-mãe, que me acolheu em sua casa no período de coleta das informações, me incentivou e me auxiliou na construção dos painéis que guiaram o processo de codificação da investigação. Para mim, você é um exemplo de força, determinação, perseverança, amor e dedicação, admiro-a profundamente! Muito obrigada por tudo! Que Deus lhe abençoe e ilumine sempre!

Aos meus tios, tias, primos, primas, cunhados, cunhada, vó Esmeralda e vô Jorge, por toda a força, torcida e orações, neste percurso da minha vida. Obrigada!

A todos os meus amigos e amigas, que distantes ou bem de pertinho, torcem e acreditam no meu potencial, agradeço por vocês existirem na minha vida, dando-me alegrias, carinho, compreensão e equilíbrio;

Aos colegas do doutorado, agradeço a vocês por toda confiança, tolerância, respeito, força, companheirismo e alegrias. Obrigada por vocês terem feito parte da minha vida nesta caminhada, que Deus sempre guie todos vocês e permita que realizem tudo o que almejam... Sejam felizes!

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e professores do curso, pelo apoio, pela amizade, pela confiança, pelo incentivo e pelo conhecimento compartilhado durante a minha formação. Sou profundamente grata!

Ao pessoal técnico-administrativo do PEN/UFSC, em especial Claudia, Francini, Tatiane, e Renata, que nunca mediram esforços para realizar o que eu solicitava, muito obrigada por tudo!

Ao Diretor da DEPS - Flávio - e ao Coordenador da DEP - Fernando, pelo apoio no processo de desenvolvimento da pesquisa. Muito obrigada!

Aos sujeitos da pesquisa, pela disponibilidade e seriedade ao participar do estudo. Aprendi muito com todos vocês! Muito Obrigada!

Aos Membros da Banca, pessoas especiais por quem eu tenho profunda admiração, carinho e respeito. Agradeço por aceitarem participar da minha construção de conhecimento. Muito obrigada pelo incentivo, contribuições, estímulo e carinho presentes ao longo desta caminhada.

Aos colegas e professores do Grupo de Pesquisa Educação em Enfermagem e Saúde - EDEN/PEN/UFSC, agradeço a disposição em compartilhar conhecimentos e experiências. Muito obrigada por todas as contribuições para construção deste trabalho! Em especial à colega Mônica pela disponibilidade em compartilhar conhecimentos e me auxiliar nas revisões e formatação desse trabalho e às colegas Bruna, Diana e Daiana pelo apoio no processo de transcrição das gravações. Que o Papai do Céu esteja sempre entre vocês - lhes inspirando e harmonizando. Abraços carinhosos...

À Dra. Letícia Robles e aos colegas da *Universidad de Guadalajara - México*, pelo acolhimento, pela atenção e pela disponibilidade em compartilhar conhecimentos no período do Doutorado *Sandwich*. ¡Muchas gracias!

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, pelo apoio financeiro por meio de uma Bolsa de Doutorado no país, ao longo do curso, e pela Bolsa de Doutorado *Sandwich* que me possibilitou uma experiência acadêmica de seis meses junto ao meu coorientador no exterior.



*"Utopía [...] ella está en el horizonte. Me acerco dos pasos, ella se aleja dos pasos. Camino diez pasos y el horizonte se corre diez pasos más allá. Por mucho que yo camine, nunca la alcanzaré. ¿Para qué sirve la utopía? Para eso sirve: para caminar"*

(Eduardo Galeano)



FERRAZ, Fabiane. **Contexto e processo de desenvolvimento das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço**: perspectiva dos sujeitos sociais pautada na concepção dialógica de Freire, 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011. 421 p.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vânia Marli Schubert Backes

Coorientador: Prof. Dr. Francisco Javier Mercado-Martinez

Linha de Pesquisa: Educação, Saúde e Enfermagem

## **RESUMO**

Em 2004, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde(PNEPS) no Brasil. Após sua avaliação e revisão, foi aprovada, em 2007, a Portaria nº 1.996/07, que instituiu a condução da PNEPS pelos Colegiados de Gestão Regional(CGR), com apoio das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço(CIES) formadas por representantes da gestão, atenção, ensino e controle social. Atualmente, em Santa Catarina(SC), a condução locorregional da PNEPS é realizada por 16 CGR e 16 CIES, sendo a Diretoria de Educação Permanente em Saúde o órgão responsável pela PNEPS no Estado. O estudo teve como objetivos gerais analisar como se efetiva a estratégia de desenvolvimento – Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço – da PNEPS, na perspectiva dos sujeitos sociais envolvidos em duas comissões que realizam ações, produzindo ou não, mudanças que contemplam a referida política; estimular a ação-reflexão-ação no processo de trabalho das CIES, a partir dos temas geradores que surgirem, por meio da concepção dialógica de Paulo Freire. Estudo qualitativo, do tipo pesquisa-participante, desenvolvido através da adequação da Investigação Temática(IT) elaborada por Freire. A IT ocorreu de maio-dezembro/2009 e envolveu 56 membros de duas CIES de SC/Brasil. Após a formação de dois círculos de investigação, os membros de cada CIES participaram das etapas levantamento dos temas geradores, codificação, decodificação e desvelamento crítico da realidade. A observação participante e o diálogo foram as principais técnicas de coleta de informações. A análise qualitativa dos dados ocorreu concomitante à coleta e as informações que emergiram nos círculos foram agrupadas em quatro temáticas que compuseram os resultados. A investigação foi aprovada no Comitê de Ética da SES/SC, processo nº 0028.1604-09. A primeira temática dos resultados foi

“aspectos organizacionais, estruturais e relacionais do contexto das CIES” e evidenciou a proposta de revisão do plano regional de educação permanente em saúde e do regimento interno das CIES, a necessidade de melhorar a estrutura e divulgação das CIES e a superação das relações de opressão através do empoderamento. O “conhecimento dos sujeitos sociais das CIES sobre a PNEPS” emergiu da percepção da maioria dos participantes sobre o seu limitado conhecimento da PNEPS, ainda refletiram a inexistência de estruturas nos municípios que se responsabilizem pela articulação e disseminação de conhecimento sobre a PNEPS e, a deficiência de ferramentas de divulgação das CIES e da política. A temática “participação e envolvimento dos sujeitos sociais nas CIES” emergiu do processo reflexivo sobre a dificuldade de participação e envolvimento dos segmentos gestor, ensino e controle social nas CIES. A última temática “gestão dos recursos financeiros da PNEPS destinados às CIES” apresentou como desafios a serem superados a burocratização, a indefinição de formas de gestão financeira e a morosidade que permeia as estruturas públicas regionais responsáveis pela gestão dos recursos. A IT permitiu aos membros das CIES deixarem a posição de sujeitados para assumir a de sujeitos sociais dentro das comissões, implicados com o desafio de buscar conhecimento e fazer as mudanças necessárias na realidade dos serviços e comunidades através da compreensão de que a EPS pode e deve ser uma ferramenta de gestão para essa finalidade.

**Palavras-chave:** Educação Continuada. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. Política de Saúde. Sistema Único de Saúde. Financiamento em saúde. Pesquisa participativa baseada na comunidade.



*FERRAZ, Fabiane. Context and development process of the Permanent Committees Integration Service-Learning: a perspective of social subjects based on Freire's dialogical conception, 2011. (Doctorate in Nursing) – Post Graduation Course in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2011. 421 p.*

*Advisors: Dra. Vânia Marli Schubert Backes; Francisco Javier Mercado-Martinez.*

### **ABSTRACT**

*In 2004, there was established the National Policy on Permanent Education in Health (NPPEH) in Brazil. After its evaluation and review, was approved in 2007, the Ordinance n. 1.996/07, which established the conduct of the NPPEH by the Regional Management Collegiates (RMC), with support of the Permanent Integration Committees of Service and Learning (ICLS), formed by representatives from management, care, education and social control. Currently, in Santa Catarina (SC), the conduction of NPPEH at a regional level is performed by 16 RMC and 16 ICLS, and the Directorate of Continuing Education in Health is the public agency responsible for the NPPEH in the State. The study aimed to examine how the NPPEH development strategy is established - Permanent Integration Committees of Service and Learning - from the perspective of those involved in two committees that carry out actions, producing or not, changes that come with the policy; stimulate the action-reflection-action in the ICLS work process, from generating themes that emerge through the Paulo Freire's dialogical conception. A qualitative study, participant research like, developed through the adaptation of the Thematic Research (TR) prepared by Freire. The TR happened from May to December 2009 and involved 56 members from two ICSLs in SC, Brazil. After the formation of two research groups, members of each ICSLs involved, attended the survey of the generators themes, encoding, decoding, and critical disclosure of reality. Participant observation and dialogue were the main techniques for gathering information. The qualitative data analysis occurred concurrently with data collection and information that emerged from the circles were grouped into four themes that made up the results. The investigation was approved by the Ethics Committee of SES/SC process n. 0028.1604-09. The first theme of the results was "organizational, structural and relational context of ICSLs" and highlighted the proposed revision of the regional plan of continuing*

*education in health and ICSLs bylaws, the need to improve the structure and disclosure of ICSLs and overcoming the oppressive relations through empowerment. In "Knowledge of the social subjects in ICSLs about NPPEH" emerged from the perception of most participants about their limited knowledge about NPPEH; also they reflected the absence of structures in the cities that are responsible for the coordination and dissemination of knowledge about NPPEH and the lack of information tools of ICSLs and politics. The theme "participation and involvement of social subjects on ICSLs" emerged from the reflective process about the manager, education and social control segments difficulty of involvement at ICSLs. The last theme "Managing financial resources from NPPEH allocated to the ICSLs" presented as challenges to be overcome the bureaucracy, the blurring of forms of financial management and slow progress that permeates the regional public structures responsible for management of resources. The TR allowed the ICSLs members to leave the position of submissive to assume the position of social subjects inside the committees involved with the challenge of seeking knowledge and make the necessary changes in the reality of services and communities through understanding that EPS can and should be a management tool for this purpose.*

**Keywords:** Education, Continuing. Health Human Resource Training. Health Policy. Unified Health System. Financing, Health. Community-Based Participatory Research.

*FERRAZ, Fabiane. Contexto y proceso de desarrollo de las Comisiones Permanentes de Integración Enseñanza-Servicio: perspectiva de los actores sociales pautada en la concepción dialógica de Freire, 2011. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Curso de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.421 p.*

*Tutores: Vânia Marli Schubert Backes; Francisco Javier Mercado-Martinez.*

## **RESUMEN**

*En 2004, fue instituida la Política Nacional de Educación Permanente en Salud (PNEPS) en el Brasil. Después de su evaluación y revisión, fue aprobada, en 2007, la Ordenanza n. 1.996/07, que definió la conducción de la PNEPS por los Colegiados de Gestión Regional (CGR), con apoyo de las Comisiones de Integración Enseñanza-Servicio (CIES) formadas por los representantes de la gestión, atención, enseñanza y comunidad. Actualmente, en Santa Catarina (SC), la conducción regional de la PNEPS ocurre por 16 CGR y 16 CIES, siendo la Dirección de Educación Permanente en Salud (DEPS) el órgano responsable por la PNEPS en la Provincia. El estudio tuvo como objetivos generales analizar cómo se efectiva la estrategia de desarrollo - Comisiones de Integración Enseñanza-Servicio - de la PNEPS, en la perspectiva de los actores sociales involucrados en dos comisiones que realizan acciones, produciendo o no, cambios que contemplan la referida política; estimular la acción-reflexión-acción en el proceso de trabajo de las CIES, a partir de los temas generadores que surgieron, por medio de la concepción dialógica de Paulo Freire. Estudio cualitativo, del tipo pesquisa participante, desarrollado por medio de la adecuación de la Investigación Temática (IT) elaborada por Freire. La IT ocurrió de Mayo-Diciembre/2009 y involucró 56 miembros de dos CIES de SC/Brasil. Después de la formación de dos círculos de investigación, los miembros de cada CIES participarán de las etapas: levantamiento de los temas generadores, codificación, decodificación y desvelamiento crítico de la realidad. La observación participante y el diálogo fueron las principales técnicas de recogida de informaciones. El análisis cualitativo de los datos ocurrió concomitante a la recogida y, las informaciones que surgirán en los círculos, fueron agrupadas en cuatro temáticas que estructuraran los resultados. La investigación fue aprobada en el Comité de Ética de la SES/SC, proceso n. 0028.1604-09. La primera temática de los resultados fue “aspectos*

*organizacionales, estructurales y relacionales del contexto de las CIES” y evidenció la propuesta de revisión de la Planificación Regional de Educación Permanente en Salud y del Regimiento Interno de las CIES, la necesidad de mejorar la estructura y divulgación de las CIES y la superación de las relaciones de opresión por medio del empoderamiento. El “conocimiento de los actores sociales de las CIES sobre la PNEPS” surgió de la percepción de la mayoría de los participantes sobre el su limitado conocimiento de la PNEPS, todavía reflexionaran la inexistencia de estructuras en los municipios que se responsabilizan por la articulación y diseminación de conocimiento sobre la PNEPS y, la deficiencia de herramientas de divulgación de las CIES e de la política. La temática “participación y involucramiento de los actores sociales en las CIES” surgió del proceso de reflexión sobre la dificultad de participación e involucramiento de los segmentos gestor, enseñanza y comunidad en las CIES. La última temática “gestión de los recursos financieros de la PNEPS destinados a las CIES” presentó como desafíos que necesitan cambios: la burocratización, la indefinición de formas de gestión financiera y la morosidad que permea las estructuras públicas regionales responsables por la gestión de los recursos. La IT permitió a los miembros de las CIES largaren la posición de sujetados para asumir a de actores sociales en el interior de las comisiones, implicados con el desafío de buscar el conocimiento y hacer los cambios necesarios en la realidad de los servicios y comunidad por medio de la comprensión de que la EPS puede y debe ser una herramienta de gestión para esa finalidad.*

**Palabras-clave:** *Educación Continua. Capacitación de Recursos Humanos en Salud. Política de Salud. Sistema Único de Salud. Financiación de la Salud. Investigación Participativa Basada en la Comunidad.*

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 4.1:</b> Composição inicial dos Círculos de Investigação. ....	162
<b>Figura 4.2:</b> Levantamento dos Temas Geradores nos Círculos de Investigação.....	166
<b>Figura 4.3:</b> Codificação dos Temas Geradores nos Círculos de Investigação.....	170
<b>Figura 4.4:</b> Decodificação e Desvelamento Crítico da realidade dialogada a partir do Levantamento dos Temas Geradores nos Círculos de Investigação. ....	174
<b>Figura 5.1:</b> Distribuição dos Colegiados de Gestão Regional e das Comissões de Integração Ensino-Serviço no Estado de Santa Catarina no ano de 2009, em destaque as CIES participantes do estudo. ....	179
<b>Figura 5.2:</b> Esquema teórico-metodológico do Círculo de Investigação e das etapas da Investigação Temática. ....	196
<b>Figura 5.3:</b> Esquema metodológico dos passos realizados para o desenvolvimento da Investigação Temática na CIES Grande Florianópolis. ....	200
<b>Figura 5.4:</b> Esquema metodológico dos passos realizados para o desenvolvimento da Investigação Temática na CIES Carbonífera. ....	201
<b>Figura 5.5:</b> Painel de apresentação da realidade codificada na CIES Grande Florianópolis.....	218
<b>Figura 5.6:</b> Painel de apresentação da realidade codificada na CIES Carbonífera.....	219
<b>Figura 5.7:</b> Esquema das grandes temáticas estruturadas a partir dos temas geradores que emergiram dos Círculos de Investigação no processo da análise dos dados da Investigação Temática.....	230



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 3.1</b> - Distribuição dos artigos publicados em periódicos classificados por área de concentração, avaliação no Qualis/CAPES-2009.....	115
<b>Tabela 3.2</b> - Distribuição de teses e dissertações segundo região geográfica e instituições de ensino superior no Brasil, no período de 2000-2010. ....	117
<b>Tabela 3.3</b> - Distribuição dos programas ou políticas de educação permanente em saúde no Brasil analisados segundo abordagem metodológica, no período de 2000-2010. ....	118
<b>Tabela 3.4</b> - Distribuição dos programas ou políticas de educação permanente em saúde analisados segundo região geográfica do Brasil, no período de 2000-2010. ....	119
<b>Tabela 5.1</b> – Número de sessões específicas do Círculo de Investigação para realização das etapas da Investigação Temática e de reuniões gerais das CIES em que esteve presente como participante-observadora durante o estudo. ....	183
<b>Tabela 5.2</b> – Características dos participantes da pesquisa na CIES Grande Florianópolis.....	186
<b>Tabela 5.3</b> – Característica dos participantes da pesquisa na CIES Carbonífera.....	187
<b>Tabela 5.4</b> - Número total de participantes dos Círculos de Investigação nas sessões específicas em que foram realizadas as etapas da Investigação Temática. ....	188
<b>Tabela 5.5</b> - Participação dos membros da CIES Grande Florianópolis nas sessões específicas em que foram realizadas as etapas da Investigação Temática. ....	188
<b>Tabela 5.6</b> - Participação dos membros da CIES Carbonífera nas sessões específicas em que foram realizadas as etapas da Investigação Temática.....	189
<b>Tabela 5.7</b> – Número total de participações dos membros das CIES nas sessões específicas do Círculo de Investigação e nas reuniões gerais. ....	191

<b>Tabela 6.1.1</b> - Características gerais das duas CIES do Estado de Santa Catarina participantes da investigação, em 2009. ....	250
<b>Tabela 6.1.2</b> - Aspectos sobre o contexto estadual dialogados nos Círculos de Investigação das CIES. ....	253
<b>Tabela 6.1.3</b> - Aspectos da organização das CIES dialogados nos Círculos de Investigação. ....	255
<b>Tabela 6.1.4</b> - Aspectos da infraestrutura dialogados nos Círculos de Investigação das CIES. ....	260
<b>Tabela 6.1.5</b> - Aspectos relacionais dialogados nos Círculos de Investigação das CIES. ....	263
<b>Tabela 6.2.1</b> - Conhecimento dos sujeitos sociais participantes das CIES sobre a PNEPS, dialogados nos círculos de investigação.....	280
<b>Tabela 6.2.2</b> - Estruturas organizadas em nível de Secretarias Municipais de Saúde responsáveis pela PNEPS dialogados nos círculos de investigação. ....	284
<b>Tabela 6.2.3</b> - Ferramentas de divulgação das CIES e PNEPS dialogados na investigação temática. ....	288
<b>Tabela 6.3.1</b> - Participação dos gestores nas CIES dialogada nos Círculos de Investigação. ....	303
<b>Tabela 6.3.2</b> - Participação do controle social nas CIES dialogada nos Círculos de Investigação.....	306
<b>Tabela 6.3.3</b> - Participação das IES nas CIES dialogada nas Investigações Temáticas. ....	309
<b>Tabela 6.3.4</b> - Envolvimento dos membros das CIES e a PNEPS, dialogado nos Círculos de Investigação. ....	312
<b>Tabela 6.4.1</b> - Estruturação regional do processo de Educação Permanente em Saúde, segundo diretrizes operacionais e Pacto pela Saúde. ....	323
<b>Tabela 6.4.2</b> - Aspectos relacionados à gestão dos recursos financeiros destinados pela PNEPS às CIES, dialogados nos círculos de investigação.....	330



## LISTA DE SIGLAS

<b>BIRD</b>	- Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
<b>BVS/BIREME</b>	- Biblioteca Virtual em Saúde
<b>CADRHU</b>	- Projeto de Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde
<b>CAPES</b>	- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
<b>CCS</b>	- Centro de Ciências da Saúde
<b>CGR</b>	- Colegiado de Gestão Regional
<b>CIB</b>	- Comissão Intergestores Bipartite
<b>CIES</b>	- Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
<b>CLS</b>	- Conselho Local de Saúde
<b>CMS</b>	- Conselho Municipal de Saúde
<b>CNPq</b>	- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
<b>CNS</b>	- Conselho Nacional de Saúde
<b>COMUT</b>	- Serviço de Comutação Bibliográfica
<b>DEGES</b>	- Departamento de Gestão da Educação na Saúde
<b>DEGETS</b>	- Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
<b>DEP</b>	- Divisão de Educação Permanente
<b>DEPS</b>	- Diretoria de Educação Permanente em Saúde
<b>DGRS</b>	- Dirección General de Enseñanza en Salud
<b>EAD</b>	- Educação à Distância
<b>EDEN</b>	- Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde
<b>EFOS</b>	- Escola de Formação em Saúde
<b>EPS</b>	- Educação Permanente em Saúde
<b>ESF</b>	- Estratégia de Saúde da Família
<b>ET-SUS</b>	- Escolas Técnicas do SUS
<b>F</b>	- Fundo de Amparo ao Trabalhador
<b>I</b>	- Fundo Monetário Internacional
<b>GEPEs</b>	- Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem e Saúde
<b>GERSA</b>	- Gerência Regional de Saúde

<b>GERUS</b>	- Projeto de Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde
<b>GM</b>	- Gabinete Ministerial
<b>IT</b>	- Investigação Temática
<b>LDB</b>	- Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
<b>MEC</b>	- Ministério da Educação
<b>MINSAP</b>	- <i>Ministerio de la Salud Pública</i>
<b>MS</b>	- Ministério da Saúde
<b>NOB</b>	- Norma Operacional Básica
<b>NOB/RH/SUS</b>	- Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde
<b>OMS</b>	- Organização Mundial da Saúde
<b>OPAS*</b>	- Organização Pan-Americana de Saúde
<b>PAREPS</b>	- Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde
<b>PDRH</b>	- Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos
<b>PDR</b>	- Plano de Desenvolvimento Regional
<b>PEEPS</b>	- Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde
<b>PEN</b>	- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
<b>Pet-Saúde</b>	- Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
<b>PNEPS</b>	- Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
<b>PNEPS-CS/SUS</b>	- Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde
<b>PNH</b>	- Política Nacional de Humanização
<b>Pólos</b>	- Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Saúde da Família
<b>CFEP/ESF</b>	- Programa de Preparação Estratégica de I da Saúde
<b>PPREPS</b>	- Programa de Preparação Estratégica de I da Saúde
<b>PREV-SAÚDE</b>	- Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
<b>PROFAE</b>	- Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
<b>Profaps</b>	- Programa de Formação na Área de Educação Profissional em Saúde

---

\* Nas citações ao longo do texto, a sigla está apresentada na maioria das vezes como OPS (*Organización Panamericana de Salud*). Isso se deve ao fato de que as referências utilizadas estão no idioma espanhol, logo, há necessidade de manter a sigla no idioma de origem.

<b>ProgeSUS</b>	- Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS
<b>Pró-Saúde</b>	- Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
<b>PSF</b>	- Programa de Saúde da Família
<b>REFORSUS</b>	- Reforço à Reorganização do SUS
<b>SC</b>	- Santa Catarina
<b>SDR</b>	- Secretaria de Estado de Desenvolvimento Regional
<b>SES**</b>	- Secretaria de Estado da Saúde
<b>SGTES</b>	- Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
<b>SS</b>	- <i>Secretaría de Salud</i>
<b>SUS</b>	- Sistema Único de Saúde
<b>TCI</b>	- Termo de Consentimento para uso de Imagens
<b>TCLE</b>	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UFSC</b>	- Universidade Federal de Santa Catarina
<b>UFSM</b>	- Universidade Federal de Santa Maria
<b>Una-SUS</b>	- Universidade Aberta do SUS
<b>UNESCO</b>	- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

---

\*\* A sigla SES pode ser compreendida como Secretaria Estadual de Saúde ou Secretaria de Estado da Saúde. A mudança ocorre em cada Estado da federação conforme definição pré-estabelecida em documentos oficiais. No estado de Santa Catarina, a denominação oficial é Secretaria de Estado da Saúde.



## LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Matriz 1 - organização e análise dos dados da revisão integrativa de literatura.....	385
APÊNDICE 2 - Guia de Observação Participante .....	387
APÊNDICE 3 - Resumo do Projeto entregue aos Participantes da Investigação.....	389
APÊNDICE 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	395
Termo de Consentimento para Imagens e/ou Gravações .....	395
APÊNDICE 5 - Dinâmica de Apresentação dos Participantes e “Contrato” do Círculo de Investigação .....	399
APÊNDICE 6 - Dinâmica de “Investigação dos Temas Geradores” CIES Grande Florianópolis .....	401
APÊNDICE 7 - Dinâmica 1 de “Investigação dos Temas Geradores” CIES Carbonífera .....	403
APÊNDICE 8 - Dinâmica 2 de “Investigação dos Temas Geradores” .....	405
APÊNDICE 9 - Dinâmica de “Codificação” e “Decodificação” .....	409
APÊNDICE 10 - Dinâmica de “Avaliação Final” do Processo de Investigação Temática.....	413



## **LISTA DE ANEXOS**

ANEXO 1 - Organograma da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.....	417
ANEXO 2 - Instrução Normativa 06/PEN/2009, de 02 de dezembro de 2009 .....	419
ANEXO 3 - Parecer de Aprovação da Pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.....	421





## SUMÁRIO

<b>LISTA DE FIGURAS .....</b>	<b>21</b>
<b>LISTA DE TABELAS.....</b>	<b>23</b>
<b>LISTA DE SIGLAS.....</b>	<b>25</b>
<b>LISTA DE APÊNDICES .....</b>	<b>29</b>
<b>LISTA DE ANEXOS.....</b>	<b>31</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>35</b>
<b>2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA .....</b>	<b>43</b>
2.1 RESGATE HISTÓRICO DE POLÍTICAS E PROGRAMAS DE FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS E A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA REGIÃO DAS AMÉRICAS .....	43
2.1.1 PRINCÍPIOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE ASSUMIDOS PELA OPAS/OMS A PARTIR DA DÉCADA DE 80 DO SÉCULO XX .....	57
2.1.2 PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DESENVOLVIDAS NA REGIÃO DAS AMÉRICAS .....	63
2.2 POLÍTICAS E PROGRAMAS DE FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS NO BRASIL E A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO CONTEXTO HISTÓRICO DO SUS .....	82
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>105</b>
3.1 MANUSCRITO 1 - PROGRAMAS E POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO BRASIL: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA .....	106
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO .....</b>	<b>147</b>
4.1 PAULO FREIRE E O SEU COMPROMISSO COM OS SERES HUMANOS E COM O MUNDO .....	147
4.2 INVESTIGAÇÃO TEMÁTICA: REFERENCIAL METODOLÓGI- CO DE PAULO FREIRE MEDIADO PELOS CONCEITOS QUE SUSTENTAM O ESTUDO .....	156
<b>5 PERCURSO METODOLÓGICO DA INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>175</b>
5.1 INVESTIGAÇÃO TEMÁTICA COMO POSSIBILIDADE REAL .....	175
5.2 LOCAIS E TEMPO DESTINADO AO TRABALHO DE CAMPO.....	178

5.3 PARTICIPANTES DA INVESTIGAÇÃO TEMÁTICA .....	184
5.4 COLETA E ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES.....	194
<b>5.4.1 Composição do Círculo de Investigação.....</b>	<b>202</b>
<b>5.4.2 Levantamento dos Temas Geradores .....</b>	<b>205</b>
<b>5.4.3 Codificação .....</b>	<b>212</b>
<b>5.4.4 Decodificação e Desvelamento Crítico da Realidade .....</b>	<b>221</b>
5.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....	227
5.6 DIMENSÃO ÉTICA DO ESTUDO .....	231
<b>6 RESULTADOS .....</b>	<b>237</b>
6.1 MANUSCRITO 2: COMISSÕES PERMANENTES DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: O CONTEXTO DE DUAS REALIDADES DO ESTADO DE SANTA CATARINA .....	239
6.2 MANUSCRITO 3: PARTICIPO DE UMA COMISSÃO PERMANENTE DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: QUAL MEU CONHECIMENTO SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE?.....	270
6.3 MANUSCRITO 4: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: PARTICIPAÇÃO E ENVOLVIMENTO DOS SUJEITOS SOCIAIS EM COMISSÕES DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO .....	294
6.4 MANUSCRITO 5: DESAFIO DAS COMISSÕES DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA GESTÃO DE RECURSOS FINANCEIROS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE ...	320
<b>7 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES .....</b>	<b>341</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>349</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>383</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>415</b>

# 1 INTRODUÇÃO

"Não é no silêncio que os homens [e as  
mulheres] se fazem, mas na palavra, no  
trabalho, na ação-reflexão"  
(Paulo Freire)

Concordo com as palavras do educador Paulo Freire por acreditar que nós, seres humanos, nos tornamos sujeitos sociais, críticos e reflexivos por meio da práxis<sup>1</sup>, que ocorre mediada pelo diálogo e pela relação construída no interior das nossas estruturas histórico-sociais. Apresento este estudo, referindo que devido à minha construção histórico-social, inspirada nos pensamentos freireanos, propus-me a realizar uma pesquisa qualitativa, baseada em um referencial participativo, sobre o tema Educação Permanente em Saúde (EPS).

Ao me dispor a estudar este tema, lancei-me em dois mundos instigantes e complexos na área da saúde – o mundo do trabalho e o mundo da educação ou, melhor dizendo, a interseção relacional entre trabalho e educação. Tais mundos são instigantes porque nos fazem refletir sobre possibilidades reais que movem estruturas de mudança na realidade dos serviços de saúde, sendo a Educação Permanente em Saúde uma das ações que podem ser desenvolvidas como um meio para a busca do inédito-viável<sup>2</sup> apresentado por Freire (2005a).

Esses mundos são também complexos, visto que ambas as estruturas – educação e trabalho – envolvem processos políticos, econômicos, jogos de poder, disputas de interesses ideológicos e pessoais, processos relacionais entre as diferentes profissões da saúde, gestores, sujeitos-cidadãos do cuidado<sup>3</sup> e instituições de ensino. E,

<sup>1</sup> A “práxis” é considerada por Freire (1999, 2005a, 2006) como a ação-reflexão-ação verdadeiramente transformadora da realidade, sendo desse modo fonte de conhecimento reflexivo e de criação, que os seres humanos realizam de forma dialógica entre si e mediatizados pelo mundo. Sem ela não é possível superar a contradição opressor-oprimido.

<sup>2</sup> Na acepção freireana, o inédito-viável é uma palavra-ação que expressa com “enorme carga afetiva, cognitiva, política, epistemológica, ética e ontológica, os projetos e os atos das possibilidades humanas. Uma palavra que carrega no seu bojo, portanto, crenças, valores, sonhos, desejos, aspirações, medos, ansiedades, vontades e possibilidades de saber, fragilidades e grandezas humanas. [...] Palavra na qual estão intrínsecos o desejo e o gosto de mudarmos a nós mesmos dialeticamente mudando o mundo e sendo por este mudado” (FREIRE, 2008, p. 231).

<sup>3</sup> São sujeitos sociais que reconhecem tanto a preocupação com a macropolítica de proteção à saúde como o desenvolvimento de práticas para a organização do cotidiano de cuidados aos seres humanos, registrando uma política da valorização do trabalho e do acolhimento oferecido

ainda, dependem da organização e gestão de pouca, ou nenhuma infraestrutura para desenvolver processos de EPS na realidade dos serviços, visto a priorização de tempo e recursos para resolver outras necessidades consideradas mais urgentes na área da saúde. Desse modo, mesmo a EPS sendo um tema discutido há mais de 40 anos, na área da saúde, ainda enfrentamos a grande dificuldade em implementar processos de ensino-aprendizagem de modo crítico e participativo que promovam mudanças nas diferentes realidades do setor.

Dentro do tema da Educação Permanente em Saúde, destaco que o objeto do presente estudo são as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), apresentadas a partir de 2007, no Brasil, como a estratégia de ação para efetivação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL/MS, 2007a).

A escolha por desenvolver um estudo sobre as CIES ocorreu por motivações pessoais, profissionais, ideológicas e pelos resultados de estudos previamente realizados. O interesse pessoal e ideológico deve-se à minha crença em que a educação – enquanto ação emancipatória – é uma ferramenta que articula e mobiliza estruturas ideológicas e políticas, internas e externas nos sujeitos envolvidos, logo, pode propiciar ações de mudanças na realidade. Devido a isso, desde o início da minha trajetória acadêmica na graduação de Enfermagem, aproximei-me de grupos de pesquisa cujas linhas de pesquisas são Educação, Saúde e Enfermagem (Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem e Saúde – GEPES/CCS/UFSC e Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde – EDEN/PEN/UFSC).

A motivação profissional que justifica o estudo é reforçada por minha motivação pessoal e ideológica, visto que se estrutura a partir da percepção gerada com a conclusão de um trabalho<sup>4</sup>, no qual constatei que a Educação Permanente em Saúde é um dispositivo para a transformação das ações realizadas pelos trabalhadores da saúde junto

---

a outros sujeitos-cidadãos das ações e dos serviços de saúde, tendo em vista a construção da acessibilidade e resolutividade da atenção e do sistema de saúde como um todo e o desenvolvimento da autonomia dos seres humanos diante do cuidado e da capacidade de gestão social das políticas públicas de saúde, os sujeitos-cidadão do cuidado devem ser compreendidos como os usuários do Sistema Único de Saúde. Sabe-se que a maioria dos usuários do sistema não está empoderada para se definirem dentro desse conceito, todavia, trata-se de um conceito que precisamos buscar e estruturar para que efetivamente nosso sistema de saúde se desenvolva, sendo a educação uma ferramenta para esse fim.

<sup>4</sup> FERRAZ, F. **O processo de vinculação da educação continuada em serviço, com a equipe de enfermagem no cuidado terapêutico ao cliente hemato-oncológico adulto**. 132f. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2003.

aos sujeitos-cidadão do cuidado. Assim, defendo a relevância da EPS como uma ferramenta que pode instigar a promoção de mudanças nas práticas dos serviços a fim de fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da práxis, pois acredito que o conhecimento discutido e gerado dentro de estruturas sociais e nos ambientes de trabalho é um mobilizador de mudanças.

Entre os produtos gerados por tal interesse, destaco minha Dissertação de Mestrado<sup>5</sup> (PEN/UFSC) defendida em 2005, a qual consistiu em uma pesquisa realizada em três Hospitais Universitários Federais de Ensino da Região Sul do Brasil sobre como se desenvolvia o processo de educação permanente e continuada nas áreas de Enfermagem, Medicina e demais áreas da saúde ligadas à área Administrativa das Instituições. Este estudo me possibilitou ampliar o conhecimento a respeito do tema em três realidades distintas, em um dado período. Os resultados do trabalho foram estruturados em quatro grandes categorias: 1a - compreensão dos sujeitos sobre educação permanente/continuada; 2a - como ocorre o processo de educação permanente/continuada vivenciada no cotidiano do trabalho; 3a - existência ou não de uma política de educação permanente/continuada institucional; 4a - conhecimento dos sujeitos sobre a existência da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – Portaria GM/MS no 198/04.

Ainda, como membro integrante do Grupo de Pesquisa EDEN/PEN/UFSC, participei do Projeto de Pesquisa “A realidade da formação/educação continuada nos serviços públicos de saúde de Florianópolis/SC”<sup>6</sup>, realizado em quatro hospitais públicos e quatro Unidades Locais de Saúde do município de Florianópolis/SC em 2006.

Um item que chamou a atenção em ambos os estudos foi em relação à categoria “Conhecimento dos sujeitos sobre a existência da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – Portaria GM/MS no 198/04”. Os dois estudos apresentaram nas conclusões que a grande maioria dos participantes das pesquisas apenas ouviu falar superficialmente ou desconhecia totalmente a referida política pública.

---

<sup>5</sup> FERRAZ, F. **Educação Permanente/Continuada no Trabalho**: um caminho para a construção e transformação em saúde nos hospitais universitários federais de ensino, 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 267 p.

<sup>6</sup> LINO, M.M.; *et al.* A Realidade da Educação Continuada na Enfermagem nos Serviços Públicos de Florianópolis. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 6, n. 0, p. 1-16, 2007. LINO, M.M.; *et al.* Educação Permanente dos Serviços Públicos de Saúde de Florianópolis, Santa Catarina. **Trab. Educ. Saúde**, v. 7 n. 1, p. 115-136, 2009.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, no item que apresentava as Linhas de Apoio aos Projetos dos antigos Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, elucidava como uma linha de apoio à “educação e desenvolvimento dos profissionais de saúde para a clínica ampliada<sup>7</sup> seja na atenção básica, nos ambulatórios de especialidades ou nos hospitais de ensino, com ênfase em saúde da família” (BRASIL/MS, 2004a, p. 60). Desse modo, nos estudos referidos anteriormente, esperava-se que alguns trabalhadores da saúde dos hospitais de ensino e da atenção básica, e a maioria dos profissionais responsáveis pelas iniciativas de educação continuada e permanente dessas instituições apresentassem algum nível de conhecimento sobre a política.

Os resultados encontrados nos estudos instigaram-me a refletir sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Mais especificamente, sobre como a estratégia de ação está sendo mobilizada, discutida e realizada efetivamente, ou seja, saber em que contexto e de que forma os sujeitos sociais participam do processo de desenvolvimento das CIES.

Acredito que a relevância e contribuição do presente estudo reside no fato de ser uma pesquisa de caráter participativo, conduzida pela Investigação Temática<sup>8</sup>, inspirada nos construtos freireanos (FREIRE, 2005a). Esta proposta possibilita a reflexão em diferentes níveis e sensibiliza os sujeitos sociais envolvidos para realizar mudanças durante o período de trabalho de campo, o que propicia o fortalecimento de pontos de sucesso dentro das CIES participantes do estudo e estimula

---

<sup>7</sup> Para Campos e Amaral (2007, p. 852), a clínica ampliada busca “aumentar o ‘objeto de trabalho’ da clínica [...] agregando a ele, além das doenças, também problemas de saúde (situações que ampliam o risco ou vulnerabilidade das pessoas). [Considera que] não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas. Clínica do sujeito: esta é a principal ampliação sugerida. Além disso, considera-se essencial a ampliação também do objetivo ou da finalidade do trabalho clínico, além de buscar a produção de saúde, por *distintos meios* – curativo, preventivo, de reabilitação ou com cuidados paliativos –, a clínica também poderá contribuir para a ampliação do grau de autonomia dos usuários [...] exigirá mudança nos meios de intervenção, sejam eles diagnósticos ou terapêuticos. Lidar com pessoas, com sua dimensão social e subjetiva e não somente biológica [...] a terapêutica não se restringirá somente a fármacos e a cirurgias [deve-se] valorizar o poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio psicossocial [...] Desde a construção do diagnóstico – mapa de vulnerabilidade – ao projeto terapêutico, com a clínica ampliada, buscase construir modos de haver uma co-responsabilização do clínico e usuário”. [grifo meu]

<sup>8</sup> Adequação da teoria de conhecimento proposta por Paulo Freire (2001, 2005a, 2006, 2007a) para alfabetização de adultos. Consiste em uma proposta de pesquisa qualitativa do tipo pesquisa participante, que se estrutura a partir da relação dialógica entre os participantes da investigação, sendo que esta relação deve ser mantida considerando o contexto histórico, social, político, econômico e cultural dos participantes.

os participantes a pensarem possibilidades de resolução para problemas que emergem no processo da investigação.

Ainda, outro fato importante na investigação sobre as CIES, com o referido enfoque metodológico, é a construção de conhecimento validado dentro da própria estrutura investigada sobre um tema atual no cenário brasileiro, o qual está diretamente ligado ao processo de consolidação do SUS, pois este estudo contribui para a discussão da EPS, que ganhou status de política pública no Brasil na última década, sendo imprescindível que a análise e a discussão sejam realizadas com os sujeitos sociais envolvidos no processo.

Frente às motivações e justificativas sobre a importância da realização de um estudo dessa natureza, apresento que a **questão** que me instigou a desenvolver esta pesquisa foi saber:

Como se efetiva a estratégia de desenvolvimento – Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço – da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, ligadas a dois Colegiados de Gestão Regional, no Estado de Santa Catarina, na perspectiva dos sujeitos sociais envolvidos?

Para responder à questão norteadora, orientei este estudo pelos seguintes **objetivos gerais**:

- analisar como se efetiva a estratégia de desenvolvimento – Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) – da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, na perspectiva dos sujeitos sociais envolvidos em duas comissões que realizam ações, produzindo ou não, mudanças que contemplam a referida política;
- estimular a ação-reflexão-ação no processo de trabalho das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), a partir dos temas geradores que surgirem, por meio da concepção dialógica<sup>9</sup> de Paulo Freire.

Os objetivos gerais desdobraram-se nos seguintes **objetivos específicos**:

- analisar os aspectos organizacionais, estruturais e relacionais do contexto em que estão inseridas duas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço no Estado de Santa Catarina;
- analisar o conhecimento que os sujeitos sociais, participantes de duas Comissões de Integração Ensino-Serviço no Estado de Santa Catarina,

---

<sup>9</sup> Para Freire (2005a, 2005b, 2007b), o diálogo implica uma práxis, que é o compromisso entre a palavra dita e nossa ação humanizadora, desse modo, a palavra assume o sentido de dizer o mundo e fazer o mundo por meio da ação e reflexão crítica que estão dialeticamente constituídas.

possuem sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

- analisar a participação e o envolvimento dos sujeitos sociais em duas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço do Estado de Santa Catarina, Brasil;
- analisar como ocorre a gestão dos recursos financeiros destinados pela Política Nacional de Educação Permanente em duas Comissões Permanente de Integração Ensino-Serviço no Estado de Santa Catarina.

Por acreditar que a educação é um processo de libertação dos seres humanos e por compreender que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – Portaria GM/MS nº 1.996/07 – pode tornar-se um instrumento para concretização desse processo, defendo a **Tese**:

A instituição da Política de Educação Permanente em Saúde, por meio das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço, efetiva-se a partir do compromisso concreto dos sujeitos sociais envolvidos no processo, bem como de suas articulações políticas com as diferentes esferas de gestão, atenção, ensino e controle social, sendo que este compromisso pode ser expresso por meio da práxis, da defesa e da ação continuada e concreta dos interesses coletivos, em detrimento de interesses individuais e/ou de pequenos grupos.

Esta perspectiva é corroborada a partir das ideias apresentadas por Freire (1999), ao referir que o compromisso dos seres humanos com a sociedade se estabelece no mesmo nível do compromisso consigo mesmo, sendo que “como homem [e mulher] não pode estar fora do contexto histórico-social, cujas relações constroem o seu eu, [pois ele/ela] é um ser autenticamente comprometido, falsamente comprometido ou está impedido de se comprometer verdadeiramente”<sup>10</sup> [grifo meu] (FREIRE, 1999, p. 19-20). Neste sentido, vale lembrar as palavras de Tarrow (1994, p. 47) em relação à ação coletiva, quando este diz que “o maior problema não é fazer as pessoas participarem, mas é fazer com que pessoas que já estão envolvidas em diversos grupos e organizações sustentem uma ação continuada visando um objetivo em comum”.

Logo, cabe lembrar que “a primeira condição para que um ser possa assumir um ato comprometido está em ser capaz de agir e refletir” (Freire, 1999, p. 16). É a capacidade de ação (saber-fazer), ou seja, atuar, operar, transformar a realidade conforme as finalidades propostas

---

<sup>10</sup> Freire (1999, p. 20) diz que “Impedido de comprometer-se verdadeiramente significa, para nós, a situação na qual as grandes maiorias encontram-se manipuladas por minorias, através de ordens. Estas grandes maiorias têm a impressão de que se comprometem, quando, na verdade, são induzidas em seu ‘compromisso’. Escolhem entre as opções (no melhor dos casos) que as minorias lhes indicam, quase sempre manhosamente, pela propaganda”.



pelos seres humanos, aliada à capacidade de reflexão (pensar sobre o fazer), que o faz um ser da práxis (ação-reflexão-ação), tornando-o um “ser mais” comprometido consigo e, por conseguinte, com o seu meio, tendo a possibilidade da educação transformadora ser a mola propulsora para adquirir esta capacidade.

Assim, convido você a caminhar comigo pelos mundos da educação e do trabalho em saúde, os quais, pela EPS, podem se tornar dialeticamente interligados, ao ler e apreciar o presente estudo.

No segundo capítulo, apresento os antecedentes do estudo por meio de um resgate histórico sobre o tema, elaborado a partir da leitura de referenciais de distintos autores e documentos oficiais da Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Início este resgate descrevendo aspectos históricos que permearam a EPS na região das Américas. Posteriormente, apresento os princípios teórico-metodológicos que sustentaram o tema ao longo das últimas décadas. Também descrevo brevemente propostas de ações e programas de EPS realizados em diferentes países nos últimos vinte anos. Para encerrar o capítulo, apresento a evolução da EPS no Brasil até chegar ao status de política pública no contexto histórico do SUS.

No terceiro capítulo, encontra-se a revisão de literatura, na qual estão descritos estudos realizados no Brasil sobre a EPS enquanto programa ou política pública na área da saúde na última década. A importância do capítulo reside no fato de ser um trabalho que apresenta o perfil e descreve as características dos resultados de estudos realizados sobre o tema. Como está apresentado no formato de um manuscrito, proporciona ao leitor conhecer quais aspectos já foram estudados sobre o assunto no Brasil, fato que sustenta o ineditismo do presente estudo de tese.

O referencial teórico-metodológico é descrito no quarto capítulo, no qual elucido o pensamento e as obras do educador e cientista social Paulo Freire, bem como apresento toda a estrutura teórica que sustentou o desenvolvimento da proposta metodológica realizada. Ainda, a partir dos meus pressupostos pessoais, inspirada nos pensamentos de Freire, descrevo os conceitos que sustentam este trabalho.

Na metodologia apresentada no quinto capítulo, descrevo os passos que realizei para desenvolver uma pesquisa qualitativa, do tipo pesquisa participante, a partir de uma adequação da teoria de conhecimento elaborada por Paulo Freire para alfabetização de adultos. Explico a combinação de diferentes estratégias de coleta de informações utilizadas no trabalho de campo, a fim de alcançar os objetivos propostos e comprovar a validade e cientificidade de uma pesquisa de

caráter participativo, inspirado nos referenciais freireanos.

No sexto capítulo, exponho os resultados da investigação. O capítulo está estruturado em quatro manuscritos. Estes foram elaborados procurando responder aos objetivos do estudo e apresentam, a partir dos diálogos e reflexões realizadas no interior dos círculos de investigação das CIES participantes do estudo, aspectos referentes a quatro grandes temáticas que emergiram da perspectiva dos sujeitos sociais do estudo: a) aspectos organizacionais, estruturais e relacionais do contexto das CIES; b) conhecimento dos sujeitos sociais das CIES sobre a PNEPS; c) participação e envolvimento dos sujeitos sociais nas CIES; e d) gestão dos recursos financeiros da PNEPS destinados as CIES.

O sétimo capítulo apresenta as considerações finais a respeito dos achados da pesquisa, em que procuro fazer uma síntese dos resultados, bem como realizo uma autoavaliação da investigação temática desenvolvida, expressando suas limitações e desafios, e ainda, deixo questionamentos a fim de instigar o desenvolvimento de estudos futuros sobre o tema.

## 2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

“...todo amanhã se cria num ontem, através de um hoje [...]. Temos de saber o que fomos, para saber o que seremos”  
(Paulo Freire)

Por acreditar no significado das palavras contidas na epígrafe, considero que o presente capítulo é coerente com quem busca na temática deste estudo “construir um amanhã”, sem desconsiderar toda a trajetória já realizada, pois acredito que não há como construirmos algo e a nós mesmos se não considerarmos e respeitarmos todas as conquistas, os desafios e as limitações enfrentadas em distintos contextos por sujeitos históricos. Assim, apresento, neste capítulo, a contextualização histórica, os princípios teórico-metodológicos e algumas experiências nacionais e internacionais desenvolvidas nas últimas décadas, na região das Américas, sobre o tema de Educação Permanente em Saúde (EPS).

### 2.1 RESGATE HISTÓRICO DE POLÍTICAS E PROGRAMAS DE FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS E A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA REGIÃO DAS AMÉRICAS

Como nas últimas décadas ocorreram múltiplos esforços para fortalecer o setor de desenvolvimento de recursos humanos na região das Américas, neste momento, apresento um resgate histórico sobre como os programas e políticas que envolvem a formação e atualização de recursos humanos na área da saúde vêm sendo discutidos no continente americano, nos últimos 50 anos. A relevância de conhecer tais aspectos reside no fato de que podem nos auxiliar a compreender as diferentes ações desenvolvidas atualmente sobre o tema.

A publicação nº 40 da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), denominada *Resumen de los Informes Cuadriennales sobre las Condiciones Sanitarias en las Américas* de 1958, é considerada a primeira referência sobre planejamento de recursos humanos na saúde no âmbito das Américas (VIDAL, 1984). A partir dessa publicação, iniciaram as

discussões na região sobre o tema, sendo que merecem destaque os documentos oficiais derivados dos seguintes eventos: I Reunião dos Ministros da Saúde de 1963; III Reunião Especial dos Ministros da Saúde de 1972; 1ª Conferência Pan-Americana sobre Planejamento de Recursos Humanos em Saúde de 1973; e, IV Reunião Especial dos Ministros da Saúde de 1977. Tais documentos estruturaram os direcionamentos assumidos pela OPAS/OMS, para organizar teórico-metodologicamente o *Programa de Desarrollo de Recursos Humanos*, o qual foi implementado a partir da década de 80 do século XX e assumiu a Educação Permanente em Saúde como uma das possibilidades dos países conseguirem atingir as metas de saúde a que se propuseram em tal época (HADDAD, DAVINI, ROSCHKE, 1994).

No documento oficial da I Reunião dos Ministros da Saúde de 1963, o item denominado *Educación y Adiestramiento* menciona, entre as metas estabelecidas na Carta de Punta Del Este<sup>11</sup>, a necessidade de formação e capacitação de recursos humanos em nível auxiliar e superior para ações de prevenção e cura de doenças. Apresenta a necessidade de formação e capacitação de enfermeiras, engenheiros sanitários e médicos, com especial destaque a esse último profissional, visto que era compreendido como aquele que assume papel diretivo dentro dos programas, portanto, era considerado o responsável pela orientação do restante dos profissionais da saúde. Logo, este documento fez especial referência ao planejamento da educação médica formal (OPS/OMS, 1963).

Vidal (1984) descreve que, a partir da Reunião dos Ministros da Saúde de 1963, a OPAS e a Fundação Milbank Memorial promoveram, no mesmo ano, na cidade de Nova York, a Conferência sobre Recursos Humanos para as Atividades de Saúde e Educação Médica na América Latina, na qual ficou determinado o desenvolvimento de um estudo sobre recursos humanos para a saúde e educação médica na Colômbia. Estudos semelhantes também foram desenvolvidos neste período, na

---

<sup>11</sup> Documento assinado em 1961, pelos países membros da Organização dos Estados Americanos, na Reunião Extraordinária do Conselho Interamericano Econômico e Social, realizada em Punta Del Este, Uruguai, que, em linhas gerais, procurou estimular reformas sociais e estruturais nos países americanos. A Carta possui dois documentos anexos: A Resolução A.1, intitulada *Plan Decenal de Educación de la Alianza para el Progreso*; e a Resolução A.2, o *Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso*. Este último parece ter lançado as bases do movimento de vanguarda no campo da saúde pública no Brasil e América Latina, especialmente no que se refere à discussão acerca do planejamento em saúde, do aumento de cobertura dos serviços e da reforma dos currículos médicos. Assim, estabelece um importante debate acerca da necessidade de uma nova estruturação no campo dos recursos humanos em saúde (PAIVA, 2004).

Argentina, no Peru, no Chile, na Venezuela e em El Salvador.

Esses estudos foram analisados em 1967, em uma Conferência realizada na Venezuela, sendo que, a partir desse momento, os países participantes iniciaram o planejamento inicial de saúde utilizando o método CENDES-OPS<sup>12</sup> apoiados pelo *Centro Panamericano de Planificación de la Salud de la OPS*, em Santiago, Chile. No entanto, Vidal (1984) aponta que, apesar dos esforços demandados por diferentes países, pouco se avançou em relação ao desenvolvimento de recursos humanos para a saúde e educação médica nos cinco anos subsequentes.

Na *III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas*, realizada em 1972, em Santiago do Chile, foi discutido que, devido ao panorama de que todos os países da região, com exceção de dois, apresentavam serviços de educação para a saúde dentro de estruturas institucionais do setor, o nível operativo dos programas estava limitado, tanto em sua cobertura, como na continuidade e eficácia das ações educativas devido à escassez de recursos humanos, materiais e financeiros ligados aos serviços de educação em geral na saúde. Assim, revisando documentos oficiais, constatei que esta reunião recomendou o desenvolvimento, nos diferentes países americanos, de um processo de planejamento de recursos humanos, o qual fosse incorporado ao planejamento em saúde de cada país, assegurando sua inclusão na legislação correspondente (OPS/OMS, 1973a, 1973b, 1973c; VIDAL, 1984).

Foi definido, na referida reunião, que cada país estruturaria as suas coordenações de unidades de planejamento e avaliação, ficando sob responsabilidade de OPAS organizar e coordenar um sistema continental ao qual todos os países estariam ligados. É possível verificar que, entre as diretrizes da III Reunião, há ênfase na capacitação de pessoal, pois foi recomendada a organização de cursos de curta duração do tipo operativo, assim como a investigação do processo de avaliação e

---

<sup>12</sup> O método CENDES-OPS de Programação em Saúde propõe uma metodologia de gerenciamento da escassez de recursos, de modo a desenvolver ações com maior efetividade frente à impossibilidade, nos países subdesenvolvidos, de atender simultaneamente ao conjunto de necessidades de saúde. O método teve o mérito de, pela primeira vez, trazer para as mesas de discussões do setor da saúde a preocupação com o uso eficiente dos recursos públicos, através de uma cuidadosa análise de prioridades e do cálculo prévio dos resultados esperados com o uso de cada instrumento de ação. As primeiras críticas ao método surgem no início dos anos 70 e referem-se à sua desvinculação com a produção de políticas na sociedade e com a historicidade dos atores envolvidos e ao seu caráter prescritivo e normatizador. A partir dos questionamentos que o método sofreu ao longo desses anos, outras alternativas de planejamento do setor da saúde têm sido apresentadas. Destacam-se o Pensamento Estratégico em Saúde, de Mario Testa, e o Planejamento Estratégico Situacional (PES), de Carlos Matus (TANCREDI, BARRIOS, FERREIRA, s/d).

divulgação através de seminários e cursos de maior profundidade (OPS/OMS, 1973b).

Esses aspectos foram incorporados ao *Plan Decenal de Salud para las Américas* que já estava pré-estruturado para o período de 1971-1980, o qual compreendia a saúde como função social nas Américas e a educação em saúde como um dispositivo necessário para se garantir saúde à população. O item do referido plano denominado *Educación para la salud* sugeria diversas ações no campo da educação formal, desde a estruturação dos currículos segundo a realidade sócio-cultural e dos serviços de saúde de cada país, passando pelo desenvolvimento de infraestrutura nos serviços de saúde de modo a conseguir realizar adequadamente as ações de educação em saúde com a comunidade, até o apoio de processos educativos para os trabalhadores da saúde, a fim de assegurar uma efetiva ação coordenada de toda a equipe de saúde para as atividades de educação para a saúde, entre outros aspectos (OPS/OMS, 1973a).

No item *Recursos Humanos para la Salud*, o plano recomendava a necessidade de promoção do planejamento de recursos humanos em saúde como parte integral dos processos de planejamento para o desenvolvimento econômico e social. Percebi, nos documentos, a defesa do fortalecimento de instituições e programas de formação de pessoal de saúde mediante incremento de ajuda técnica e financeira às universidades e outros centros formadores bem como a melhoria dos processos de ensino-aprendizagem mediante a utilização de recursos mais adequados para esse propósito (OPS/OMS, 1973a, 1973c).

O plano também expressava que, para o desenvolvimento dos recursos humanos, era necessário organizar a “educação continuada” dos profissionais graduados, sendo explicitada a necessidade de realizar as reformas necessárias a fim de promover o máximo “adestramento” nesse campo conforme as prioridades de cada país (OPS/OMS, 1973a, 1973c). Logo, percebo que, nesta época, os responsáveis pelo planejamento das ações de desenvolvimento de recursos humanos não estavam preocupados com as estruturas conceituais e metodológicas que permeavam o tema, pois denominavam de “adestramento” as ações realizadas após a formação inicial.

A 1ª Conferência Pan-Americana sobre Planejamento de Recursos Humanos em Saúde, realizada no Canadá, em 1973, fortaleceu os aspectos destacados na III Reunião dos Ministros da Saúde. Também enfatizou a necessidade de adequar a formação dos profissionais da saúde à realidade dos serviços, a necessidade da criação de unidade de planejamento de recursos humanos nos ministérios de saúde, a

indispensável articulação com o sistema formador (Instituições de Ensino Superior e de Nível Técnico), o desenvolvimento de sistemas de informação e de metodologias específicas para o processo de ensino-aprendizagem, a formação de pessoal para planejamento e a promoção de investigação nesse campo. Desse modo, a caracterização do novo perfil de profissionais ocorreria conforme as necessidades de saúde dos diferentes países, mas principalmente, ligada às necessidade de atenção primária à população (VIDAL, 1984).

Frente à discussão promovida em diferentes cenários em nível das Américas, a OPAS/OMS organizou, em dezembro de 1975, na cidade de Washington, uma reunião com um grupo de expertos em recursos humanos em saúde, na qual houve o reconhecimento sobre a carência de atividades que impulsionassem as ações de educação continuada nas instituições assistenciais, pois o setor saúde não oferecia elementos condicionantes e facilitadores desse processo, sendo que as diretrizes políticas que definiam as prioridades eram um elemento preponderante para a limitação ou desenvolvimento de ações educativas (LLONÉS, 1986; OPS, 1988).

Nesta reunião, a OPAS solicitou do grupo de consulta delineamentos e orientações que facilitassem a formulação e execução de *Planes de Educación Continua para los equipos de salud*. A ação subsequente da então criada *División de Recursos Humanos e Investigación de la OPS* foi estruturar condições para que o governo canadense apoiasse o desenvolvimento dos referidos planos em oito países, na região das Américas. Avaliações realizadas em 1984 sobre o apoio a esses planos expressaram que houve importantes avanços especialmente na preparação e produção de materiais educativos, assim como no incentivo à adoção de recursos humanos e financeiros para organizar e fortalecer os programas de capacitação (OPS, 1988; HADDAD, DAVINI, ROSCHKE, 1994; OPS/OMS, 1995).

A *IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas*, realizada em 1977, na sede da OPAS, em Washington, voltou a enfatizar que, entre os principais obstáculos e condicionantes que incidem sobre a extensão da cobertura dos serviços, encontra-se que a formação e capacitação de recursos humanos não está suficientemente articulada com os serviços de saúde, por conseguinte, não respondem às suas necessidades. Nesta reunião, ficou definido que, para o desenvolvimento real de ações que suprissem as necessidades apresentadas, era necessária a revisão dos planos de desenvolvimento de recursos humanos em todos os níveis e a implantação de medidas que assegurassem a melhor distribuição e utilização de recursos, além da estruturação e aplicação de

novos esquemas administrativos que permitissem a realização ágil das mudanças requeridas, bem como o desenvolvimento de programas conjuntos entre países com características similares para a avaliação, seleção e adaptação de tecnologias apropriadas (OPS/OMS, 1977).

A Declaração de Alma-Ata, apresentada como documento oficial da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, de 1978, consolidou a meta de “saúde para todos no ano 2000”, apresentada um ano antes, na Assembléia Mundial de Saúde. Essa meta instigou a OPAS/OMS a desenvolver estudos nos diferentes países da região e fortalecer as discussões em nível internacional sobre “capacitação de recursos humanos”, visto que essas ações passaram a ser compreendidas como medidas importantes para se atingir o que foi estabelecido como meta (HADDAD e CANALES, 1983; OPS, 1988).

Os estudos realizados em meados da década de 80 do século passado, por grupos da OPAS/OMS, constataram que, entre as áreas da saúde, a Medicina e a Enfermagem se destacavam por ter preocupações com o tema de EPS de seus profissionais. No entanto, as ações que eram desenvolvidas nesse período se estruturavam principalmente dentro de instituições hospitalares para a área de Enfermagem em nível técnico e auxiliar, ou por meio de eventos científicos para os profissionais de ambas as áreas em nível superior, não sendo priorizadas ações na atenção primária (ROSCHKE e CASAS, 1987).

As ações eram desenvolvidas a partir de conceitos limitados dentro de modelos de administração tradicional que percebiam os trabalhadores como peças de engrenagem de uma grande máquina, os quais, quanto mais “capacitados”, “adestrados”, melhor conseguiam desenvolver seus trabalhos e, por conseguinte, geravam mais renda e lucro (ROVERE, 1994). Neste período, mesmo com as discussões propostas desde final da década de 60, pouco se pensava na condição humana, nas ações que pudessem melhorar a qualidade de vida no trabalho dos profissionais, e a realização de ações de educação permanente em saúde com a finalidade de melhorar a atenção prestada aos sujeitos-cidadão do cuidado era vista como algo secundário dentro desse processo.

Assim, a OMS, em seu *Séptimo Programa General de Trabajo – 1985/1989*, entre outros aspectos relacionados à saúde e educação, comprometeu-se em fomentar a cooperação entre os Ministérios da Saúde e Educação nos distintos países, bem como apoiar o planejamento e execução de “planes nacionales de desarrollo profesional, prácticas de supervisión y sistemas de educación continua para todas las categorías de personal de salud, como parte de unas políticas de personal más



amplias” (OPS/OMS, 1981, p. 56).

Mesmo não atingindo mudanças substanciais no contexto sócio-político latino-americano, nas décadas de 80 e 90 do século XX, que permitissem transformar a prática existente no processo saúde-educação em práxis, é inegável que a formulação da meta “saúde para todos no ano 2000” e os compromissos assumidos no *Séptimo Programa General de Trabajo* da OMS foram importantes estratégias de fortalecimento da atenção primária, pois se abriu um novo espaço sobre bases teórico-metodológicas, onde os fatores sociais, políticos, culturais e econômicos apareceram explicitamente ligados ao processo saúde/doença, instigando os responsáveis pela elaboração e efetivação das ações de educação permanente em saúde e de educação em saúde a analisarem estes aspectos (OPS, 1988).

Era de conhecimento que os grandes problemas na atenção à saúde na América Latina se estruturavam (e ainda hoje se estruturam) no campo da atenção primária, à medida que se produzia mudanças importantes de ordem econômica e social nesses países. Frente a essas problemáticas, a educação permanente, também compreendida na época como capacitação, necessitava orientar-se em grande medida a melhorar a competência profissional do pessoal da atenção primária (LLORENS, 1986).

A criação, em 1985, do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos (PDRH-OPAS), coordenado pela OPAS, estruturou-se como uma possibilidade de alcançar as metas para a área de recursos humanos das Américas discutidas desde a III Reunião Especial dos Ministros da Saúde, em 1972 e fortalecida em 1977 e 1978, bem como na *XXII Conferencia Sanitaria Panamericana*, realizada em setembro de 1986, em Washington. Os principais objetivos do programa eram reorientar a educação permanente em saúde na Região das Américas, mediante o esforço conjunto de distintos grupos de trabalhadores latino-americanos, que, por insistência, foram abrindo espaços em diferentes países da região, e promover a produção e divulgação de informações técnico-científicas no campo de Recursos Humanos para a Saúde, especialmente através de estudos e experiências de trabalhos concretos na área da saúde nas Américas e no Mundo (ROSCHKE e CASAS, 1987; HADDAD, ROSCHKE, DAVINI, 1990, FERREIRA, 1994).

Neste sentido, a partir da criação do PDRH-OPAS, os aspectos relacionados à educação após a formação inicial passaram a ser denominados oficialmente de Educação Permanente em Saúde (EPS), sendo apresentada como uma proposta teórico-metodológica de caráter inovador para a região das Américas, em especial à América Latina. No

entanto, vários autores e inclusive a OMS, nos primeiros anos do PDRH-OPAS, utilizavam os termos educação permanente, educação continuada e capacitação como sinônimos para estas propostas inovadoras à área de desenvolvimento de recursos humanos na saúde (OMS, 1981; VIDAL, 1984; MEJÍA, 1986; VIDAL; GIRALDO; JOUVAL, 1986; ROSCHKE; CASAS, 1987).

A partir de leituras dos textos de Vidal (1984), Mejía (1986), Vidal, Giraldo, Jouval (1986) e, principalmente, Roschke e Casas (1987) e Davini (1989), foi possível constatar que, nesse período, a maior preocupação dos autores era apresentar uma proposta teórico-metodológica diferenciada que pudesse causar impacto na realidade dos serviços de saúde, pois utilizavam os termos “enfoque inovador e tradicional”, sem apresentar uma denominação específica para as ações de desenvolvimento de recursos humanos que se estruturavam dentro do enfoque tradicional.

Assim, mesmo havendo uma clara discussão teórico-metodológica entre “propostas” tradicionais e inovadoras para o desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde, desde o final da década de 80 (DAVINI, 1989), somente a partir da metade da década de 90 o termo “educação permanente em saúde” foi definido conceitualmente como sendo algo diferente dos termos “educação continuada” e “capacitação em serviço”. O primeiro é utilizado para definir uma estrutura inovadora, a partir de uma metodologia de estudo no trabalho e a partir do trabalho, compreendendo o trabalho como fator educativo, utilizando-se metodologias de ensino-aprendizagem de caráter problematizador. Os dois últimos são empregados para as ações de caráter mais pontuais, a partir de metodologias tradicionais de ensino, as quais também têm a sua importância em determinados momentos, no entanto não devem guiar as ações nesse campo (ALMEIDA, 1997, MOTTA, 1998, 2002; OPS/OMS, 2002). A partir das leituras realizadas, foi possível constatar que esta diferenciação conceitual foi efetivamente assumida no Brasil, no entanto, nos demais países das Américas, não se percebe essa diferenciação como algo implantado.

Em 1997, um grupo de trabalho da OPAS/OMS reuniu-se em Buenos Aires para discutir aspectos sobre a avaliação das capacitações em saúde, a partir das reformas setoriais apresentadas em diferentes países. Esse grupo constatou que

por exigencias de criterios de eficiencia establecidos en los convenios que definen los proyectos de apoyo a las reformas, en muchos países se están introduciendo modalidades nuevas

de gestión educacional basadas no en una lógica de programas sino de proyectos, no en modalidades de gestión directa sino en modos competitivos de asignación (OPS/OMS, 1997, p.1).

Essa lógica estava diretamente ligada a toda estrutura neoliberal que a maioria dos países latino-americanos assumiram nessa década, a qual era defendida pelos países desenvolvidos e pelos bancos internacionais de financiamento como sendo a mais correta e progressista para atingir um alto nível de desenvolvimento. Esta natureza econômica foi criticada por alguns consultores da OPAS/OMS, visto a dificuldade que propostas deste gênero enfrentam em relação à sustentabilidade das ações nas áreas de educação em saúde, pois, quando terminam os recursos provenientes de fontes externas, na maioria das vezes não se consegue manter as ações, o que gera estruturas pontuais e limitadas de desenvolvimento (OPS/OMS, 1997).

Estas ações pontuais, estruturadas a partir de projetos e financiadas por recursos internacionais que ocorreram por toda a década de 1990 e em alguns países latino-americanos, durante a primeira década do século XXI, diferenciam-se das propostas denominadas políticas de Estado, em que se buscam desenvolver ações que se mantenham por longos períodos, de modo a garantir mudanças reais.

Analisando os processos de reforma no setor saúde vivenciados no final da década de 1990, nos diferentes países das Américas, pude constatar que houve duas grandes áreas de impacto nos componentes de capacitação, as quais se estruturaram a partir de modelos contra-hegemônicos na área da saúde: a) sobre a direção e gerência dos serviços no marco da descentralização, em que se inclui a capacitação orientada a aportar mudanças nas estruturas de saúde, em nível federal, estadual e municipal, estendendo-se até as direções institucionais; b) sobre a atenção à saúde propriamente dita e aos trabalhadores dos serviços de saúde, no marco de novos modelos de organização e de estratégias de melhoramento da atenção, com ênfase ao fortalecimento da atenção primária (OPS/OMS, 1997).

No entanto, ao final, o financiamento para esse setor, na maioria dos países das Américas, ainda era gerado a partir da lógica de projetos para estratégias de educação em saúde distintas, conforme a lógica neoliberal estabelecida (OPS/OMS, 1997). Em muitos projetos, era possível perceber componentes de capacitação definidos em função dos

objetivos das reformas, que se constituíram como desafios para as instituições acostumadas a uma concepção reprodutora, esporádica, vertical e pouco participativa de educação e uma gestão dos processos educacionais centralizada, muito burocratizada e em geral carente de recursos.

A realidade desse período é que, em um bom número de países, nunca houve tanto dinheiro para capacitação de recursos humanos com prazos tão curtos, em contextos político-institucionais tão instáveis e complexos. Frente a isso, o maior desafio dos grupos nacionais responsáveis pelos projetos era aplicar e executar, de maneira eficiente e com impacto, os recursos que estavam recebendo, sendo a maioria proveniente de endividamento externo com o Fundo Monetário Internacional (FMI) e com o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) (OPS/OMS, 1997).

Outro desafio enfrentado na época, que se estende até os dias de hoje, era responder de maneira efetiva, às necessidades de capacitação nos diferentes cenários de saúde, com especial atenção ao nível local, por meio da elaboração de projetos que contemplam os diferentes contextos e realidades com segurança nos resultados. Assim, a OPS/OMS (1997) apresenta que o desenvolvimento dessas capacidades implica: a) identificar as necessidades educacionais baseadas em problemas e solicitações dos próprios serviços, programando as ações de forma conjunta; b) garantir que os programas sejam relevantes às necessidades identificadas e incorporem os componentes da capacitação e avaliação; c) avaliar os programas a partir do marco teórico-metodológico da educação permanente em saúde disseminando pela OPAS/OMS, na década de 80.

A partir da reunião do grupo de apoio da OPAS/OMS, em 1997, e outras realizadas em anos anteriores, foi possível constatar, nos diferentes países, a baixa qualificação de equipes nacionais para a elaboração, desenvolvimento e avaliação de projetos na área de recursos humanos na saúde, em especial relativos às questões de educação permanente em saúde; a baixa efetividade de um sistema de apoio que se responsabilizasse pelos diagnósticos situacionais ao início dos projetos, o que dificulta ou impossibilita a avaliação do processo realizado; e a dificuldade de efetivar cooperação técnica entre os países, mesmo frente a novas condições de um mundo em constante mudança, em que os prazos para execução de qualquer proposta estão cada vez mais restritos, logo, a articulação política se coloca como uma variável fundamental (OPS/OMS, 1995, 1997).

Estas constatações impulsionaram a OPAS/OMS a pensar,

organizar e propor estratégias que facilitassem o acompanhamento e cooperação das ações referentes a recursos humanos em saúde na região da Américas. Para tanto, no final da década de 90, voltam a fortalecer os princípios teórico-metodológicos da Educação Permanente em Saúde, apresentados na década de 80, que estão descritos no próximo item deste capítulo, enfatizando de modo especial a necessidade de avaliação permanente das ações como parte essencial da EPS.

Frente a isso, OPAS/OMS propõe, em 1999, como estratégia para facilitar o acompanhamento/assessoramento das equipes nacionais responsáveis pelos projetos que envolvem os recursos humanos em saúde, a criação e estruturação da Rede de Observatórios de Recursos Humanos na área da saúde. A implementação dessa proposta necessitou um trabalho concentrado em nível central, porém interprogramático e interagencial entre as representações da OPAS nos distintos países, o qual foi gestado em 1995, ao referirem que

partiendo de las necesidades de cada una de estas instancias permita generar iniciativas conjuntas de trabajo concreto que apliquen este enfoque educativo en proyectos concretos; el nivel educacional con la formación de grupos funcionales interprogramáticos, construcción de alianzas interagenciales e intersectoriales, aplicadas igualmente en el diseño y ejecución de proyectos concretos, y entre países para fomentar el intercambio y fortalecer la estructuración de redes de comunicación horizontal y sistemática (OPS/OMS, 1995, p. 358).

A Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde configurou-se como sendo de fundamental importância para suprir as necessidades de obtenção de informações, além de produzir e difundir conhecimentos e instrumentos que orientam os processos de regulação, gestão, formação, desenvolvimento e formulação de políticas de recursos humanos em saúde (OPS/OMS, s/d).

A OPS/OMS (2001a) voltou a apresentar, no documento CD43/9 da 43ª Reunión Del Consejo Directivo y 53ª Sesión Del Comité Regional sobre Desarrollo y Fortalecimiento de la Gestión de los Recursos Humanos en el Sector Salud, em 2001, uma preocupação especial sobre o tema de desenvolvimento e fortalecimento da gestão no setor saúde, considerado-o de extrema importância para o desenvolvimento de ações de EPS no início do século XXI. No mesmo ano, ocorreu a III Reunión

*de Ministros de Salud de Iberoamérica*, em Havana – Cuba, que considerou a formação e capacitação de recursos humanos em saúde como importante para o aperfeiçoamento dos sistemas de avaliação da atenção primária e secundária em saúde.

Desse modo, foram elaboradas diferentes propostas de ações em países das Américas que visavam à superação das fragilidades no setor de EPS. Tais ações variaram desde cursos de curta duração elaborados a partir de um enfoque problematizador, até cursos em nível de aperfeiçoamento e especialização *lato sensu*, sobre a gestão pública em saúde, também seguindo a proposta teórico-metodológica da Educação Permanente em Saúde, com o envolvimento de diferentes áreas e setores, incluindo a Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde.

Ainda em 2001, na *43ª Reunión del Consejo Directivo*, foi aprovada a Resolução CD46R.6, a qual define que os estados membros da OPAS/OMS

participen activamente en la iniciativa del Observatorio de los Recursos Humanos facilitando en cada país la constitución de grupos intersectoriales e interinstitucionales para el análisis de la situación, la producción de información esencial y la formulación de propuestas en materia de política, regulación y gestión de los recursos humanos (OPS/OMS, 2001b, s/p).

Este documento apresentou a necessidade de envolvimento das estruturas diretivas dos distintos países a fim de mobilizar diferentes setores e instituições a se organizarem como Observatórios de Recursos Humanos, visto que funcionam por meio de representantes de autoridades sanitárias, importantes universidades e associações profissionais. Com a intenção de facilitar a estrutura de trabalho da Rede de Observatórios, definiu-se que as informações seriam organizadas em quatro áreas, sendo uma delas “la educación y el adiestramiento profesional para la fuerza laboral de salud” (OPS/OMS, s/d, p. 266).

A Rede de Observatórios começou em 1999, com nove países membros, e, depois que a iniciativa ficou conhecida e houve o fortalecimento da proposta por meio da Resolução CD49R.6, outros países que compartilhavam as mesmas inquietudes se associaram. Atualmente, 21 países compõem a Rede de Observatórios Recursos

Humanos em Saúde, entre esses, Argentina, Brasil, Peru e Cuba incluíram a Rede de Observatórios como uma atividade regular de suas unidades de recursos humanos, o que configurou um caráter oficial a esses grupos nacionais, que fortalecem os programas e/ou políticas nessa área (OPS/OMS, s/d).

Em outubro de 2005, ocorreu a *VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud* em Toronto - Canadá, promovida pela OPAS/OMS, Ministério da Saúde do Canadá e Ministérios da Saúde e Cuidados Prolongados do estado de Ontário. O documento final dessa reunião, denominado *Llamado a la Acción de Toronto* para uma década de recursos humanos em saúde (2006-2015), juntamente com as *Metas Regionales en Materias de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015* instituídas na *27ª Conferencia Sanitaria Panamericana e 59ª Sesión del Comité Regional* em 2007, são documentos oficiais que atualmente orientam as estratégias de ação no campo de recursos humanos, nos diferentes países das Américas (OPS/OMS, 2005, 2007a; RIGOLI, ROCHA, FOSTER, 2006).

Tais documentos são marcos estratégicos que enfocam aspectos, no âmbito da gestão de recursos humanos em saúde, que os países deveriam seguir ao estruturar seus Planos de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde. Orientam que sejam elaborados planos a curto, médio e longo prazo, conforme as necessidades que precisam ser atingidas, sendo importante revisões anuais dos planos a longo prazo. Ainda, reconhecem que, para o desenvolvimento exitoso dos recursos humanos em saúde, o planejamento e a formulação de políticas devem resultar de um esforço multissetorial entre saúde, educação, trabalho e finanças, que provoca a articulação de atores governamentais e não governamentais (OPS/OMS, 2005, 2007a).

Para o *Llamado a la Acción de Toronto*, o desenvolvimento de planos de recursos humanos estruturados a partir de sistemas de saúde baseados na Atenção Primária à Saúde e no fortalecimento da infraestrutura da saúde pública são reconhecidos como as ações que podem causar a maior repercussão nos resultados de saúde nos países. Esses aspectos foram fortalecidos em oito das vinte metas regionais apresentadas em 2007, que enfocam objetivos no âmbito da Atenção Primária a Saúde, especialmente aquelas vinculadas à existência de políticas e planos em longo prazo, que assegurem contar com pessoal em número suficiente, competente e nos lugares adequados segundo os requerimentos de saúde da população (OPS/OMS, 2005, 2007a; RIGOLI, ROCHA, FOSTER, 2006).

Ao analisar tais documentos, constatei que a ênfase recai sobre as

questões relacionadas à educação na área da saúde direcionadas em torno dos processos formais de educação, sendo que os aspectos relacionados diretamente à Educação Permanente em Saúde possuem pouca expressividade, como pode ser observado nas metas 17 a 20 que atendem ao 5º desafio apresentado no *Llamado a la Acción de Toronto* (OPS/OMS, 2007a). Em relação aos aspectos de EPS, o *Llamado a la Acción de Toronto* cita diretamente apenas a necessidade de

Desarrollo de procesos de formación-capacitación en los ámbitos sub-regionales para desarrollo de liderazgo;

Articulación de escuelas de salud pública en el ámbito sub-regional para el fortalecimiento de la práctica de la salud pública (investigación/capacitación) (OPS/OMS, 2005, p. 5).

Assim, atualmente, percebo, nas Américas, que o foco central sobre a articulação educação e saúde encontra-se nas ações de educação formal, nos diferentes níveis (técnico até pós-graduação), com especial ênfase à formação em nível de graduação. No entanto, é possível enfatizar que, para atingir, nos distintos países, as metas apresentadas nesses documentos, seja necessário realizar propostas de EPS junto a professores e profissionais dos serviços, a fim de que estes sujeitos consigam incorporar novas posturas na estrutura do trabalho e do ensino, de modo a provocar mudanças efetivas no processo ensino-aprendizagem da graduação. Tais ações devem procurar seguir os princípios teórico-metodológicos para EPS preconizados pela OPAS/OMS, desde a década de 80 do século passado, que estão apresentados no item a seguir.

Neste apartado, foi possível constatar a trajetória histórica sobre o desenvolvimento de Recursos Humanos na região das Américas, desde o momento que se iniciaram as primeiras discussões sobre o tema de EPS, até as atuais propostas estruturadas na região que apresentam um direcionamento mais voltado ao processo de educação formal na área da saúde, sendo permeado pelos enfoques teórico-metodológicos discutidos na EPS.



## 2.1.1 PRINCÍPIOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE ASSUMIDOS PELA OPAS/OMS A PARTIR DA DÉCADA DE 80 DO SÉCULO XX

Neste tópico, inicialmente faço um resgate da origem e desenvolvimento dos princípios teórico-metodológicos que estruturaram o conceito de educação permanente nas ciências humanas. Na sequência, busco discutir os princípios que diferenciam os conceitos de educação permanente e educação continuada assumidos na área da saúde, nas três últimas décadas, até chegar à abordagem utilizada atualmente em saúde, em especial no Brasil, visto que tal estrutura teórico-metodológica é a base de sustentação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde brasileira.

As questões conceituais sobre educação permanente são discutidas há muitos anos na área da Pedagogia, tendo, entre seus precursores, autores da Escola Francesa que trabalharam este conceito desde o século XVIII (GADOTTI, 1992). Entre os autores franceses atuais que abordam o tema, Pierre Furter (1974) se destaca por apresentar, em sua obra “Educação Permanente e Desenvolvimento Cultural”, as questões de educação permanente a partir de três definições:

- a) compreendida como um processo contínuo do desenvolvimento individual, no qual a pessoa progride de acordo com sua necessidade e condições. Não tem organização central nem coordenação. A atividade é individual e muitas vezes autodidata, sempre por iniciativa voluntária;
- b) tida com um princípio de organização de um sistema global de formação, exerce uma ação renovadora e torna o sistema escolar mais flexível e amplo. Agrupa-se em parassistemas com a inspeção do Estado. As atividades são coletivas, organizadas e orientadas algumas vezes por educadores. Quem promove são administradores e planejadores da educação;
- c) vista como uma estratégia de formação para o desenvolvimento cultural, seu objetivo é orientar uma política de recursos humanos visando ao desenvolvimento cultural. Sua organização não possui um único sistema, pois se utiliza das instituições já envolvidas, interdisciplinar e interministerial na forma de programas. A atividade é em grupo, orientada por profissionais interessados e a supervisão e avaliação é feita por educadores especializados. Os promotores são planejadores de recursos humanos no âmbito do planejamento regional.

Entre os autores latino-americanos, o educador brasileiro Moacir

Gadotti aprofundou os estudos nessa área, em sua tese de doutorado na década de 80 do século XX. Gadotti (1992, 2001) nos chama atenção, em diferentes obras, sobre o fato de que o termo “Educação Permanente” tem sido usado para designar muitas coisas diferentes e até opostas, como educação de adultos, educação extraescolar, formação profissional, formação supletiva, reciclagem, educação informal, entre outros. Porém, de modo geral, serve para identificar a preocupação com uma educação fora do sistema educacional. Acredito que essas múltiplas compreensões se devem ao fato de a própria escola precursora apresentar distintos conceitos para definir a educação permanente, conceitos que abarcam desde processos extremamente individuais até o envolvimento do Estado nas ações realizadas.

Dentro do contexto histórico, na década de 70 do século XX, a Educação Permanente passou a ser a base da Política Educacional da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), sendo que os conceitos assumidos nos documentos oficiais foram elaborados a partir dos preceitos da Escola Francesa (GADOTTI, 1992). Com base nos documentos da UNESCO sobre o tema, a OPAS/OMS, na década de 80, estrutura o referencial teórico-metodológico sobre educação permanente em saúde, o qual surge como uma proposta de caráter inovador, que busca adequar os processos de educação dos profissionais à realidade e às necessidades dos sistemas e serviços de saúde (ROSCHKE; DAVINI, HADDAD, 1993).

Assim, as ideias de Educação Permanente em Saúde, assumidas pela OPAS/OMS, estruturaram-se a partir de conceitos emancipatórios e crítico-reflexivos apregoados pela Escola Francesa, que tinham por finalidade a análise política, social e econômica das estruturas que envolvem o processo saúde/doença ao propor e desenvolver ações de educação. Frente a essa nova lógica, autores como Roschke e Casas (1987), Davini (1989), Roschke, Davini, Haddad (1993) e a própria OPS/OMS (1995), referem que a “educação continuada” evoluiu tanto em relação ao seu conceito como na forma de se traduzir nos contextos dos sistemas de saúde na região das Américas.

Como na pedagogia, nota-se, a partir das referências acima citadas, que na área da saúde as discussões sobre os processos de educação dentro do planejamento de recursos humanos eram de distintas ordens, pois se enfatizava tanto a necessidade de educação formal de recursos humanos em nível auxiliar, técnico e superior, quanto a educação em saúde para a comunidade, bem como se fazia alusão ao que denominavam inicialmente “adestramento” ou “capacitação” após a formação inicial, dando destaque à capacitação em serviço na atenção

primária. Desse modo, a educação permanente em saúde era percebida como uma aprendizagem contínua, cuja duração se mescla entre a vida acadêmica e profissional.

Roschke e Casas (1987) referem que ocorreu uma evolução no conceito de “educação continuada” na área da saúde, entre as décadas de 70 e 80. Tal evolução seguiu as três compreensões de educação permanente apresentadas por Pierre Furter no início da década de 70. Assim, num primeiro momento, conforme conceituado em 1975 pelo grupo de consulta da OPAS/OMS sobre o tema, caracterizava-se como um processo de ensino-aprendizagem ativo e permanente, que se inicia ao terminar a formação básica e se destina a atualizar e melhorar a capacitação de um indivíduo ou de um grupo como resposta frente à evolução científico-tecnológica e à necessidade social, e também era compreendida como um mecanismo para corrigir problemas e suprir a carência da educação formal.

O segundo momento inicia em 1979, quando se interpreta a “educação continuada” com a perspectiva andragógica, ou seja, a educação deve ocorrer durante toda a vida adulta, com a finalidade de autogestão do ser humano. Assim, a educação estrutura-se como um processo de constante atualização com o fim de transformar o meio em função de construir uma nova sociedade (ROSCHKE; CASAS, 1987).

Em 1982, a partir da oficina de ensino de administração dos programas de Enfermagem organizadas pela OPAS/OMS, a “educação continuada” passou a ser visualizada como um processo integral, dinâmico, participativo, que se desenvolve atendendo às necessidades individuais ou de equipes de saúde. Ainda, deve estar de acordo com os compromissos dos profissionais frente aos planos nacionais e estratégias do sistema de saúde dos diferentes países.

Nesse sentido, Vidal (1984) destaca a importância de estruturar políticas que promovam e incentivam processos de “educação continuada” para melhoramento da carreira funcional dos trabalhadores de modo a desenvolver as pessoas e, por conseguinte, os serviços em nível local, por meio da ação conjunta entre educação, serviço e supervisão. Assim, ele caracteriza a “educação continuada ou permanente” como

aquella que privilegia la dignidad de la persona (madura y responsable) y su derecho democrático a dar y recibir aprendizaje según sus necesidades individuales y sociales, dentro de un proceso concebido sin término temporal, a darse en todas las etapas de la vida, sin restricciones sociales (al

alcançe de todos) y sin exclusión de contenidos y da prioridad a la riqueza de la realidad social como fuente válida de aprendizaje (VIDAL, 1984, p. 27).

Ainda, um documento posterior publicado pela OPAS, apresenta a “educação permanente” como

proceso permanente, [que] promueve el desarrollo integral de los trabajadores del sector, utilizando el acontecer habitual del trabajo, el ambiente normal del quehacer en salud, y el enfrentamiento y estudio de los problemas reales y cotidianos, como los instrumentos y situaciones más apropiados para producir tal aprendizaje (OPS, 1988, p. 27-28).

Neste terceiro momento, é possível perceber uma preocupação com o trabalhador da saúde como pessoa, pois são incluídos no conceito aspectos da promoção humana em busca de dignidade, a dimensão participativa e a conjugação de esforços entre educação e serviços, dando prioridade para estruturação de ações de educação a partir das realidades social e de trabalho. Rovere (1994, p. 70), com o intuito de enfatizar o último aspecto, conceitua a “Educación Permanente en Salud como la educación en el trabajo, por el trabajo e para el trabajo en los diferentes servicios, cuyas finalidades es mejorar la salud de la población”.

Assim, os pressupostos disseminados pela OPAS/OMS que sustentaram as ações de educação permanente em saúde, a partir da década de 80, na região das Américas, estão apresentados por Vidal (1984), Haddad, Mojica e Chang (1987), OPS (1988), Davini (1989), Roschke, Davini, Haddad (1993), Rovere (1994) e OPS/OMS (1995, 1997) e são claros em relação às seguintes características:

- a) o processo educacional é contínuo, permanente, sem limite de tempo e sem espaços de interrupção, ou seja, ocorre ao longo da vida laboral do trabalhador e está constituído e orientado para obter uma aprendizagem na realidade do trabalho;
- b) as estratégias educacionais utilizadas no processo devem centrar-se na realidade e problemas próprios dos serviços de saúde. Logo, o trabalho se converte em eixo central da aprendizagem, sendo que a análise dos problemas, a consideração de suas causas e fatores

determinantes, a formulação de alternativas e o produto final das ações são os elementos que consolidam a aprendizagem;

c) as ações educativas são dinâmicas, participativas e devem responder ao contexto real dos serviços de saúde, baseadas na política de saúde de um país de modo a enfrentar as necessidades sociais e de saúde, a partir do questionamento e utilização de conhecimentos vigentes, que impulsionam a geração de novos conhecimentos;

d) os grupos (formados por profissionais de uma única área), equipes de trabalhadores (relativo à estrutura multiprofissional) e usuários são os que efetuam as ações de saúde, sendo que não há ações de saúde que possam ser desenvolvidas com êxito de forma individual. Logo, a EPS também deve ser uma ação de equipes, multiprofissional e universal, contrariando processos educativos tradicionais caracterizados por ser do tipo individualista, no qual os futuros profissionais são formados para trabalhar de maneira independente;

e) as premissas assinaladas indicam a necessidade de introduzir enfoques diferenciados no papel que atualmente desempenham os docentes e os trabalhadores dos serviços de saúde. Estas modificações implicam mudanças na função das instituições educativas e dos serviços de saúde, e isto significa que a educação deve assumir formas e conteúdos mais flexíveis, apoiados nos referenciais de investigação, com metodologias de ensino-aprendizagem criativas e inovadoras que promovam e despertem a participação ativa e comprometam tanto os trabalhadores da saúde, como a população envolvida na tarefa de transformar os serviços e as práticas de saúde. A metodologia problematizadora é referida como a principal estratégia, visto que parte da premissa de que é pelo incentivo à capacidade criativa do aluno – aqui compreendido como trabalhador da saúde – agente de transformação, que é possível detectar problemas reais e buscar soluções originais para resolvê-los;

f) o âmbito das ações educativas pode variar desde um serviço em uma comunidade, até possuir um caráter nacional, pois a capacitação de pessoal não deve ser um componente adicional do trabalho em saúde, mas, sim, inerente a esse tipo de trabalho, logo, é um elemento básico dos planos de saúde, sendo que forma parte integral de uma estratégia sanitária e suas ações se organizam como resposta a necessidades de aprendizagem derivadas de um contexto concreto;

g) a educação permanente em saúde, concebida como um processo permanente, está ligada ao desenvolvimento da infraestrutura dos serviços. Em consequência, responde a um processo de planejamento qualitativo e quantitativo de pessoal. A administração educacional é

compreendida como uma administração que tem como propósito garantir o alcance progressivo de objetivos e metas em um componente essencial do quefazer educativo em saúde. Portanto, a educação permanente em saúde é integral, tendo implicações técnicas e administrativas, sociais e individuais, gerais e particulares;

h) a educação permanente em saúde deve prever um componente avaliativo que se incorpore como parte essencial das propostas, logo, seja também permanente, a partir de um enfoque de processos avaliativos crítico-participativos, que promovam um efetivo desenvolvimento dos envolvidos.

A OPS (1988) destaca ainda que as opções pedagógicas adotadas por um país em relação aos processos educativos são influenciadas pela ideologia predominante, sendo que, quando uma opção é utilizada sistematicamente durante muito tempo, tem consequências não somente sobre a conduta de uma pessoa, mas sobre o comportamento da sociedade. Apostando nessa mudança gradual de comportamento, é que a OPAS/OMS adotaram os pressupostos descritos anteriormente para servirem de diretrizes aos programas e/ou políticas sobre o tema EPS propostas nos diferentes países da região das Américas.

A OPS/OMS (1995) apresenta que, frente às especificidades dos problemas do trabalho em saúde e seus diferentes graus de complexidade, não se pode falar de um modelo único de fazer EPS. No entanto, é indispensável estruturar princípios pedagógicos que respaldam um desenho metodológico que ofereça respostas a particularidades de cada experiência. Desse modo, a proposta de EPS não exclui outras alternativas, mas, sim, inclui iniciativas já existentes como uma gama de possibilidades complementares, cujos limites e potencialidades devem ser explorados à luz dos princípios da proposta de caráter transformador (DAVINI, 1989, 2009).

Desse modo, OPAS/OMS referem, em seus documentos, que, para a real efetivação de ações dentro das características apresentadas anteriormente, é essencial a existência de uma vontade política que respalde o desenvolvimento de processos educativos e que permitam superar as barreiras legais, administrativas, entre outras que possam surgir. Ainda, o processo de desenvolvimento deve estar organizado a partir de análises estruturais e de conjuntura, de modo que a primeira apoie a realização de objetivos gerais a longo prazo e, a segunda permita adaptações e o aproveitamento de oportunidades de ações imediatas (OPS, 1988; HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994).

Outro aspecto importante destacado pela OPS (1988), no processo de estruturação das ações de EPS, diz respeito à

descentralização<sup>13</sup> das ações tanto de educação como nos serviços, sendo que essa deve estar diretamente subordinada ao processo de descentralização político-administrativa dos países. Logo, não há como fazer ações de EPS de forma descentralizada se o tipo e a natureza da organização do Estado não estão estruturados de modo a exigir novas formas de trabalho que permitam a participação de todos os setores envolvidos, inclusive na etapa de programação das ações.

No entanto, em relação aos processos de descentralização realizados na maioria dos países da região, constatei que não houve um acompanhamento no sentido de fortalecimento da capacidade de regulação, bem como nem sempre ocorreu a transferência de financiamento e o fortalecimento da capacidade de descentralização para a gestão de recursos humanos. O Brasil constitui uma exceção, visto que a descentralização se realiza com transferência de recursos financeiros e se delega capacidade de regulação. Ainda, em âmbito nacional, desenvolve-se a formulação de políticas e planejamento de recursos humanos (OPS/OMS, 2007b).

Neste item, foi possível perceber a pluralidade de conceitos que permeiam a educação permanente, desde sua origem nas ciências humanas bem como apresentar as características teóricas que devem permear os processos metodológicos de desenvolvimento da EPS, de modo que essa possa ser compreendida como tal na área da saúde.

## 2.1.2 PROPOSTAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DESENVOLVIDAS NA REGIÃO DAS AMÉRICAS

A partir das diretrizes apresentadas pela OPAS/OMS para a organização de ações, programas ou políticas de EPS na região das Américas, vários países, durante a década de 90 do século XX e nesta primeira década do século XXI, procuraram elaborar seus planejamentos

---

<sup>13</sup> As questões sobre descentralização abordadas pela OPAS/OMS se estruturaram a partir das discussões propostas por Rondinelli; Nellis; Cheema (1983), citados por Haddad; Roschke; Davini, (1994), que compreendem a descentralização como a transferência de responsabilidade em matéria de planejamento, gestão, obtenção e distribuição de recursos, desde o governo central e suas agências, até as unidades ou níveis subordinados, as autoridades regionais e as organizações privadas ou voluntárias não governamentais. Este conceito foi assumido em vários países das Américas como um princípio básico para viabilização dos sistemas locais de saúde, pois é através dela como eixo político de redistribuição de poder, que se pode criar um lugar com maior ou menor grau de autonomia decisória e proporcionar instalação ou restauração de poder local.

de recursos humanos em saúde levando em conta tais propostas. Neste item, apresento alguns exemplos que foram encontrados na “*Serie Desarrollo de Recursos Humanos en Salud*”, publicada pela OPAS/OMS a partir dos anos 1970 (OPS/OMS, 1993). Outras ações são apresentadas nos sites da “Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde”, estruturados a partir do final da década de 1990 e em publicações de autores que estudam o tema.

É necessário contextualizar que, durante as décadas de 80 e 90 do século XX, diferentes países latino-americanos vivenciaram momentos de crises econômicas, redemocratização nos cenários políticos e de mudanças setoriais, caracterizados por descentralizações, projetos de intervenção e desenvolvimento institucionais financiados com fundos externos, abertura de mercados de atenção, mudanças em regimes financeiros com tendências a privatizações, mudanças na forma de gestão dos serviços, entre outros. Essas mudanças implicaram diretamente na situação dos recursos humanos e racionalização de pessoal, sendo que a área da saúde não se eximiu desses impactos (OPS/OMS, 1995).

As principais implicações na área da saúde foram relacionadas com o planejamento de recursos humanos; a precarização das condições de trabalho; as restrições de financiamento a serviços básicos; e a terceirização de serviços. Logo, as instituições de saúde não se sentiam responsáveis pela “capacitação” de um número significativo de trabalhadores, o que se reflete nas condições de trabalhos dos profissionais da saúde na maioria dos países das Américas (OPS/OMS, 2005, 2007b).

Desse modo, a decisão de implementar processos de EPS, a partir da lógica apresentada pela OPAS/OMS, foi efetivada em poucos países, visto que implicava um grande número de participantes e, principalmente, o envolvimento desses trabalhadores como sujeitos do processo, sendo que a maioria das ações de educação ainda se estruturavam a partir de atualizações e capacitações pontuais, com alguns enfoques em programas de liderança e melhoria da gestão (ROSCHKE; DAVINI, HADDAD, 1993; HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994; OPS/OMS, 1995).

Neste sentido, entre os desafios que a EPS enfrentou na década de 1990 e continua enfrentando em vários países da região, encontra-se a extensão de enfoques demandados para a temática, que variam desde ações de EPS a profissionais de nível superior, técnicos e auxiliares das mais distintas funções e perfis, a mudanças de processos institucionais e setoriais, com diferentes orientações políticas e finalidades diversas que



instigam a pensar e desenvolver projetos de EPS de modos muito distintos, além da limitação orçamentária para processos dessa natureza (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994).

Para enfrentar essas diversidades, uma proposta disseminada pela OPAS/OMS e desenvolvida em distintos países da região, a partir da metade da década de 1990, foi a formação de “facilitadores”, compreendidos como líderes e promotores técnicos de EPS, sendo que, teoricamente, esta qualidade é que os distingue dos chamados multiplicadores ou reprodutores de programas específicos (OPS/OMS, 1995). A partir do ano 2000, essa proposta foi ampliada, passando a considerar importante a formação de tutores, facilitadores e supervisores para difundir de maneira eficaz as ações de EPS. No entanto, essas ações também foram de difícil implementação, visto que nem todas as pessoas que aceitavam participar desse processo de formação de tutores e facilitadores tinham perfil para desenvolver suas atividades a partir do enfoque de metodologia problematizadora, todavia é uma estratégia ainda utilizada em vários países (OPS/OMS, 2002).

A OPAS/OMS apresenta que, nos primeiros anos da década de 1990,

En los diversos proyectos y modalidades en que se viene aplicando la práctica de la EPS y en las demandas de cooperación técnica por la EPS, surgen diversas situaciones o condiciones de tensión o desajuste entre las necesidades de la práctica de salud (atención, formación profesional, capacitación, actualización, desarrollos o reformas institucionales, etc) y las posibilidades de responder que la propuesta tiene en el actual nivel de desarrollo. De cierta forma estas situaciones pueden estar reflejando algunos vacíos o insuficiencias de nivel teórico o metodológico de la propuesta o dificultades en su aplicación (OPS/OMS, 1995, p. 356).

As publicações realizadas na região das Américas, até os primeiros anos da década de 1990, foram derivadas basicamente dos seguintes países: Argentina, Chile, República Dominicana, Peru, Honduras, Bolívia, México, Cuba, Venezuela, Colômbia, Nicarágua e Brasil, sendo que se limitaram a apresentar propostas e/ou experiências iniciais de programas desenvolvidos nos respectivos países sobre EPS em diferentes enfoques. A partir da contextualização da realidade dos

diferentes países apresentada nas publicações, foi possível constatar os aspectos de tensões e desafios anteriormente citados (HADDAD, ROSCHKE, DAVINI, 1990)<sup>14</sup>.

Cumprir destacar que alguns dos processos de EPS foram desenvolvidos nos países das Américas devido aos esforços de grupos de trabalhadores de instituições de saúde, contando com o respaldo e apoio de estruturas decisórias dos distintos sistemas de saúde internos de cada país. Outros iniciaram o processo como parte do esforço multinacional, principalmente com a Agência Canadense de Desenvolvimento Internacional, com o apoio técnico e financeiro da OPAS e de alguns órgãos internacionais de financiamento como a FMI e o BIRD (HADDAD, ROSCHKE, DAVINI, 1990, 1994).

A seguir, faço um resgate histórico de algumas ações, programas ou políticas sobre EPS desenvolvidas nos últimos 20 anos, em distintos países da América Latina.

### Argentina

Em publicação do início da década de 1990, a Argentina relatou a experiência de um programa de governo de profissionalização de pessoal empírico, em auxiliares de Enfermagem, com base na metodologia de aprendizagem articulada ao processo de trabalho. Referiram no documento que, em decorrência dessa formação inicial, continuaram distintos processos de EPS, no entanto, não relataram em que nível esses processos foram desenvolvidos (HADDAD, ROSCHKE, DAVINI, 1990).

Estevéz (2002, p. 15) refere que, em 1992, na Argentina, foi constituída “un Equipo Profesional multidisciplinario con el propósito

<sup>14</sup> Haddad, Roschke, Davini (1990) compilaram, em um único artigo, os informes escritos por diferentes autores de cada país, sendo que o informe do México foi escrito pelos próprios compiladores. Aqui apresento os autores dos informes e seus respectivos países: ALAYO, S.E.; DAVINI, M.C.; CURTIS, Z.; DIAZ, D. **Argentina:** educación permanente del personal empírico de enfermería para su nivel acción como auxiliares. 1989. TURCIOS, M.; SALAZAR, M.; SÁNCHEZ, A.; SALAMANCA, F. MADARIAGA, H.T.; GUZMÁN, E. I.; GUZMÁN, A.V. **Chile:** metodología de resolución de problemas como una estrategia para la capacitación y el desarrollo del personal de salud. 1989. BORRELL, R.M.L. **República Dominicana:** educación permanente para los medicos del servicio rural: una propuesta de trabajo. 1989. GALVÃO, E.; SANTOS, I. **Brasil:** capacitación de personal de nivel medio para el sector salud. 1989. VILLAR, E.; ROVERE, M. **Peru:** detección de necesidades de capacitación mediante la investigación del área educativa. 1989. CANALES, F.; MEJÍA, L.; OQUELÍ, R.; CHANG, M.I.; CONSERGRA, G. **Honduras:** educación permanente para equipos regionales en apoyo del proceso de conducción y reorganización de los servicios de salud. 1989. LLERENA, M.; CHÁVEZ, H.; SERRANO, C.R.; GUZMÁN, D.; GRANADOS, R. **Bolivia:** educación permanente para las regiones de salud. Informe preliminar de una experiencia. 1989.

general de trabajar por el mejoramiento de la salud y de la calidad de vida, con estrategia de atención primaria, privilegiando en el origen de su accionar sanitario los aspectos educativos”. O autor apresenta projetos que foram desenvolvidos em oito regiões da Argentina e em outros países como Uruguai, Paraguai e Chile, nos anos de 1992 a 2002.

Esses projetos foram desenvolvidos em âmbito nacional e envolveram universidade e escolas, sendo que incluíram ações orientadas a responder às necessidades das comunidades, transitando por um modelo que prevê a formação de recursos humanos (docentes, alunos, agentes comunitários, comunidade), a construção de conhecimento na área da saúde e estimula a investigação com participação da comunidade, a fim de que os resultados das pesquisas estruturassem propostas viáveis e sustentáveis (ESTEVEZ, 2002).

Atualmente, a Argentina organiza suas ações de EPS a partir do *Plan de Capacitación en Servicio*, que é anualmente analisado e atualizado. Nos últimos anos, os planos apresentaram, entre seus objetivos, melhorar a competência e qualificação dos recursos humanos, promover equidade ao acesso a conteúdos mínimos de capacitação, melhorar a qualidade nos processos de atenção. Para tanto, prevê o envolvimento dos gestores federais, do sistema formador e dos trabalhadores bem como ações por meio de “programas” de planejamento e desenvolvimento da EPS pela Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde (ARGENTINA/MS, 2005, 2008).

### **Chile**

Haddad, Roschke, Davini (1990) apresentam que o Chile desenvolveu uma experiência de EPS com gestores em 1987, a partir da aprendizagem de elaboração de projetos que visava promover mudanças nas realidades de cada participante, elaborada seguindo os princípios da problematização. No entanto, não descreveram como realizaram esse programa, mas, sim, apresentaram um ensaio teórico-metodológico sobre como deveriam desenvolvê-lo a partir de perguntas-chave problematizadoras.

Segundo os autores citados, os aportes concretos da metodologia e a capacitação realizada nos serviços de saúde permitiriam desenvolver as ações de EPS caracterizadas pelas seguintes etapas: elaborar e aplicar instrumentos de recopilação de informações uniformes em todo país a fim de efetuar um diagnóstico de capacitação realizado em âmbito nacional, detectando problemas existentes, propondo e implementando soluções pertinentes; capacitar multiplicadores nos serviços de saúde, de modo a facilitar seu papel na educação em nível local de saúde, de

acordo com as necessidades detectadas, executando e avaliando ditas atividades (HADDAD, ROSCHKE, DAVINI, 1990).

A publicação da OPS (1993) relata que, no início da década de 1990, a *Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile* propôs um trabalho de EPS, coordenado pelo Ministério da Saúde do Chile, que fez uso de distintas propostas educativas, como a) cursos de especialização em distintas áreas de enfermagem; b) processos de capacitação, baseados em programas prioritários dos serviços ou nas necessidades de atualização de recursos humanos; c) atividades multiprofissionais com ênfase no estudo de problemas que ocorrem nos serviços; d) reuniões de estudo bibliográficos e reuniões clínicas; e) seminários e oficinas sobre aspectos críticos dos serviços. No entanto, na mesma publicação, foi relatado que surgiram obstáculos para o desenvolvimento dessas atividades, a maioria devido à falta de uma política de recursos humanos, assim, foi organizado um *Comité Nacional de Docencia-Asistencia* a fim de monitorar esses problemas (OPS, 1993).

Méndez (2009), ao analisar o cenário atual chileno, apresenta que, no país, as mudanças introduzidas a partir da modernização da gestão pública, na década de 1990, favoreceram o capital humano em saúde, a partir do reconhecimento do desempenho e da capacitação como elementos importantes para a carreira dos profissionais, pois, teoricamente, a reforma se propôs a desenvolver e fortalecer o capital humano através da redefinição das profissões da área da saúde, a formação e atualização contínuas, a acreditação periódica e o incentivo para progressão de carreira.

No entanto, os desafios apresentados pela OPS/OMS (2001a), na “43ª Reunión Del Consejo Directivo y 53ª Sesión Del Comité Regional”, sobre o desenvolvimento de gestores para a área da saúde, são relatados por Méndez (2009) como plenamente vigentes na atual fase de implementação do processo reformista no Chile, o que se reflete diretamente nas ações de EPS. O autor refere que, entre os problemas que o Chile vivencia atualmente sobre essa questão, encontra-se o fato de que a Lei de Autoridade Sanitária e Gestão, que entre outros aspectos, trata sobre as reformas no setor saúde

no contempla, sin embargo, planes y políticas de recursos humanos enmarcados en el proceso de transformación que experimenta el sector [...] la casi imperceptible presencia del recursos humanos en las políticas publica de salud en favor de temas de financiamiento y cambios estructurales, se podría traducir en la oposición a las nuevas ideas

de la reforma por parte de grupos de profesionales, la ausencia de nuevas capacidades administrativas y de gestión, y la reticencia general de los trabajadores de la salud a los cambios (MÉNDEZ, 2009, p. 278-279).

Propõe que, em vista de a reforma sanitária no Chile encontrar-se nos primeiros passos, ainda seria possível fortalecer suas propostas em relação à dimensão de recursos humanos. Uma possibilidade seria convocar interessados nas questões de recursos humanos em saúde a discutir propostas e ações, a fim de traçar diretrizes por meio de consensos que estruturariam uma política de recursos humanos para a saúde a partir dos pressupostos de EPS, que ajude a implementar e fortalecer as mudanças geradas pela reforma de saúde no país (MÉNDEZ, 2009).

Em nível de Ministério da Saúde, desde o ano de 2004, o Chile possui uma proposta de formação de equipes de educação permanente em saúde, no formato de um manual, o qual segue as propostas teórico-metodológicas estabelecidas pela OPAS/OMS desde a década de 80 do século XX (CHILE/MS, 2004). No entanto, nas buscas que efetuei nas bases de dados, não encontrei referências que apresentassem como essas equipes estão se desenvolvendo e atuando no país.

### **República Dominicana**

A República Dominicana apresentou um diagnóstico da estrutura da educação permanente em saúde no país, realizado no final da década de 80, em unidades de Enfermagem, epidemiologia, hospitais, saúde bucal, educação para saúde e recursos humanos, sendo que os pontos críticos que precisavam ser trabalhados coincidiam com a realidade de outros países da América Latina. Concluíram que “el predominio del concepto de ‘capacitación o entrenamiento’ ligado a la idea de ‘refrescamiento y actualización’ sigue presente en muchos de los programas educativos del área de la salud” (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1990, p. 160).

Na mesma publicação, foi apresentada uma proposta de programa de educação permanente em saúde voltada para médicos, estruturada dentro dos preceitos teórico-metodológicos de EPS definidos pela OPAS/OMS, com o objetivo de capacitar esses profissionais para atuarem junto a comunidades do interior a partir da lógica de clínica ampliada. A partir do explicitado na publicação, foi possível

compreender que a proposta segue a lógica dos atuais programas de residência em saúde da família, no entanto, nessa publicação, a República Dominicana também delineou apenas uma proposta, referindo que estava em fase inicial de implementação (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1990).

Bentz (1993), juntamente com os membros da *Comisión Nacional de Educación Permanente de Recursos Humanos da República Dominicana*, divulgaram, em 1993, algumas realizações propostas na publicação de Haddad, Roschke, Davini (1990). Bentz (1993) refere que a comissão organizou-se em distintos grupos de trabalho e reflexão multidisciplinares, intersetoriais e interinstitucionais, os quais iniciaram processos de mudanças educacionais em duas dimensões: a) universidades; b) serviços de saúde.

O trabalho publicado apresentou relatos dos grupos de transformação de saúde em nível local de diferentes regiões, desenvolvidos por meio da educação permanente adotada em todo o país. As atividades de EPS se estruturaram em duas fases: a primeira buscou qualificar facilitadores para o processo educacional que atuariam na segunda fase, na qual foi criada e desenvolvida uma proposta educativa conforme a realidade de cada região do país, sendo que tal proposta foi desempenhada concomitantemente com a realização de uma pesquisa-ação (BENTZ, 1993).

Bentz (1993) apresenta que, na segunda fase, cada grupo organizou-se de forma distinta, o que gerou diferentes modos de desenvolvimento. Como o tempo de organização não foi o mesmo, algumas regiões estavam elaborando os instrumentos para o levantamento de suas realidades sanitárias, sociais, educacionais, econômicas e da estrutura dos serviços de saúde, enquanto outras estavam coletando e analisando os dados, e outras já estavam colocando em prática propostas de organização de um sistema local de saúde e, concomitantemente, estruturando mudanças na ordem de EPS, envolvendo as universidades da região nesse processo. Em comum, todos tinham como princípio a necessidade de conhecer a realidade local antes de começar a propor e desenvolver ações de EPS (BENTZ, 1993).

A OPAS explicitou, em uma publicação também de 1993, que o esforço em desenvolver ações a partir dos pressupostos da EPS estavam tendo uma resposta positiva na República Dominicana, em especial dos docentes de Enfermagem, Bioestatística, Saúde Pública e Ciências Básicas. No entanto, entre as limitações enfrentadas, relataram o pouco envolvimento dos docentes de Medicina e Odontologia, bem como a dificuldade de organização de grupos interdisciplinares para a realização

de experiências coletivas (OPS, 1993).

### **Peru**

Na publicação de Haddad, Roschke, Davini, (1990), o Peru também apresentou os resultados de uma investigação sobre o tema administração dos serviços de saúde, que partiu de uma situação-problema em que a maioria dos diretores responsáveis pelos serviços de saúde do país necessitava de uma capacitação permanente para exercer as funções administrativas a partir de um enfoque integral. No entanto, as oportunidades neste campo eram limitadas e não existia um perfil ocupacional que orientasse o processo de capacitação e fizesse com que os problemas e áreas críticas fossem possíveis de serem solucionados.

A partir dos resultados dessa investigação, a publicação apresenta uma “proposta” de reorientação da função formadora, ou seja, do processo formal de educação, preparada pela Escola Nacional de Saúde Pública do Peru a partir dos pressupostos teórico-metodológico da EPS difundidos pela OPAS/OMS. Logo, não relataram o processo de educação realizado, mas, sim, a proposta de educação que buscava reforçar a inserção dos participantes em sua realidade, buscando potencializar sua capacidade de resposta aos problemas dos serviços desde o início do processo educativo (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1990; OPS, 1993).

A OPS (1993) relatou, em uma publicação, que o desenvolvimento do processo de capacitação

Se diseñó en consecuencia, una modalidad de capacitación descentralizada, semipresencial, basada en el desarrollo de un curso por encuentros de 640 horas, con 7 módulos intruccionales y 2 seminario-talleres; constando los módulos con componentes presenciales de 3 días de duración al mes, con componentes de estudio dirigido, y con componentes de aplicación estrechamente vinculados a la problemática institucional de los participantes. Las unidades temáticas tenían directa relación con los siguientes ejes temáticos: análisis político, epidemiología, ciencias sociales, administración estratégica, planificación estratégica, programación regional y políticas de descentralización. Esta propuesta contemplaba el desarrollo del curso en cada una de las 11 regiones político-administrativas del país (OPS, 1993, p. 8).

Ainda, Flórez e Bolaños (2006) relatam uma experiência de avaliação do *Proyecto Salud y Nutrición Básica*, realizada no Peru, nos anos de 1995 a 2000. Este projeto era uma das ações que tinha o interesse de desenvolver o programa de reforma do setor saúde realizado na década de 1990, no país.

A necessidade de realizar programas de desenvolvimento de competências para os trabalhadores da saúde foi um dos componentes principais para a implementação do novo modelo de atenção à saúde. Entre os enfoques teóricos do modelo adotado, Flórez e Bolaños (2006) apresentam a capacitação com enfoque participativo; a educação permanente em saúde, seguindo os pressupostos da OPAS/OMS e fortalecida com o referencial de “aprender a aprender” do Relatório para a UNESCO editado por Delors (2006); capacitação em serviço, que acompanha a compreensão teórico-metodológica do referencial educação permanente a partir de um “enfoque tradicional”, também apresentado de OPAS/OMS, na década de 1980, ou de educação continuada desenvolvido por autores como Motta (1998, 2002) e Almeida (1997); e, ainda, a flexibilização dos processos de educação, o ensino baseado em competências e a gestão descentralizada.

Flórez e Bolaños (2006) referem que o *Proyecto Salud y Nutrición Básica* estruturou-se a partir de uma equipe de coordenadores e pessoal de apoio (tutores e docentes), com funções e responsabilidades definidas, que passaram por um processo de formação para adquirir as competências necessárias. Atualmente, este enfoque estabelecido pelo Ministério da Saúde do Peru, durante a década de 1990, consolidou-se e se aproveita a experiência para desenvolver outras atividades de EPS, tanto pelo seu desenho quanto pela sua instrumentalização.

Noto que nos relatos das experiências desenvolvidas no Peru, a exemplo do relato da Argentina e da República Dominicana, as atividades de educação formal também eram compreendidas como uma atividade dentro do campo da Educação Permanente em Saúde, ou seja, é possível constatar as distintas dimensões que a EPS assumiu nos países da região das Américas, como apresentado no tópico anterior desse mesmo capítulo.

### **Honduras**

Haddad, Roschke, Davini, (1990) também referem que Honduras apresenta um resgate histórico da estrutura de atividades de “educação continuada” realizadas no país, desde a década de 1970, apoiadas pela Agência Canadense de Desenvolvimento Internacional e pelas OPAS/OMS, até as ações estruturadas no final da década de 1980.



Nesse período, foi criado o Ministério de Saúde Pública e o Instituto Hondurenho de Seguridade Social, que realizaram estudo sobre o processo de análise da rede de serviços e, na identificação de estratégias de ataque aos problemas prioritários de saúde, destacou-se a necessidade de reorientação da “capacitação” permanente da força de trabalho em saúde a partir dos princípios teórico-metodológicos apresentados para a EPS pela OPAS/OMS.

Os autores explicitaram que a organização de processos de capacitação ocorreu a partir de uma consulta participativa com os próprios integrantes das equipes de facilitadores, que identificaram suas necessidades de capacitação pedagógica, sendo que foram agrupadas em três áreas fundamentais: bases pedagógicas, desenvolvimento integral e estratégias nacionais de saúde. O passo inicial na etapa instrumental se constituiu na análise e interpretação do contexto nacional, institucional, regional e local, pois o texto defende a importância do fortalecimento de políticas institucionais de EPS para a real efetivação de programas e políticas em nível macro. O Ministério de Saúde Pública apresentou uma proposta de EPS com diferentes alternativas metodológicas que

se han planteado con un enfoque combinado con dos opciones centrales; por un lado se tendrá que continuar, aunque en menor grado, con las metodologías convencionales (cursos, talleres, seminarios y otros), debido al arraigamiento cultural y actitudinal que aún persiste. Pero se ha iniciado progresivamente el uso de enfoques participativos y multidisciplinarios, centrados en el análisis y solución de los problemas de salud definidos como prioritarios. Se prevé complementar este trabajo con actividades de autoaprendizaje (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1990, p. 184).

No entanto, até a publicação do texto, referem que as limitações financeiras impediram o fortalecimento de centro regionais de documentação e informação, que fortaleceriam as questões relativas à autoaprendizagem.

O Instituto de Seguridade Social, após a aprovação da proposta pedagógica, iniciou a reorganização da estrutura e funcionamento do Departamento de Capacitação em função dos objetivos planejados. Destacam que o grupo docente entrou numa fase de capacitação pedagógica com ênfase ao uso do processo de trabalho como elemento

central da aprendizagem (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1990).

Na publicação de Chang e Turcios (1993), é possível constatar que, em Honduras, a educação em nível de pós-graduação também foi compreendida como um processo de educação permanente em saúde. As autoras relatam a experiência de criação de um curso de mestrado exclusivamente para os trabalhadores dos serviços e para os docentes que atuam neste campo, desenvolvido a partir dos preceitos pedagógicos teórico-metodológicos da EPS apresentados pela OPAS/OMS, na década de 1980. Tal iniciativa tinha como objetivo criar um ambiente de trabalho-aprendizagem, no qual os alunos

incorporen durante el proceso el conocimiento de los factores que determinan la problemática sociosanitaria, sus interrelaciones e implicaciones, y los elementos cognitivos y habilidades necesarias para construir una respuesta que satisfaga las necesidades de salud de los grupos de población, las necesidades de desarrollo de los servicios, y las necesidades académicas (CHANG; TURCIOS, 1993, p. 584).

Outro estudo apresentado por Matute (1994) refere que o processo de capacitação que ocorria na época, em uma região de saúde de Honduras, não era desenvolvido de modo a garantir o seguimento nem a avaliação do processo. Devido a isso, a autora propôs um modelo de monitoria e avaliação das etapas de planejamento, execução e avaliação da EPS que permitisse realizar atividades facilitando a articulação de ações educativas que surgissem como produto do processo operativo do nível de referência. Recomendou ainda validar e implantar o modelo em outras regiões do país, no entanto, nas bases de dados em que fiz buscas, não encontrei outras publicações que explicitassem a proposta em outras regiões de Honduras.

### **Bolívia**

No caso da Bolívia, Haddad, Roschke, Davini, (1990) e Serrano, et. al. (1993) apresentam que as mudanças esperadas para a política de saúde, estruturadas no país, na década de 1980, não poderiam ser alcançadas sem o apoio permanente ao processo de desenvolvimento de recursos humanos<sup>15</sup>, tanto em seus aspectos quantitativos como

---

<sup>15</sup> Este conceito assume um caráter diferenciado na Bolívia, pois “el concepto generalizado de recursos humanos como sinónimo de personal institucional, ha sido modificado desde la

qualitativos e baseados na utilização racional de recursos financeiros recebidos de fundos internacionais. Referem que, com a criação do Departamento de Recursos Humanos e Pesquisa e o Ministério de Previdência Social e Saúde Pública, em 1978, desenvolveu-se um programa de educação continuada para os profissionais da saúde, por meio de eventos de capacitação, porém sem uma sistematização que lhe desse direcionalidade, pertinência e permanência.

Desse modo, em 1989, organizou-se um modelo de EPS que seguiu as diretrizes teórico-metodológicas apresentadas pela OPAS/OMS. Para tanto, o primeiro passo foi a formação de uma equipe de facilitadores do processo em nível regional, integrada por membros envolvidos das distintas secretarias do ministério. A proposta foi implementada inicialmente em 32 distritos urbanos marginais e do interior de todas as unidades sanitárias do país, priorizando ações de capacitação em nível local e para equipes diretivas do país. Para conseguir reorientar o processo de capacitação, foi necessário desenvolver os seguintes componentes como parte integrante do processo educativo: a participação, a supervisão e a pesquisa educativa (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1990; OPS 1993; ROSCHKE; DAVINI, HADDAD, 1993; SERRANO, *et al.*, 1993).

A metodologia empregada na execução dessa experiência fez com que, por meio do próprio trabalho, fosse gerado um processo educativo que teve continuidade, com características mais crítico-participativas do que as experiências anteriores junto ao pessoal local, com as autoridades regionais e centrais que se envolveram no acompanhamento e supervisão, com os grupos multidisciplinares e multissetoriais que trabalharam em momentos pontuais e com os consultores internacionais contratados que atuaram como facilitadores do processo global (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1990; SERRANO, *et al.*, 1993).

### **México**

Em relação à experiência do México, Haddad, Roschke, Davini, (1990) relatam a estruturação de um projeto sobre jurisdição sanitária que, no momento da publicação, encontrava-se em fase piloto. Este

---

aprobación del plan 1983. Este establece como recursos humanos para la salud a todos aquellos que asuman el compromiso de obtener resultados positivos en favor del bienestar de la población. Es así como se consideran recursos humanos para la salud a todas las personas y grupos organizados formal e informalmente que realizan actividades dirigidas a participar activamente en un proceso global e integral de desarrollo de la salud, con distintos grados y formas de conocimiento y habilidades” (HADDAD, ROSCHKE, DAVINI, 1990, p. 186-187).

projeto foi estruturado e estava sendo desenvolvido pela Secretaria de Saúde através da Direção Geral de Planejamento, Informação e Avaliação, sendo que, entre suas metas operacionais, destacam a necessidade de

elaborar en cada jurisdicción sanitaria un programa de fortalecimiento y desarrollo que comprende aspectos tales como el establecimiento de la estructura operativa necesaria, y la elaboración de un programa jurisdiccional de capacitación y educación continua en relación con salud pública y regulación sanitaria, atención médica, asistencia social y apoyo administrativo (HADDAD, ROSCHKE, DAVINI, 1990, p. 197).

Na época da publicação, os autores referem que, no México, a condução dos programas de capacitação de pessoal estavam a cargo, em nível central, da Direção de Ensino em Saúde, que, naquela época, contava com um eficaz mecanismo de coordenação com as entidades em cada jurisdição, como também com um Centro de Capacitação e Desenvolvimento de Tecnologias Educacionais, responsável pela assessoria de desenvolvimento educativo em cada jurisdição sanitária (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1990). No entanto, os autores citados não descreveram a estrutura de desenvolvimento e os resultados da proposta, pois se limitaram em apenas descrever os pontos que precisavam trabalhar sobre as questões de capacitação.

Em 1993, a OPAS publicou, na *Serie Desarrollo de Recursos Humanos n. 94*, que seria desenvolvido no México, um projeto por meio de um sistema de ensino semipresencial, o qual tinha como objetivo formar e atualizar quase 250 chefes de jurisdição do país como mestres em saúde pública. Tal proposta foi sustentada teoricamente por meio de uma metodologia educativa considerada inovadora, sendo que, entre as estratégias selecionadas, estavam: a) colaboração interinstitucional, entre serviços, escolas e universidade; b) regionalização operativa do país; e, c) capacitação do quadro docente. Porém, na época da publicação, essa proposta também estava em fase de elaboração para posterior implementação (OPS, 1993).

Outra ação na área de desenvolvimento de recursos humanos realizada pelo governo mexicano foi publicada em 1994, e se tratava de um programa de educação continuada para técnicos em atenção primária à saúde, com o propósito de que os técnicos reconhecessem os objetivos,

os procedimentos e a organização do programa (MÉXICO/SS/DGES, 1994).

### **Cuba**

No início da década de 1990, foi desenvolvido, em distintas regiões de Cuba, o “projeto” *Salto Cualitativo*, que tinha como objetivo principal, a partir das condições concretas do país, introduzir, validar e disseminar a proposta teórico-metodológica de reorientação da EPS apresentada pela OPAS/OMS. A primeira etapa do projeto foi motivacional, organizativa e de capacitação inicial dos responsáveis e facilitadores, sendo que iniciou com a análise e discussão de distintas formulação e propostas, a partir da conformação de grupos de trabalho por nível estadual, municipal e por áreas (ANGELES-RODRIGUES *et al.*, 1993).

Os grupos de trabalho receberam assessoramento e supervisão constante do *Ministerio de Salud Pública*, assim como o apoio de funcionários da OPAS/OMS. Entre as dificuldades encontradas, estava a motivação dos dirigentes de saúde, que eram membros importantes do grupo de responsáveis e facilitadores. Para mobilizá-los, foram desenvolvidas oficinas de imersão a fim de possibilitar a interiorização da proposta com a intenção de obter a participação consciente dos envolvidos (ANGELES-RODRIGUES *et al.*, 1993; ALVAREZ; PÉREZ; GUTIÉRREZ, 1993).

Após a mobilização dos gestores, iniciou-se o movimento com os trabalhadores envolvidos também com o proposto de motivação, incorporação de um novo modo de trabalho, criação de um ambiente favorável à aprendizagem com a finalidade de redução de dúvidas, visto que a ruptura de modelos instituídos de trabalho é um fator que gera temor e resistência. Após esse movimento, estruturou-se a segunda etapa do projeto, a qual constituiu na análise dos problemas, a identificação das necessidades de aprendizagem e o desenvolvimento dos processos educativos. A terceira fase do projeto se caracterizava pela consolidação e o aprofundamento das propostas, sendo que

la aplicación de este proyecto y la propuesta educativa creó condiciones objetivas para elevar el prestigio del especialista en medicina general integral, y con ello propiciar una mayor participación del mismo en la docencia, la atención médica, la investigación y la gerencia, lo que redunde en servicios de salud y una atención primaria de mejor calidad (ANGELES-RODRIGUES *et al.*, 1993, p. 538).

A fim de reforçar a implementação dos pressupostos sobre EPS estabelecidos pela OPAS/OMS que estavam sendo desenvolvidos em Cuba pelo projeto *Salto Cualitativo*, no ano de 1991, o *Ministro de Salud Pública de Cuba* propôs a Resolução n. 97, que reconhecia a importância da proposta de educação permanente em saúde, pelo fato de capacitar recursos humanos a partir de um processo simultâneo de aprendizagem e trabalho, o que viria reforçar a lógica do *Sistema Nacional de Salud Pública* (CUBA/MINSAP, 1992). A partir dessa data, o *Ministerio de la Salud Pública* (MINSAP) articulou-se com os Ministérios de Educação e de Educação Superior, a fim de estabelecerem uma organização na área de formação de recursos humanos para saúde, sendo definido que o vice-ministro da área da docência<sup>16</sup> ficaria responsável por uma rede de unidades para a formação e educação permanente em saúde de técnicos (institutos politécnicos de saúde e escolas técnicas de enfermagem), profissionais (institutos superiores e faculdades de ciências médicas) e outros trabalhadores (escolas estaduais e locais de capacitação) (JARDINES; ANEIROS-RIBA; SALAS-PEREA, 1993; ALVAREZ; PÉREZ; GUTIÉRREZ, 1993).

Armas, Hatim e Salas (1997) descrevem uma relação entre as universidades e a sociedade que foi estruturada no país, desde o início da década de 1990, momento em que houve o reconhecimento da importância da EPS em nível de governo central em Cuba. Essa relação foi denominada de Política da Educação Permanente e foi desenvolvida a partir de “la base de un sistema que enlaza los cursos de duración corta y entrenamientos, con los diplomados y maestrías, a través del Sistema de Créditos Académicos” (ARMAS; HATIM; SALAS, 1997, p.105). Desse modo, a proposta era que as universidades estivessem integradas em todos os serviços e na comunidade, até lograr vínculos e mecanismos que garantissem que todos os egressos se sentissem universitários.

Os autores citados defendem na publicação que esta relação seria o elemento que impulsionaria os níveis mais avançados de EPS no país e, por conseguinte, de desenvolvimento humano na saúde, sendo que uma das características da política é a de que toda educação permanente em saúde “debe ser descentralizada hasta donde sea posible, sin una

---

<sup>16</sup> Para melhor compreensão dessa informação, consultar a Figura 5 da publicação: JARDINES, J.B.M; ANEIROS-RIBA, R.; SALAS-PEREA, R.S. Cuba: recursos humanos en la atención primaria de salud y su estrategia de desarrollo. *Educ Med Salud*, Washington, v. 27, n. 2, p. 145-159, 1993.

excesiva carga burocrática y dinámica, con suficiente capacidad para los usos más eficientes y eficaces de los recursos necesarios” (ARMAS; HATIM; SALAS, 1997, p.103).

É um consenso que o componente mais complexo do sistema de educação na saúde cubano seja o próprio processo, pois

En él coexisten los elementos correspondientes a la formación, educación permanente y capacitación del personal, para que se produzca una verdadera integración entre docencia, atención médica e investigación y para que todo tenga lugar en un mismo espacio: el servicio de salud. A través de las acciones de organización, planificación, control y dirección, estos elementos repercuten en la calidad del servicio (JARDINES; ANEIROS-RIBA; SALAS-PEREA, 1993, p. 153).

Cumpre salientar que o programa de educação permanente desenvolvido em Cuba ocorreu por meio da reorientação da formação de pessoal a partir de três eixos metodológicos fundamentais: a educação em serviço, o processo educativo permanente e a investigação educacional em saúde, valorizando a realidade dos serviços de saúde (JARDINES; ANEIROS-RIBA; SALAS-PEREA, 1993; ALVAREZ; PÉREZ; GUTIÉRREZ, 1993).

Conforme ocorreu em outros países das Américas, Cuba também utilizou, entre as estratégias de desenvolvimento das ações de EPS, a formação de facilitadores, a qual ocorreu tanto nas unidades locais de saúde quanto na rede hospitalar. Guzmán, Pérez e Boffill (2001) apresentam um estudo a respeito do conhecimento dos facilitadores de EPS sobre a temática, em um hospital de Cuba. No estudo, ficou evidenciado que os facilitadores tinham um domínio sobre a temática, porém a maior dificuldade encontrada se estrutura no momento em que os facilitadores precisam pôr em prática os princípios teórico-metodológicos da EPS, bem como a identificação de que a ação que está sendo desenvolvida segue os princípios da EPS, aspectos que definem a qualidade de trabalho dos facilitadores.

Outro aspecto evidenciado a partir do trabalho de Armas, Hatim e Salas (1997) é o fato de que parece haver em Cuba uma confusão conceitual sobre os termos “política” e “programa”, pois, ora os autores tratam a proposta cubana de uma forma, ora de outra. Além disso, os textos apresentados nessa contextualização possibilitaram perceber a

influência das distintas compreensões conceituais sobre educação permanente em saúde, sendo que, na maioria dos textos referenciados, os termos educação permanente, educação continuada, capacitação e adestramento foram apresentados como sinônimos, aspecto já discutido em outros momentos dessa contextualização, que voltaram a ser percebido nas ações desenvolvidas em Cuba.

### **Venezuela**

Em 1993, a OPAS descreve que, na Venezuela, a *Escuela de Medicina de la Universidad Centro-occidental "Lisandro Alvarado"*, em Barquisimeto, sob coordenação do *Ministerio de Sanidad y Asistencia Social*, propôs um programa de EPS para os trabalhadores da atenção primária, desenvolvido principalmente nos ambulatórios da área urbana de Barquisimeto, com a finalidade de melhorar do atendimento dos serviços de saúde junto à comunidade. A proposta metodológica seguiu os pressupostos da EPS apresentados pela OPAS/OMS, na década de 1980. No entanto, o material consultado apresenta apenas um resumo da proposta, ou seja, não descreve os resultados alcançados (OPS, 1993).

García e Irma (1999) apresentam uma experiência educativa como proposta de capacitação para as equipes locais de saúde do *Ministerio de Sanidad y Asistencia Social* da Venezuela. Descrevem o relato de uma oficina de capacitação denominada *Aprendo Enseñando*, que teve o objetivo de despertar a consciência de trabalhadores representantes de todos os estados da Venezuela, a fim de que, sensibilizados, os trabalhadores aplicassem os pressupostos teóricos da EPS na realidade dos serviços. Porém, esta publicação também não divulgou os resultados alcançados, limitando-se apenas em relatar a prática que estava sendo realizada.

### **Colômbia**

Aguirre-Cabal, *et al.* (1993) e OPS (1993) apresentam que, em 1991, o *Departamento de Enfermería de la Universidad del Valle*, em Cali, Colômbia, iniciou um processo de desenvolvimento da enfermagem na região sudoeste do país. Essa ação foi realizada através de dois componentes: educação permanente em articulação com os serviços de saúde e formação de pós-graduação para o fortalecimento da enfermagem na atenção primária de saúde.

No momento das publicações, foi relatado que o processo estava com uma avaliação positiva nos aspectos de dinamização, expansão e organização de grupos. Em relação às limitações, os autores apontaram a falta de materiais próprios de acordo com a realidade, os pressupostos



dos participantes enraizados em pensamentos tradicionais, acríticos, que os profissionais trazem como resultado seu processo formal de educação e uma escassa participação das autoridades de saúde e educação na formação de planos, tomadas de decisões e execução das ações (AGUIRRE-CABAL, *et al.*, 1993; OPS, 1993).

### **Nicarágua**

No trabalho compilado por Haddad, Roschke, Davini, (1990) e em documento apresentado pela OPAS (1993), a Nicarágua apresentou apenas propostas de projetos que, teoricamente, estavam coerentes com os princípios de EPS estipulados pela OPAS/OMS, na década de 1980. No entanto, não foi possível constatar como as ações foram efetivamente desenvolvidas e quais resultados alcançaram. Nas bases de dados consultadas, não encontrei outras publicações que relatassem ações de EPS desenvolvidas no país.

### **Brasil**

Em relação ao Brasil, diferentes publicações relatam o processo de desenvolvimento de educação permanente em saúde realizado desde a década de 1970, principalmente na área de Enfermagem e Medicina. Mesmo antes da proposta teórico-metodológica disseminada pela OPAS/OMS, esse país já realizava algumas ações de EPS dentro de um enfoque diferenciado (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1990; ROSCHKE; DAVINI, HADDAD, 1993;). Desse modo, limito-me, neste momento, a apenas referir que o Brasil realizou inúmeras experiências sobre esta temática em distintas áreas, ao longo das décadas de 1980 e 1990, sendo que, em 2004, a Educação Permanente em Saúde ganhou *status* de política pública (BRASIL/MS/SGTES, 2004a, 2004b, 2007a).

No próximo item deste capítulo, faço um resgate histórico das propostas de ações, programas e políticas de EPS desenvolvidas no Brasil, bem como o capítulo de revisão de literatura, apresento estudos realizados nos últimos 10 anos sobre programas e políticas de EPS no país.

Em suma, neste item, foi possível conhecer diferentes iniciativas que foram e estão sendo desenvolvidas nos países da região das Américas sobre EPS. Os referenciais apresentam que esse tema é tratado como um “programa” na área de recursos humanos dos Ministérios da Saúde de diferentes países, sendo que, na maioria, foram desenvolvidos por um período de tempo, com apoio de consultores da OPAS/OMS e ajuda financeira externa. Entre os países descritos, apenas em Cuba e no

Brasil a EPS encontra-se estruturada como uma política pública.

## 2.2 POLÍTICAS E PROGRAMAS DE FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS NO BRASIL E A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO CONTEXTO HISTÓRICO DO SUS

Como já referido na presente contextualização, os projetos, programas e/ou políticas de educação permanente e continuada na área da saúde são discutidos e refletidos em diferentes países das Américas há cerca de quatro décadas. No século XX, o Brasil foi um país na América Latina que se destacou, ainda no decorrer da década de 70, em propor algumas ações que vislumbravam aspectos teórico-metodológicos, posteriormente estudados e adotados como guias pela OPAS/OMS nas diretrizes para a condução da EPS, na região das Américas, na década de 80 (HADDAD, ROSCHKE, DAVINI, 1990; OPS/OMS, 1995, 1997; CASTRO, 2008).

As ações realizadas no Brasil ditas “diferenciadas” para as décadas de 70 e 80, desenvolveram-se junto a toda a discussão, mobilização e articulação política do Movimento da Reforma Sanitária empregada no período, pois, como evidenciado no estudo de Castro (2008), havia um movimento de mão-dupla<sup>17</sup> estruturado entre as equipes técnicas da OPAS e o movimento da reforma sanitária brasileira, em que se influenciavam mutuamente, de forma que não é possível perceber, no caso brasileiro, uma experiência nacional que seja decorrência linear de uma proposição da OPAS.

Entre as iniciativas brasileiras na área de formação e capacitação de recursos humanos na saúde, pode-se apresentar que, ainda na década de 70 do século XX, foi proposta a criação do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal da Saúde (PPREPS), em 1975, que surge a partir de um enfoque metodológico diferenciado, com conflitos e movimentos para redemocratização política do país e com as discussões e

---

<sup>17</sup> O movimento de mão-dupla apresentado por Castro (2008) refere-se ao fato de que os programas da OPAS estruturados no Brasil, nas décadas de 70 e 80 do século XX, foram implantados e desenvolvidos por uma equipe de consultores nacionais, contratados para formar a primeira equipe do hoje conhecido Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Representação da OPAS no Brasil. Esse fato rompeu a tradição da OPAS em não contratar funcionários nacionais para atuar nos seus próprios países, logo, este aspecto fez com que a ideologia impregnada nas ações de EPS propostas pela OPAS no Brasil fosse carregada de pressupostos dos movimentos que estavam ocorrendo neste país no período (CASTRO, 2008).

articulações iniciais do movimento da reforma sanitária<sup>18</sup>, no entanto, esse projeto não se efetivou de fato, sendo analisado atualmente como uma proposta teórica (CASTRO, 2008).

Almeida e Soares (2002) referem que a consolidação das diretrizes e dos princípios do Sistema Único de Saúde – postulado ainda que parcialmente, a partir do ideário da Reforma Sanitária em 1986 – acabou por demandar, nos serviços de saúde, nos centros formadores, nas escolas técnicas e nas universidades, uma nova lógica na formulação de políticas e no desenvolvimento de práticas de formação dos trabalhadores, lógica essa que combatia o modelo hospitalocêntrico e

---

<sup>18</sup> O PPREPS surgiu no bojo das discussões realizadas entre a 4ª e 5ª Conferências Nacionais de Saúde, que ocorreram em 1967 e 1975, respectivamente. A 4ª Conferência foi praticamente voltada para a questão dos Recursos Humanos. Dentre os aspectos abordados, estava a necessidade de identificação do tipo de profissional que deveria atender às demandas do país, considerando suas especificidades regionais. Ainda, foi discutida a responsabilidade dos Ministérios da Saúde e da Educação e Cultura na formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde e do pessoal de nível médio, bem como a responsabilidade das universidades e escolas na formulação de políticas de saúde. No entanto, estas discussões tiveram um retrocesso devido ao Regime Militar, desse modo, na 5ª Conferência, uma das pautas foi a ausência de planejamento e a desarticulação entre o sistema de ensino e as necessidades econômicas do país. Diante desse quadro, estavam entre as recomendações da Conferência a criação de cursos em áreas não tradicionais e a integração do Ministério da Saúde com a, até então existente, Previdência e Assistência Social, com vistas a uma diretriz comum na formação de recursos humanos. O fortalecimento das discussões sobre os pressupostos da Reforma Sanitária foram se intensificando nas 6ª e 7ª Conferências Nacionais de Saúde, que ocorreram, respectivamente, em 1977 e 1980. Nestas conferências, os aspectos relativos à formação e capacitação de recursos humanos também foram intensificados, seguindo os pressupostos do movimento da reforma sanitária. Assim, a 6ª Conferência se destacou pela importância da criação do Grupo-Saúde Pública, o qual era considerado uma equipe multiprofissional, polivalente, integrada por duas categorias profissionais: os Sanitaristas e o Agente de Saúde Pública, cujo aperfeiçoamento deveria ocorrer de forma contínua. Na 7ª Conferência, ao fomentar a discussão para implantação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), revelou-se uma preocupação com a preparação de profissionais mais capacitados para promover a articulação entre os serviços e a comunidade. Outra questão bastante debatida foi a formação excessiva de especialistas, o que compromete não só a medicina oferecida, como culmina em altos custos para assistência médica e hospitalar. E, ainda, a prevalência de práticas curativas e individuais, em detrimento das preventivas e coletivas. Ainda, em caráter de informação, resgato, nesta nota, a constatação de que as duas primeiras Conferências Nacionais de Saúde, que ocorreram nos anos de 1941 e 1950, estruturaram-se a partir de uma visão sanitarista embasada em campanhas, considerando a saúde pública enquanto condição do desenvolvimento econômico e social. Até então, a questão dos recursos humanos vinha sendo abordada apenas sob a perspectiva de sua formação, tendo o médico como figura central. A 3ª Conferência, que ocorreu em 1963, representou a primeira proposta efetiva de descentralização de poder e de ações na área da saúde e teve como um dos temas centrais “a municipalização dos serviços de saúde”, visando ao aumento da cobertura desses serviços. Importante também foi o debate acerca do preparo e problema com o quantitativo de pessoal. No momento, já chamava atenção a carência de mão de obra qualificada nos países latino-americanos, situação mais crítica no setor de saúde pública (SAYD, VIEIRA-JUNIOR, VELANDIA, 1998).

médico-centrado.

O processo de redemocratização brasileiro da década de 80 expressou-se na saúde por meio do Movimento da Reforma Sanitária, que teve seu apogeu em 1986, com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos. Em tais conferências, estabeleceu-se um ‘consenso técnico e político’, entre os diferentes sujeitos sociais, quanto à necessidade de re-adequar o processo formativo aos princípios do Movimento da Reforma Sanitária, tais como a integralidade, a universalidade, a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, ou seja, a regionalização e a hierarquização da rede dos serviços de saúde. Ainda, discutiu-se a resolutividade das ações de saúde, ampliando o espaço de influência desse novo modo de organização dos serviços de saúde e o processo organizacional dos agentes desta prática – o controle social (BONETTI e KRUSE, 2004).

Logo, as discussões a respeito de educação continuada e permanente em saúde se acentuaram a partir do ideário da Reforma Sanitária que culminou com a instituição do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal do Brasil, sendo que, entre os artigos referente à saúde, o artigo 200, inciso III, estabelece que compete ao SUS “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (BRASIL, 1988, s/p). Com a regulamentação do SUS, por meio das Leis 8.080/90 e 8.142/90, em 1990, foram definidas as propostas de ordenação da formação de recursos humanos para a área da saúde segundo os ideários do novo sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 1990a, 1990b). Para tanto, a Lei 8.080/90, em seu artigo 27, determina que

a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento ao objetivo de organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal (BRASIL, 1990a, s/p).

Como registrado em documentos legais, podemos constatar que o processo de formação dos profissionais da saúde não podia mais ser apenas de responsabilidade das instituições de ensino superior. Para tanto, nas décadas de 80 e 90, iniciaram os primeiros passos para

aproximação dos mundos do ensino e do trabalho, sendo que os pressupostos teórico-metodológicos indicados para ocorrer essa aproximação eram os apresentados pela OPAS/OMS para o desenvolvimento das ações de EPS (HADDAD, ROSCHKE, DAVINI, 1990).

Para Castro (2008), o Projeto de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar para os Serviços de Saúde (Projeto Larga Escala) apresentou-se como uma importante iniciativa do campo da educação na saúde, sendo considerada como a primeira iniciativa que de fato foi implementada. Esse projeto era uma ação de educação formal para o pessoal de nível técnico a partir da estruturação das Escolas Técnicas de Saúde desenvolvido no início da década de 1990, apresentado na época pela OPAS/OMS como um exemplo brasileiro de atividade dentro do campo da Educação Permanente em Saúde, devido às distintas compreensões conceituais que se tinha sobre essa temática.

O Projeto Larga Escala foi desenvolvido no Brasil devido à constatação de que, mesmo com o desenvolvimento PPREPS desde a década de 70, no final da década de 1980, mais de 50% da força de trabalho em saúde era realizada por trabalhadores empregados sem uma qualificação específica, que desempenhavam funções diversas, desde processos administrativos gerais até processos assistenciais nas áreas de enfermagem, nutrição, odontologia, meios diagnósticos, fisioterapia, meio ambiente/saneamento e vigilância sanitária (HADDAD, ROSCHKE, DAVINI, 1990; CASTRO, 2008).

Castro (2008, p. 158) refere que

o Projeto Larga Escala nasceu da necessidade de equacionar dois graves problemas com os quais se defrontavam os serviços de saúde e o sistema educacional: a inadequabilidade deste último, no sentido de integrar teoria e prática; e a incapacidade do primeiro, em promover programas de formação de pessoal, que fossem além das usuais propostas de treinamento, fragmentadas e pontuais.

Cumprido contextualizar que, na época, a formação de pessoal de nível médio e primário era responsabilidade exclusiva do sistema de educação, representado em nível federal pelo Ministério da Educação (MEC) e, em nível estadual, pelas Secretarias e Conselhos Estaduais de Educação. No entanto, compreendia-se, a partir do ideário do SUS

aprovado na Constituição de 1988, que, para o desenvolvimento do pessoal de nível médio e primário na área da saúde, era necessária a existência ou criação de uma infraestrutura mínima que servisse como base para a realização de ações através da estruturação de um núcleo formador (Escolas Técnicas de Saúde), de organização pública, que orientasse as estruturas de ensino-aprendizagem a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1990; CASTRO, 2008).

Mesmo com a crise político-econômica do governo Collor, vivenciada no Brasil no início da década de 1990, o país realizou a 9ª Conferência Nacional de Saúde, em 1992, que, entre outras questões, reafirmou a necessidade de uma

política nacional de recursos humanos para o SUS; [...] definição de uma política de formação e capacitação de recursos humanos; implementação de estímulo à interiorização de profissionais de saúde; estabelecimento de mecanismos de avaliação contínua de desempenho dos profissionais de saúde; garantia de equipes multiprofissionais (BRASIL/MS/CNS, 1993, p. 7).

Para tanto, entre outros aspectos, estabeleceu-se a necessidade de articulação dos órgãos formadores em diferentes níveis (escolas técnicas e universidades) com a realidade dos serviços de saúde; apoio à criação de núcleos de discussão sobre educação em saúde, nos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde; incentivo à atuação de equipes multiprofissionais nas unidades do SUS; garantia de repasse financeiro das secretarias municipais e estaduais para capacitação e aperfeiçoamento do quadro de pessoal e criação de núcleos de desenvolvimento humano (BRASIL/MS/CNS, 1993).

Em 1993, na 2ª Conferência de Recursos Humanos, foi analisado o processo de implementação do SUS e a sua relação com os trabalhadores nas dimensões da formação e desenvolvimento da gestão do trabalho, sendo apresentadas, entre outras propostas:

- I. Regulamentação imediata do inciso III, do artigo 200 da Constituição Federal.
- II. Articulação e integração entre os setores da Saúde e da Educação como princípios nucleares das políticas de recursos humanos para a Saúde.
- III. Integração das instituições de ensino e prestadores de serviço, incluindo, nesse processo,

os conselhos de saúde e de educação, de forma a viabilizar a efetiva participação do SUS na regulação e na ordenação dos processos de formação.

IV. Criação de estruturas de desenvolvimento de recursos humanos nas secretarias estaduais e municipais de saúde, com a reordenação dos papéis de cada uma das esferas de governo.

V. Obrigatoriedade das instituições públicas e privadas, conveniadas ou contratadas pelo SUS, desenvolverem planos de formação e de desenvolvimento para os seus trabalhadores.

VI. Estabelecimento, pelos conselhos de saúde, de critérios referentes à formação em todos os níveis de ensino, para a criação e abertura de cursos na área da Saúde.

VII. Criação de comissões intersetoriais de recursos humanos nas esferas estaduais e municipais.

VIII. Criação de um sistema de informação do trabalho e de um programa de educação no trabalho, de forma descentralizada, com a qualificação de gestores e a regionalização e desconcentração dos cursos de formação na saúde (BRASIL/MS/CNS, 2005, p. 24-25).

Desse modo, outros projetos foram desenvolvidos para buscar atender às ações preconizadas. Entre as propostas realizadas no início da década de 1990, é possível citar o Projeto de Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde (CADRHU) e o Projeto de Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (GERUS) (CASTRO, 2008).

Na 10ª Conferência Nacional de Saúde, em 1996, foram reafirmados diversos pontos apresentados na 2ª Conferência de Recursos Humanos sobre a qualificação dos trabalhadores em saúde, sendo definido que o

Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem promover programas permanentes de capacitação, formação, educação continuada, reciclagem e motivação das Equipes e dos Trabalhadores em Saúde, a fim de viabilizar um atendimento de boa qualidade técnica, humanizado e ágil, com os trabalhadores

prestando continuamente informações adequadas e qualificadas, atuando com profissionalismo e compromisso com a melhoria da qualidade das ações oferecidas à população usuária. Para isso, os Gestores do SUS devem executar planejamento dessas ações, de forma participativa e hierarquizada, buscando articular-se com outros segmentos sociais. Esses programas devem ter inclusão obrigatória nos Planos de Saúde, com metas quantitativas e qualitativas (BRASIL/MS/CNS, 1997, s/p).

Ainda, na 10ª Conferência, foi proposta a Norma Operacional Básica (NOB) referente à gestão do trabalho no SUS, por considerar que esse instrumento de gestão vinha sendo utilizado para efetivar a implementação das ações de descentralização, financiamento e controle social do sistema. Para sua elaboração, consolidaram-se as propostas relativas aos trabalhadores da área da saúde oriundas das conferências anteriores (BRASIL/MS/CNS, 1997).

Entre outras propostas apresentadas na 10ª Conferência Nacional de Saúde, destaco que o MS se comprometeu em lançar e desenvolver um Programa Nacional de Qualificação e Formação Profissional, com recursos do Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS) e do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), priorizando os trabalhadores sem formação específica inseridos nas redes públicas e privadas de saúde. Além disso, o MS e as SES deveriam “manter assessoria permanente aos Municípios para a realização de programas permanentes de capacitação, formação, educação continuada, reciclagem e motivação de Trabalhadores em Saúde” (BRASIL/MS/CNS, 1997, s/p).

Para tanto, ficou definido, entre vários aspectos, que o Ministério da Saúde deveria

assumir a responsabilidade legal de ordenar a formação de recursos humanos para a Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação, nos níveis médio, superior e de pós-graduação [...] apresentar após ampla discussão com as entidades representativas da área, um Plano de Ordenamento da Capacitação, Formação, Educação Continuada e Reciclagem de Recursos Humanos em Saúde, para deliberação do Conselho Nacional de Saúde, que seja articulado nacionalmente, inclusive com previsão de



repasses financeiros específicos para essas atividades (BRASIL/MS/CNS, 1997, s/p).

A partir desses movimentos, é importante lembrar, na história da educação continuada e permanente em saúde no Brasil, que o MS criou, em 1996, os Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Saúde da Família, com o objetivo de estimular e orientar as mudanças no modelo de formação dos recursos humanos. Os recursos financeiros alocados pelo Ministério da Saúde para essas atividades eram provenientes do orçamento federal e de empréstimo internacional, sendo que os projetos de cursos de especialização, presenciais ou com um caráter de Educação a Distância (EAD), e as residências multiprofissionais foram financiadas por intermédio do Projeto REFORSUS (COSTA-NETO, 2000; SOUZA, *et al.* 2002). Essa forma de financiamento foi análoga aos recursos disponibilizados para o setor de recursos humanos em saúde de todos os países latino-americanos na década de 1990, como já relatado na contextualização sobre EPS na região das Américas (OPS/OMS, 1995, 1997).

O MS definiu como responsabilidade desses Polos a promoção da articulação entre as instituições de serviço e de ensino para capacitação, formação e educação permanente dos recursos humanos necessários ao modelo de Saúde da Família<sup>19</sup>. Desse modo, as instituições foram convocadas a apresentarem projetos que possibilitassem uma ação renovada no espaço de articulação ensino-serviço, com vista à capacitação e formação de profissionais capazes de instituir práticas a partir do modelo de saúde do Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente chamado Estratégia de Saúde da Família (ESF), nas diferentes regiões do país (COSTA-NETO, 2000).

Os Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Saúde da Família foram criados com objetivo de desenvolver ações

---

<sup>19</sup>A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial. É compreendida pelo Ministério da Saúde brasileiro como uma Política Nacional de Atenção Básica, com caráter organizativo e substitutivo, que se opõe ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas. Instituída no Brasil desde 1994, é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL/MS/SAS, 1997; COSTA-NETO, 2000).

junto aos profissionais inseridos no mercado de trabalho, oportunizando um preparo introdutório para fazer a reorientação do modelo de saúde hegemônico a partir de uma visão da clínica ampliada<sup>7</sup>. Esses Polos tinham o compromisso de capacitar médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e odontólogos. Além disso, passaram a interferir na formação dos profissionais em nível de graduação e pós-graduação, via cursos de especialização e residência em Saúde da Família e também no incentivo a reformas curriculares do ensino de graduação e profissionalizantes, visando à mudança das práticas de saúde, conforme as solicitações apresentadas na 10ª Conferência Nacional de Saúde (SOUZA, 2000; SOUZA, *et al.* 2002).

A 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, não abordou profundamente as questões de EPS e o desenvolvimento de recursos humanos. Porém, fez uma crítica sobre a demora do processo de construção da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde (NOB/RH/SUS), que foi deliberada na 10ª Conferência Nacional de Saúde em 1996, sendo que, no ano 2000, ainda estava em fase de elaboração em sua terceira versão. A partir dessa crítica, o Conselho Nacional de Saúde, seguindo a proposição apresentada na conferência de que a NOB/RH/SUS deveria se tornar uma agenda político-estratégica, intensificou a organização de oficinas e seminários descentralizados a fim de sistematizar e aprofundar as discussões acerca da política de recursos humanos, por conseguinte, sobre o material que seria apresentado na norma. (BRASIL/MS/CNS, 2003a).

Deste trabalho resultou a elaboração dos Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS, aprovada em sua 4ª versão, na 21ª Reunião Extraordinária do Conselho Nacional de Saúde que ocorreu em fevereiro de 2002 (BRASIL/MS/CNS, 2002a). A NOB/RH/SUS constitui-se em um material propositivo de ações e normas estabelecedoras de um maior comprometimento dos gestores federais, estaduais e municipais, estabelecendo como necessidade que o modelo de educação permanente em saúde seja baseado nas atribuições e competências dos trabalhadores do SUS e para equipes de trabalhadores, o que prevê a possibilidade de implementação do SUS a partir do seu modelo assistencial e de gestão (BRASIL/MS/CNS, 2002b).

Com o movimento descentralizado realizado para a elaboração da NOB/RH/SUS com distintas estruturas do país, constatou-se que as iniciativas desenvolvidas sobre EPS até aquele momento ocorriam de forma desarticulada ou fragmentada, com pouca visibilidade das atividades e limitada capacidade de produzir impacto sobre as

instituições formadoras, no sentido de alimentar os processos de mudança e promover as alterações nas práticas dominantes no sistema de saúde, já que se manteve a lógica programática das ações ou das profissões. Além disso, não desafiaram os distintos sujeitos sociais para assumir uma postura de mudança e de problematização de suas próprias práticas e do trabalho em equipe (BRASIL/MS/SGTES, 2004a).

Em 2003, no primeiro mandato do governo de Luis Inácio Lula da Silva, ocorreu uma reestruturação na organização do MS, sendo criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com dois departamentos<sup>20</sup> que articulam a gestão do trabalho e a educação na saúde, tendo como objetivo implementar uma política de valorização do trabalho no SUS e dos trabalhadores de saúde em conformidade com os seus princípios e diretrizes. A partir desta reestruturação, o MS assumiu o papel de gestor federal do SUS no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores de saúde no Brasil.

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), como um dos departamentos da SGTES, em sua criação, foi o órgão responsável pela proposição e formulação das políticas relativas à formação, desenvolvimento e educação permanente dos trabalhadores de saúde em todos os níveis de escolaridade, a capacitação de profissionais de outras áreas, dos movimentos sociais e da população para favorecer a articulação intersetorial, incentivar a participação e o controle social no setor da saúde. Responsável também pela cooperação técnica, financeira e operacional com os estados e municípios, instituições de ensino, organizações dos movimentos sociais e outras entidades para a implantação de políticas nesta área (BRASIL/MS/SGTES, 2004a).

No Seminário Nacional de Incentivo às Mudanças na Graduação das Carreiras da Saúde, realizado em maio de 2003, foi lançada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), alicerçada na necessária responsabilização dos serviços de saúde com a transformação das práticas dos trabalhadores, configurando-se como esforços de construção de conhecimento comprometido com a realidade social dos sujeitos-cidadãos do cuidado<sup>3</sup>. Tal política foi aprovada, no Conselho Nacional de Saúde, em setembro de 2003 e, a partir desta data, o DEGES propôs a adoção da PNEPS como a estratégia fundamental

---

<sup>20</sup> Integram a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGETS) (BRASIL/MS/SGTES, 2004a).

para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor saúde.

Em novembro de 2003, o Ministério da Saúde homologou a Resolução CNS nº 330, que resolve aplicar os Princípios e Diretrizes para a NOB/RH/SUS, aprovados em 2002, como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS, fato que agregou força para consolidação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, lançada no mesmo ano (BRASIL/MS/CNS, 2003b).

A 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, apresentou como VII Eixo Temático “O Trabalho na Saúde”, destacando que as mudanças no mundo do trabalho, ocasionadas pelo processo de globalização e pela incorporação de novas tecnologias, acarretariam o desafio de implantar uma política que reduzisse a precarização nas relações de trabalho no setor de saúde e que possibilitasse mais investimentos na capacitação e educação permanente dos trabalhadores e melhores resultados dessas ações, regulando a formação em todos os níveis para adequá-las às necessidades do SUS (BRASIL/MS/CNS, 2004). Nesta lógica, as várias instâncias do SUS teriam um papel indutor de mudanças nas práticas de saúde e no campo da formação profissional.

Assim, em fevereiro de 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi instituída através da Portaria GM/MS nº 198/04, que visava, por meio de um processo permanente de educação, transformar o caráter das práticas técnicas e sociais, tendo como público alvo os diferentes trabalhadores da saúde, com um enfoque nas ações interdisciplinares a partir dos problemas de saúde, através da democratização institucional, que busca mudanças organizacionais, apropriação ativa dos saberes técnico-científicos e fortalecimento do trabalho em equipe (BRASIL/MS/SGTES, 2004a, 2004b).

Para efetivação da PNEPS, foi lançada, em 2004, como ação estratégica, a formação de Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, os quais deveriam substituir as estruturas dos Polos de Capacitação em Saúde da Família, até então existentes, para enfrentar as demais frentes de formação e de desenvolvimento requeridas pelo SUS. Entre as funções dos Polos de EPS para o SUS, estava a necessidade de superar a tradicional e tão criticada fragmentação/segmentação da educação na saúde, como a que se assistia entre a coordenação de saúde da família e as coordenações de vigilância e análise de situação de saúde, atenção integrada às diversas doenças prevalentes, atenção especializada às urgências, atenção especializada ao parto e ao

nascimento humanizado, formação de equipes gestoras hospitalares e equipes gestoras municipais, entre outras (CECCIM, 2005a).

Os Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS eram instâncias de articulação locorregionais e interinstitucionais da PNEPS e buscavam a integração entre ensino e serviço, entre formação e gestão setorial e entre desenvolvimento institucional e controle social, sendo que se caracterizavam teoricamente como gestões colegiadas de natureza política e crítico-reflexiva (BRASIL/MS/SGTES, 2004a; CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

A interação entre os segmentos da formação/ensino, da atenção/assistência, da gestão e do controle social em saúde foi apresentada como componentes do “Quadrilátero da Formação”, sendo que, para Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 59),

A imagem do quadrilátero da formação para a área da saúde – ensino / gestão setorial / práticas de atenção / controle social - propõe construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças (desejo de futuro), mobilizar caminhos (negociar e pactuar processos), convocar protagonismos (pedagogia *in acto*) e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções (cartografia permanente). No quadrilátero estão aspectos éticos, estéticos, tecnológicos e organizacionais, operando em correspondência, agenciando atos permanentemente reavaliados e contextualizados.

Desse modo, a partir do apresentado teoricamente, o quadrilátero da formação possibilitaria dignificar as características locais, valorizar as capacidades instaladas, desenvolver as potencialidades existentes em cada realidade, estabelecer a aprendizagem significativa e a efetiva capacidade de crítica, bem como produzir sentidos, auto-análise e autogestão, ou seja, produzir ações segundo os pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (CECCIM, 2005b).

Aderidos à instituição da Política de Educação Permanente em Saúde, em 2003/2004, os conceitos de educação continuada e educação permanente em saúde voltaram a ser temas de debates e discussões no Brasil, pois, nos documentos referentes à política, podemos verificar uma distinção teórico-metodológica entre os termos, porém, fica claro,

em tais documentos, que um conceito não exclui o outro, mas, sim, complementam-se.

Na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a “educação continuada”<sup>21</sup> tem como pressuposto pedagógico o conhecimento para definir as práticas; como objetivo, a atualização de conhecimentos específicos; percebe como público alvo os profissionais em suas especificidades, de acordo com os conhecimentos a serem trabalhados; a operacionalização é descendente, acontece a partir de uma leitura geral dos problemas, identificam-se temas e conteúdos a serem trabalhados com os profissionais, geralmente sob o formato de cursos. As atividades educativas são pontuais e fragmentadas, sendo construídas de maneira desarticulada em relação à gestão, à organização do sistema e ao controle social (ALMEIDA, 1997; MOTTA, 1998, 2002; BRASIL/MS/SGTES, 2004a; DAVINI, 2009).

Enquanto que a educação permanente em saúde<sup>22</sup> segue os pressupostos pedagógicos apresentados pela OPAS/OMS, ainda na década de 80, pois parte das práticas definidas por múltiplos fatores, conhecimentos, valores, relações de poder, organização do trabalho, entre outros, a aprendizagem significativa requer que se trabalhe com elementos que “façam sentido” para os sujeitos sociais envolvidos e os coloquem em posição ativa de propor e reordenar as práticas. O objetivo principal é a transformação real das práticas, o público alvo são as equipes de atenção e de gestão multiprofissional e interdisciplinar em qualquer esfera do sistema. As atividades educativas são construídas de maneira ascendente, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, levando em conta as necessidades específicas de profissionais e equipes de saúde, identificam-se os “nós” críticos que devem ser enfrentados na atenção ou na gestão, o que possibilita a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas (DAVINI, 1989, 2009; ALMEIDA, 1997, MOTTA, 1998, 2002; OPS/OMS, 2002; BRASIL/MS/SGTES, 2004a; CECCIM, 2005b).

Na PNEPS, a “educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentido e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão

---

<sup>21</sup> Também conceituada como “capacitação” por Davini (2009).

<sup>22</sup> Por corroborar com a compreensão de Ceccim (2005b), reconheço que a designação Educação Permanente em Saúde é a mais adequada, evitando apresentar esse conceito apenas como Educação Permanente porque, como vertente pedagógica, esta formulação ganhou o estatuto de política pública no Brasil apenas na área da saúde. Para maiores esclarecimentos, consultar referência Ceccim (2005b).

crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais em ação na rede de serviço” (BRASIL/MS/SGTES, 2004a, p. 09). Desse modo, o conceito de Educação Permanente em Saúde foi adotado para dimensionar a tarefa da ampla aproximação entre formação, gestão, atenção e participação social em área específica de saberes e de práticas, mediante as intercessões promovidas pela educação na saúde, sendo que “a educação intercede pela saúde, ofertando suas tecnologias construtivistas e de ensino-aprendizagem” (CECCIM, 2005a, p. 976).

A Educação Permanente em Saúde possui como princípio pedagógico o processo educativo crítico/reflexivo/criador/libertador, que coloca em análise o cotidiano do trabalho, ou da formação em saúde, visto que a proposta combate o modelo hegemônico de saúde, pois estrutura-se a partir de relações concretas entre os sujeitos envolvidos, que operam realidades e possibilitam construir espaços coletivos para a reflexão e a avaliação das ações produzidas no cotidiano do trabalho. Logo, “em comum com o movimento da reforma sanitária brasileira, o movimento de mudanças na formação tem o compromisso ético-político com a saúde da população brasileira e com os princípios do SUS” (FEUERWERKER, 2007, p. 03).

Ceccim (2005b, p. 161) nos diz 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.

Vale ressaltar que, para Ceccim (2005b), a educação permanente em saúde, enquanto política pública na área da saúde, devido ao seu caráter de porosidade com a realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde, pode corresponder

à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança

da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar. Pode corresponder à Educação Continuada, quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos. Pode, também, corresponder à Educação Formal de Profissionais, quando esta se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e coloca-se em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino (CECCIM, 2005b, p. 162).

A partir dos múltiplos significados apresentados por Ceccim (2005), é possível observar que, no Brasil, a EPS também assumiu várias concepções, aspecto que reflete os distintos conceitos assumidos e disseminados na região das Américas pela OPAS/OMS, desde a década de 1980, os quais surgiram de diferentes compreensões da área de Pedagogia da Escola Francesa sobre o tema. Em relação aos princípios teórico-metodológicos, o conceito de EPS apresentado na PNEPS também reflete os princípios assumidos OPAS/OMS na mesma época, já apresentados no item 2.1.1 deste estudo.

A PNEPS, voltada para a formação dos profissionais da saúde e mudança dos serviços a partir de uma lógica da clínica ampliada e da integralidade, proporciona espaços para a discussão de temas que geram “auto-análise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção)” (CECCIM, 2005b, p. 162). Isto possibilita a educação permanente em saúde configurar-se como um eixo inovador para o real desenvolvimento das ações preconizadas no SUS, pois se trata de uma política de educação dos estudantes e trabalhadores da saúde em sintonia com a democracia e a mudança das práticas de saúde.

Além do apresentado até o momento, a efetivação da PNEPS também implicava uma articulação interministerial, pois a formação profissional em todas as áreas e também da saúde é regulamentada pelo Ministério da Educação. Para isso, foi instituída a Portaria Interministerial nº 2.118, de 04 de novembro de 2005, a qual estabelece a cooperação técnica entre o MEC e o MS na formação e desenvolvimento de profissionais de saúde (BRASIL/MS/MEC, 2005). A instituição da referida portaria proporcionou uma aproximação entre



os ministérios, configurando-se como um marco histórico, em relação a possibilidades de mudanças, pois, a partir dessa data, as discussões e decisões relativas ao processo formativo dos profissionais de saúde passaram a ser realizadas de modo articulado, por meio da Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde, apresentada como uma das ações estruturantes da DEGES.

Entre os anos de 2005-2006, a SGTES passou por uma mudança do quadro do pessoal que a compõe, bem como em sua estrutura regimental. Atualmente, estão estruturados em uma mesma linha de poder o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGETS), conforme definido em anexo I do Decreto nº 7.135 de março de 2010 (BRASIL, 2010), no entanto, o organograma (Anexo 1) ainda vigente também apresenta a Diretoria de Programa.

Ligados ao DEGES estão a Coordenação Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde e a Coordenação Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde; subordinados ao DEGETS está a Coordenação Geral da Regulação e Negociação do Trabalho e Coordenação Geral da Gestão do Trabalho; e, vinculados à Diretoria de Programa, estão a Rede de Observatórios de Recursos Humanos<sup>23</sup> e o Programa Nacional de Capacitação Gerencial (Anexo 1).

O artigo 24 do anexo I do Decreto nº 7.135 define que compete ao DEGES:

- I - participar da proposição e do acompanhamento da educação dos profissionais de saúde, da Política Nacional de Educação Permanente no SUS e da Política Institucional de Desenvolvimento dos trabalhadores do Ministério;
- II - buscar a integração dos setores de saúde e educação para o fortalecimento das instituições formadoras no interesse do SUS e à adequação da formação profissional às necessidades da saúde;
- III - promover o desenvolvimento da rede de escolas do governo vinculadas ao Ministério da Saúde e às Secretarias Estaduais e Municipais de

---

<sup>23</sup> A Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde no Brasil foi instituída pela Portaria nº 26/99, sendo que a SGTES, por meio de Portaria nº 01/04, revogou a portaria de 1.999 e apresentou as disposições sobre o funcionamento, os objetivos, as especificações para ingresso de instituições. Ainda, informa a lista de instituições que integram a rede na data de publicação da portaria, define que a coordenação geral da rede está sob responsabilidade da SGTES e que a função da OPAS/OMS é de apoio técnico à Rede de Observatórios (BRASIL/MS/SGTES, 2004c). Para maiores informações, acessar < <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/index.htm>>.

Saúde e de redes colaborativas de Educação em Saúde Coletiva;

IV - colaborar com a ampliação da escolaridade básica dos trabalhadores da área de saúde que não dispõem de ensino fundamental, educação especial e qualificação profissional básica, prioritariamente nas áreas essenciais ao funcionamento do SUS;

V - propor e buscar mecanismos de acreditação de escolas e programas educacionais, bem como mecanismos de certificação de competências que favoreçam a integração entre a gestão, a formação, o controle social e o ensino, tendo em vista o atendimento às demandas educacionais do SUS;

VI - estabelecer políticas para que a rede de serviços do SUS seja adequada à condição de campo de ensino para a formação de profissionais de saúde, bem como processos formativos na rede de serviços do SUS para todas as categorias profissionais; e

VII - estabelecer políticas e processos para o desenvolvimento profissional em programas institucionais, multiprofissionais e de caráter interdisciplinar, tendo em vista a atenção integral à saúde (BRASIL, 2010, s/p).

Frente a essas atribuições, é possível perceber que as questões referentes a ações de EPS relacionadas aos Movimentos Sociais já não estão mais sobre a gestão desse departamento, como era estruturado em sua formação inicial. Desse modo, a Política de Educação Permanente para o Controle Social lançada em 2006 não está agregada ao DEGES, pois se manteve ligada diretamente ao Conselho Nacional de Saúde (BRASIL/MS/CNS, 2006).

Atualmente, as coordenações sob responsabilidade do DEGES atuam nas áreas de educação superior e técnica. A Coordenação Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde é responsável pelo aperfeiçoamento profissional e educação permanente dos trabalhadores da saúde de nível superior, para tanto coordena e monitora ações e programas como Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde), Revalidação de Diplomas Médicos,

Residência Multiprofissional em Saúde, Residência Médica e Pró-Internato, entre outros<sup>24</sup>. A Coordenação Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde desenvolve suas atividades junto à formação de nível técnico, sendo que coordena e monitora ações e programas como o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), Programa de Formação na Área de Educação Profissional em Saúde (Profaps) e Fortalecimento das Escolas Técnicas do SUS (ET-SUS), entre outros<sup>24</sup> (HADDAD, *et al.*, 2008).

Para realização dessas ações e programas monitorados por suas coordenações, o DEGES apresenta como “estratégias estruturantes”, além da Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde Brasil, a Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Neste sentido, a SGTES, por meio do DEGES e de suas coordenações, “vem apoiando, técnica e financeiramente, ações que se potencializam criando sinergia e que contemplam a ligação entre educação e trabalho, com a integração ensino-SUS” (HADDAD, *et al.*, 2008, p. 101). Pois, com a interação e integração de diversos programas e políticas, a SGTES busca promover a efetivação da Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, que se estabelece a partir dos Princípios e Diretrizes da NOB/RH/SUS.

Observando as ações, programas e políticas estruturadas pela DEGES, é possível perceber que a maioria está focada na educação formal dos profissionais da saúde, a fim de estimular a mudança de postura desses profissionais, visando prepará-los para atender às necessidades do SUS. A centralidade das ações a partir da estrutura formal de educação, desenvolvidas nos últimos cinco anos, coincide com os aspectos destacados como prioritários que orientam as ações na área de recursos humanos nos diferentes países das Américas, apresentados no “*Llamado a la Acción de Toronto*”, em 2005.

No entanto, como o foco do presente estudo é a estratégia de ação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, nesse momento volto a abordar aspectos específicos dessa política. Em 2007, o DEGES realizou a revisão da Portaria GM/MS nº 198/04, a qual considerou os dispositivos apresentados no Pacto pela Saúde, Pacto pela Vida e de Gestão (BRASIL/MS/SGTES, 2006a, 2006b) e os resultados preliminares da Pesquisa de Avaliação da estratégia dos Pólos de Educação Permanente em Saúde apresentada em 2006 e concluída em

---

<sup>24</sup> Para maiores informações sobre essas ações e programas acessar o site: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1261](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1261)>.

2008 (USP/FMM, 2008).

A proposta de revisão resultou na Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que apresenta novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Porém, em nível de estados e regiões, mantém os pressupostos da Portaria GM/MS nº 198/04, como a necessidade de considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde.

A nova proposta tem, entre seus objetivos, subsidiar a elaboração de Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) e definir critérios para distribuição de recursos federais aos estados. Ainda, estabelece que é responsabilidade dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) e Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) definir, elaborar, acompanhar e avaliar as ações de educação permanente em saúde e para a formação no campo da educação na saúde, tanto dos trabalhadores técnicos do SUS, como dos acadêmicos em formação (BRASIL/MS/SGTES, 2007a, 2009).

A nova estratégia de ação estabelecida pela Portaria GM/MS nº 1.996/07 prevê, no seu Art. 2º, que a condução regional da PNEPS deve ocorrer por meio de Colegiados de Gestão Regional (CGR), definidos como instâncias de pactuação permanente e cogestão solidária e cooperativa. Também para a condução da política, a portaria prevê como “estratégia” a configuração e a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), definidas como instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução, desenvolvimento e avaliação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, sendo que as CIES surgiram em substituição aos Polos Locoregionais de Educação Permanente em Saúde para o SUS (BRASIL/MS/SGETS, 2007a).

Entre os diferentes aspectos apontados sobre o desenvolvimento de recursos humanos na saúde, a 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2007, reforça os aspectos apresentados na Portaria GM/MS nº 1.996/07, como a necessidade do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde

Fortalecer as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço para que se efetivem como espaços de formulação da política de educação permanente em saúde em apoio a todas as esferas de gestão para a construção de pactos

coletivos, contemplando o interesse de participação intersetorial, a autonomia de indicação das representações dos segmentos na sua composição estabelecendo fluxos, responsabilidades e critérios para a sua legibilidade em cada esfera de governo e comprometendo os gestores no processo de educação permanente dos trabalhadores da saúde, educação e assistência social para a formação de multiplicadores de ações educativas e intersetoriais (BRASIL/MS/CNS, 2008, p. 92-93).

Na mesma conferência, também foram destacados a necessidade do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais de saúde implantarem e implementarem os aspectos definidos na Portaria GM/MS no 1.996/07 sobre a Política de Educação Permanente em Saúde, visto que a mesma disponibiliza recursos de forma descentralizada, bem como, teoricamente, busca identificar necessidades e potencialidades locais para o desenvolvimento das ações.

A PNEPS foi criada com a finalidade de produzir mudanças na gestão, na atenção, na formação, na participação em saúde, e modificar os processos de trabalho no SUS, promovendo a integração dos processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, numa perspectiva multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial para todos os trabalhadores do SUS. Ainda, apresenta entre as suas prioridades a articulação entre “universidades, secretarias de saúde e movimentos sociais, na formulação de políticas e de projetos que aproximem as diferentes realidades sociais dos municípios ao processo pedagógico de formação em saúde para os níveis técnico e superior” (BRASIL/MS/CNS, 2008, p. 93).

O Termo de Referência (BRASIL/MS/SGTES, 2007b) destaca que as principais mudanças instituídas na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a partir da aprovação da Portaria GM/MS no 1.996/07, foram:

a) no âmbito regional: foram extintos os Polos de Educação Permanente em Saúde, e a condução desta política está ocorrendo por meio do Colegiado de Gestão Regional (CGR) com a participação, como “estratégia de ação”, da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES). Está preconizado teoricamente que esta instância deve trabalhar com as demandas apresentadas pelo Colegiado de Gestão Regional e apoiará o desenvolvimento do PAREPS;

- b) no financiamento da Política: não ocorre mais a partir dos projetos apresentados aos antigos Polos, pois o financiamento é descentralizado por meio do Bloco de Gestão do Pacto pela Saúde, com os quais os gestores conhecem antecipadamente o volume de recursos financeiros repassados pela União para o desenvolvimento da Gestão da Educação Permanente na Saúde e contam com o repasse regular e automático, “fundo a fundo”, viabilizando os acordos e compromissos regionais e o planejamento a curto, médio e longo prazos;
- c) exceto para o ano de 2007, o repasse dos recursos financeiros referentes ao desenvolvimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde estará condicionado à assinatura dos Termos de Compromisso de Gestão (estadual e municipal – Pacto pela Vida e de Gestão), viabilizando a transparência na gestão dos recursos recebidos, o controle e a fiscalização pelo controle social e órgãos de controle externo da implementação dos Planos de Educação Permanente em Saúde (federal, estaduais e regionais) e dos gastos realizados;
- d) os recursos referentes ao ano de 2007 foram orientados preferencialmente para constituição das bases para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no âmbito estadual e regional, por meio da discussão ampliada das responsabilidades de educação na saúde; construção dos Pactos pela Vida e de Gestão e Pactos pela Saúde (necessários para o financiamento a partir do ano de 2008); instituição das CIES; identificação e qualificação das demandas de formação e desenvolvimento profissional para o SUS na região; pactuação intergestores e com as CIES das prioridades regionais e dos PAREPS;
- e) possibilidade de envolvimento maior dos gestores municipais e estaduais de saúde e educação com a política como sujeitos sociais nos processos.

Cabe salientar que a nova estratégia – Portaria GM/MS nº 1.996/07 – mantém as mesmas bases teóricas apresentadas na Portaria GM/MS nº 198/04, logo as estratégias de organização e de exercício da atenção devem ser construídas a partir da prática das equipes, visto que as demandas de capacitação

não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente, desde a origem dos problemas que acontecem no dia-a-dia, dos trabalhos referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho, considerando, sobretudo, a necessidade

de realizar ações e serviços relevantes e de qualidade. É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho – em cada serviço de saúde – que são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicação e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas (BRASIL, 2004a, p. 9).

Neste aspecto, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para o SUS, entre outros referenciais, é permeada pelo referencial teórico de Paulo Freire. Constata-se a influência desse referencial no momento em que as estratégias da PNEPS buscam propiciar o diálogo entre os gestores, os profissionais da saúde e do ensino, acadêmicos e o controle social, ou seja, os sujeitos sociais envolvidos no processo de fortalecimento do SUS. Desse modo, cada sujeito social envolvido no processo tem o compromisso ético, libertador, progressista, na sua prática cotidiana, logo, deveria desafiar-se a si mesmo e aos outros “a pensar criticamente a realidade social, política e histórica em que é uma presença” (FREIRE, 2000, p. 44).

No entanto, esta perspectiva só será atingida a partir do momento em que o homem e a mulher considerarem-se como seres na busca constante de “ser mais”, que, por meio de sua auto-reflexão, podem descobrir-se como seres inacabados, sendo os sujeitos na sua própria educação, estando nesse ponto um dos grandes desafios da PNEPS.

Com a presente contextualização, espero ter conseguido apresentar uma noção de como o tema sobre Educação Permanente em Saúde está sendo abordado na região das Américas, em especial no Brasil nas últimas décadas. Busquei elucidar os aspectos teórico-metodológicos que permeiam o tema, bem como ações que foram e estão sendo desenvolvidas sobre a temática.





### 3 REVISÃO DE LITERATURA

“... o estudo sério de um livro como de um artigo de revista implica não somente uma penetração crítica em seu conteúdo, mas também numa sensibilidade aguda, numa permanente inquietação intelectual, num estado de predisposição à busca”  
(Paulo Freire)

Acredito que o estudo não seja um trabalho fácil, pois nos exige uma postura crítica e sistemática, “exige uma disciplina intelectual que não se ganha a não ser praticando-a” (FREIRE, 2007a, p. 10). Como apresentado na epígrafe, o estudo de um texto, seja ele de diferentes naturezas, é um exercício que nos impõe analisar o seu conteúdo, buscando a relação entre os aspectos que os precedem e os que o seguem, evitando trair o pensamento do autor e, por isso, é uma tarefa complexa (FREIRE, 2007a).

Com essa compreensão, a presente revisão é um exercício no qual busquei estudar trabalhos publicados nos últimos 10 anos sobre programas e política de educação permanente em saúde no Brasil. Procurei sistematizar o meu estudo em um manuscrito, com contribuições e revisões dos meus orientadores, seguindo os pressupostos metodológicos sobre revisão integrativa de literatura de Ganong (1987), de modo a proporcionar a você, leitor, um material que suscite reflexões e críticas.

Consciente dos limites que se apresentam em qualquer publicação, reconheço as limitações do estudo e apresento, nas considerações finais do manuscrito, proposições para novos trabalhos, incentivando você a escrever trabalhos a partir da leitura e análise, ou seja, do estudo desse material, pois corroboro com Freire (2007a, p. 10-11) quando nos diz que “estudar é uma forma de reinventar, de recriar, de reescrever – tarefa de sujeito e não de objeto”.

Conforme exigência do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, por meio da Instrução Normativa 06/PEN/2009 (Anexo 2), a revisão de literatura encontra-se no formato de um manuscrito, o qual, após a análise da banca de examinadores, será submetido a um periódico científico para avaliação a fim de publicação.

### 3.1 MANUSCRITO 1 - PROGRAMAS E POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO BRASIL: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

#### **PROGRAMAS E POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO BRASIL: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA**

#### ***PROGRAMS AND POLICIES FOR PERMANENT EDUCATION IN HEALTH IN BRAZIL: INTEGRATIVE REVIEW OF LITERATURE***

#### ***PROGRAMAS Y POLÍTICAS DE EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD EN EL BRASIL: REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA***

#### **RESUMO**

Pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, em base documental, baseada nos pressupostos da revisão integrativa de literatura. Objetivo foi identificar o perfil e descrever as dimensões temáticas e características dos resultados de estudos sobre programas e políticas de Educação Permanente em Saúde (EPS) no Brasil. Foram incluídos trabalhos completos de pesquisas e relatos de experiências, publicados de 2000-2010, cujo objetivo abordasse programas ou políticas de EPS no Brasil. A maioria dos autores dos 54 estudos analisados é do sexo feminino, com vínculo público em instituições de ensino. Abordagem metodológica mais utilizada foi a qualitativa. Foram analisados estudos sobre Projeto Larga Escala, Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Saúde da Família, PROFAE, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde. Constatamos a incipiência de trabalhos científicos sobre as Comissões de Integração Ensino-Serviço da PNEPS e de estudos avaliativos.

**Descritores:** Educação Continuada; Capacitação de Recursos Humanos em Saúde; Programas Governamentais; Política de Saúde; Sistema Único de Saúde.

**ABSTRACT**

*A qualitative research, exploratory and descriptive, with a documentary basis and with assumptions of integrative review of literature. The objective was to identify the profile and describe the thematic dimensions and characteristics of studies on programs and policies of Continuing Education in Health (CEH) in Brazil. We included complete researches and experience reports, published from 2000-2010, whose objectives approach CEH programs or policies in Brazil. Most authors of the 54 studies analyzed were female, with public educational institutions ties. The methodological approach used was qualitative. We analyzed studies about the Large Scale Project, Training Centers, Training and Continuing Education for Family Medicine, PROFAE, National Policy on Permanent Education in Health (NPPEH), Continuing Education for Social Control in the Unified Health System National Policy. We noticed the shortage of scientific studies about the Integration Committee of Service-Learning from NPPEH and evaluation studies.*

**Descriptors:** *Education, Continuing. Health Human Resource Training. Government Programs. Health Policy. Unified Health System.*

**RESUMEN**

*Investigación cualitativa, exploratoria, descriptiva, en base documental, basada en los presupuestos de la revisión integradora de la literatura. Objetivo fue identificar el perfil y describir las dimensiones temáticas y características de los estudios sobre programas y políticas de Educación Permanente en Salud (EPS) en el Brasil. Fueran incluidos trabajos completos de investigaciones y relatos de experiencias, publicados de 2000-2010, cuyo objetivo abordase programas o políticas de EPS en el Brasil. La mayoría de los autores de los 54 estudios analizados son mujeres, con vínculo publico en instituciones de enseñanza. El abordaje metodológico más utilizado fue el cualitativo. Fueran analizados estudios sobre el Proyecto Larga Escala, Polos de Capacitación, Formación y Educación Permanente en Salud de la Familia, PROFAE, Política Nacional de Educación Permanente en Salud (PNEPS), Política Nacional de Educación Permanente para el Control Social en el Sistema Único de Salud. Constatamos la baja cantidad de trabajos científicos sobre las Comisiones de Integración Enseñanza-Servicio de la PNEPS y de estudios evaluativos.*

**Descriptor:** *Educación Continua. Capacitación de Recursos Humanos en Salud. Programas de Gobierno. Política de Salud. Sistema Único de Salud.*

## INTRODUÇÃO

Na década de 80 do século XX, a Educação Permanente em Saúde (EPS) foi assumida como uma prioridade junto à Organização Panamericana de Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Com isso, grupos de trabalho elaboraram uma proposta teórico-metodológica com diretrizes que tinham por finalidade guiar a estruturação de programas e políticas sobre EPS para os países no continente americano. Durante as três últimas décadas, diversos países latino-americanos, como Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Cuba, México, República Dominicana, Peru, entre outros, estruturaram e desenvolveram programas e algumas políticas na área de desenvolvimento de recursos humanos em saúde a partir dos pressupostos estabelecidos pela OPAS/OMS, com financiamento de organismos internacionais (HADDAD; DAVINI; ROSCKE, 1994; OPS/OMS, 2002; LOPES *et al.*, 2007).

O Brasil teve representantes na OPAS/OMS que participaram ativamente do processo de discussão e construção teórico-metodológica da proposta de EPS desde o final da década de 70. Esse grupo trabalhava tanto internamente no país, quanto realizando um movimento de discussão junto aos demais membros do grupo de consultores externos responsável pelo *Programa de Desarrollo de Recursos Humanos* instituído pela OPAS/OMS a partir de 1985 (HADDAD; DAVINI; ROSCKE, 1994; LOPES *et al.*, 2007; CASTRO, 2008).

O contexto histórico brasileiro durante a década de 80 justificava o interesse e mobilização em torno da temática de EPS, pois o país estava vivendo o Movimento da Reforma Sanitária que culminou com a estruturação de um novo modelo de saúde – o Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta do SUS, que apresenta a saúde como um direito de todo cidadão e um dever do Estado, foi defendida na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, posteriormente, estabelecida no artigo 196 da Constituição Federal do Brasil de 1988 e instituída pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 e sua complementar 8.142/90 (LOPES *et al.*, 2007; CASTRO, 2008; MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

No Brasil, as discussões sobre EPS, realizadas entre as décadas de 70 e 80 do século XX, o movimento efetivado na VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, para mudança do modelo de saúde, o qual buscou instituir uma visão de clínica ampliada, a partir da integralidade, universalidade e equidade das ações e serviços prestados à população brasileira e os aspectos discutidos na I e II Conferências Nacionais de Recursos Humanos da Saúde, realizadas em outubro de 1986 e setembro de 1993, respectivamente, serviram de base para o

material propositivo que compôs a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos em Saúde (NOB/RH/SUS), proposta em 1996 e aprovada, após muitas discussões, em fevereiro de 2002 (LOPES *et al.*, 2007; CAMPOS; PIERANTONI; MACHADO, 2006; BRASIL/MS/CNS, 2002).

Conforme definido na 10ª Conferência Nacional de Saúde em 1996, após aprovação, a NOB/RH/SUS constitui-se em um material propositivo de ações e normas estabelecedoras de um maior comprometimento dos gestores federais, estaduais e municipais, fixando como necessidade que o modelo de educação permanente em saúde seja baseado nas atribuições e competências dos trabalhadores do SUS e para equipes de trabalhadores (BRASIL/MS/CNS, 2002). Assim, com todos esses movimentos, o Brasil desenvolveu, nas últimas décadas, diversos projetos, programas e política pública na área de educação permanente em saúde.

Entre os diversos programas e políticas sobre formação e capacitação de recursos humanos realizados no Brasil, nos últimos 30 anos, destacamos as seguintes propostas: Programa de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar (Projeto Larga Escala), Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Saúde da Família (Pólos CFEP/ESF), Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS Port. 198/04 e PNEPS Port. 1.996/07), Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde (PNEPS-CS/SUS).

Em 2003, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) articulado à então criada Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), além de ser o responsável nacional pela PNEPS, passou a desenvolver diversos programas que convergem com a referida política para a estruturação e o fortalecimento do processo de formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Entre os programas, destacamos os seguintes: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde), Revalidação de Diplomas Médicos, Residência Multiprofissional em Saúde, Residência Médica e Pró-Internato, Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), Programa de Formação na Área de Educação Profissional em Saúde (Profaps) e Fortalecimento das Escolas Técnicas do SUS (ET-SUS), entre outros (HADDAD *et al.*, 2008).

Para realização dessas ações e programas monitorados por suas coordenações, a DEGES apresenta como “estratégias estruturantes”, além da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), a Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde Brasil, a Universidade Aberta do SUS (Una-SUS). Neste sentido, a SGTES, por meio do DEGES e de suas coordenações, “vem apoiando, técnica e financeiramente, ações que se potencializam criando sinergia e que contemplam a ligação entre educação e trabalho, com a integração ensino-SUS” (HADDAD *et al.*, 2008, p. 101).

A ligação dos programas com a PNEPS deve-se, principalmente, ao fato de a política servir como um eixo de orientação teórico-metodológico para a condução das ações de EPS pelos programas. Além disso, a intenção é que todas as ações desenvolvidas pelos diferentes programas nos estados do Brasil sejam definidas, discutidas, pactuadas nas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) e aprovadas nos Colegiados de Gestão Regional (CGR).

Nos últimos anos, temos estudado a temática sobre formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde, em especial os aspectos voltados à PNEPS. As buscas por referenciais sobre o tema mostraram um grande número de publicações em periódicos, no formato de ensaios teóricos e reflexões, sendo que os artigos derivados de pesquisas sobre o assunto pareciam ser mais escassos.

Esse aspecto nos motivou e justifica o desenvolvimento da presente revisão integrativa de literatura, visto que este estudo nos possibilita conhecer o perfil e descrever as dimensões e características dos resultados de estudos sobre programas e políticas de EPS brasileiras.

## **OBJETIVOS**

Identificar o perfil e descrever as dimensões temáticas e características dos resultados de estudos sobre programas e políticas de educação permanente em saúde no Brasil.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, em base documental, de natureza qualitativa, baseada nos pressupostos da revisão integrativa de literatura (GANONG, 1987). A pesquisa foi orientada a partir da seguinte questão norteadora: Qual o perfil, as dimensões temáticas e as características dos resultados de estudos sobre programas e políticas de educação permanente em saúde do Brasil?

Para seleção da amostra de trabalhos, consideramos os seguintes **critérios de inclusão**: a) trabalhos derivados de pesquisas e relatos de experiências (dissertações, teses, artigos originais, revisões sistematizadas e relatos de experiências); b) trabalhos cujo objetivo geral e/ou específicos refere-se explicitamente a programas ou políticas de educação permanente em saúde no Brasil; c) trabalhos publicados no período 2000-2010, nos idiomas português, espanhol e inglês.

Definimos como **critérios de exclusão**: a) pesquisas e relatos de experiências formatados como trabalhos de conclusão de curso de graduação, monografias de especialização e relatórios de pesquisa; b) artigos originais e relatos de experiência que estão publicados em outros meios de comunicação que não sejam periódicos científicos; c) artigos do tipo ensaio teórico, reflexões, revisões bibliográficas não sistematizadas, cartas, resenhas, editoriais, livros, capítulos de livros, publicações governamentais, boletins informativos; d) trabalhos cujo tema de EPS seja apresentado como uma “recomendação” nos resultados e conclusões, ou esteja abordado apenas na introdução, revisão de literatura ou referencial teórico, não se configurando como objeto central do estudo; e) estudos que apresentem apenas ações de EPS e capacitações em nível institucional (uma área dentro de hospitais, unidades locais de saúde, uma estrutura em secretarias estaduais ou municipais de saúde, entre outros), ou seja, que não apresentem uma perspectiva de um programa ou política municipal, estadual ou nacional; f) estudos que não estão disponibilizados on-line no formato completo para análise.

A busca de trabalhos para a pesquisa primária ocorreu de 7 a 26 de julho de 2010 e seguiu dois caminhos:

a) no Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), site: <<http://www.capes.gov.br/servicos/banco-de-teses>>; clicar em “resumos”; ao abrir a nova tela, inserir no item “assunto” as palavras “educação permanente em saúde”; clicar em “pesquisar”. Utilizamos apenas um descritor, visto que, na simulação de busca, percebemos que esse termo era procurado no título, resumo e descritores.

b) na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME), site <[www.regional.bvsalud.org](http://www.regional.bvsalud.org)>. Optamos pela busca livre no item “pesquisa na bvs” usando as palavras: “educação permanente em saúde”; selecionando o “método integrado”, “todos os índices”, “todas as fontes”. Ressaltamos que, ao optar pelo item “todas as fontes”, significa que a busca foi realizada nas seguintes bases – “Ciências da Saúde em Geral: LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane,

SciELO. Portal de Evidências: Revisões Sistemáticas, Ensaio Clínicos, Sumários de Evidência, Avaliações Econômicas em Saúde, Avaliações de Tecnologias em Saúde, Diretrizes para Prática Clínica. Áreas Especializadas: BIOÉTICA, CidSaúde, DESASTRES, HISA, HOMEINDEX, LEYES, MEDCARIB, REPIDISCA. Organismos Internacionais: PAHO, WHOLIS”.

A seleção inicial dos trabalhos ocorreu pela leitura dos títulos e resumos de um universo de 407 teses e dissertações geradas no banco de teses da CAPES e de 1718 trabalhos gerados na BIREME. Seguindo os critérios de inclusão e exclusão, a partir da leitura dos resumos, foram pré-selecionadas 54 teses e dissertações e 40 artigos originais, revisões sistematizadas e relatos de experiência.

Os trabalhos completos foram resgatados no período de 27 de julho a 30 de setembro de 2010. As teses e dissertações foram resgatadas através do banco de teses e dissertações do Domínio Público - site: <[www.dominiopublico.gov.br](http://www.dominiopublico.gov.br)>; do site dos programas de pós-graduação dos cursos em que foram defendidas. Os artigos originais, revisões sistematizadas e relatos de experiência foram capturados do Portal de Periódicos CAPES; de site dos periódicos não indexados em bases de dados. Ainda, por meio do Serviço de Comutação Bibliográfica (COMUT) da Biblioteca da Universidade Federal de Santa Catarina também foram resgatados estudos completos tanto de teses e dissertações, quanto de artigos em periódicos que estavam disponíveis online em bancos de dados de bibliotecas, logo, sem ônus orçamentário.

Os trabalhos pré-selecionados foram organizados no gerenciador bibliográfico EndNote<sup>®</sup>, o qual permitiu a exclusão de produções duplicadas e, posteriormente, alimentaram uma matriz construída para a organização e análise dos dados (Apêndice 1). Na matriz foram distribuídos os seguintes itens: tipo de publicação, periódico ou instituição de defesa, ano, identificação e sexo dos autores, caráter institucional dos autores, objetivo, tema/dimensão/problema, metodologia (proposta teórica, tipo de estudo, método, lugar, participantes, técnicas coleta, análises, dimensão ética), proposta desenvolvida/achados/conclusões, programa ou política de EPS do Brasil abordado no estudo.

Após o resgate dos trabalhos completos e a revisão por pares dos trabalhos pré-selecionados, chegamos a um consenso e defini o total de 54 estudos que compuseram o universo de trabalhos analisados. A análise dos dados ocorreu a partir da proposta de análise de conteúdo, estruturada através dos momentos de pré-análise, exploração do material e tratamento e interpretação dos resultados (MINAYO, 2004).



Na pré-análise dos materiais, realizamos a leitura flutuante dos trabalhos completos, sendo possível tomar ciência dos temas abordados nos estudos e preencher alguns aspectos gerais da matriz como tipo de publicação (tese, dissertação, artigo); ano de publicação; identificação, sexo e caráter institucional dos autores; periódicos ou programas de pós-graduação que os trabalhos foram publicados; objetivo(s); região geográfica do país que o estudo foi realizado; enfoque metodológico adotado; e programa e política de EPS de que trata o estudo. Tais aspectos estruturaram a categoria “perfil dos estudos sobre programas e políticas de EPS no Brasil”.

A exploração do material ocorreu após novas leituras detalhadas dos textos completos, sendo que foi feito um recorte dos textos em unidades de registro que completaram os itens dimensão e achados/conclusões na matriz. Posteriormente, ocorreu a classificação e agregação dos dados de modo a estruturar a categoria dimensões temáticas e características analíticas dos estudos sobre programas ou políticas de EPS no Brasil.

A partir da organização dos dados e estruturação das categorias que responderam às dimensões e características, realizamos inferências e interpretações por meio de aportes teóricos, que deram sustentação ao estudo de revisão. A fim de facilitar a visualização do conteúdo analisado, pode-se consultar o quadro síntese apresentado em Apêndice “A”.

Como a pesquisa foi baseada nos pressupostos da revisão integrativa de literatura, não ocorreu envolvimento direto de seres humanos como sujeitos do estudo, desse modo não houve necessidade de aprovação da investigação por um Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos. No entanto, destacamos que as informações passaram pela revisão por pares para atestar a confiabilidade dos resultados, a fim de garantir o rigor científico exigido em pesquisas dessa natureza.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Perfil dos estudos sobre programas e políticas de educação permanente em saúde no Brasil**

Do total de 54 trabalhos analisados, 3 são teses, 23 dissertações, 16 artigos originais/revisões sistematizadas e 12 relatos de experiência. Em relação à autoria, os 54 trabalhos foram publicados por 120 autores, sendo 96 do sexo feminino e 24 do sexo masculino, e cumpre destacar que o diferencial do número de autores em relação ao número de

trabalhos publicados ocorreu devido à multiautoria das publicações em periódicos.

Do quantitativo total de autores, 13 publicaram 2 ou 3 trabalhos, sendo que 5 publicaram seus trabalhos de tese ou dissertação mais um artigo e 8 autores publicaram mais de um artigo. Quanto à multiautoria dos 28 artigos analisados, constatamos que 25 são de múltiplos autores, com uma variação de 2 a 8 autores. Apenas 3 artigos foram escritos por um único autor.

Entre os 99 autores dos 28 artigos publicados, 80 têm vínculo institucional público, 15 têm vínculo privado, 2 vínculo público e privado e 2 não possuem vínculo no Brasil. Quanto à atuação profissional, 71 trabalham em instituições de ensino superior ou de nível médio em saúde, 9 trabalham na assistência à saúde em estruturas públicas ou privadas, 22 trabalham em áreas administrativas e/ou de gestão de Secretarias Municipais ou Estaduais de Saúde e no Ministério da Saúde e 2 têm vínculo com instituições de ensino superior no exterior. Ao analisar as teses e dissertações, não foi possível identificar o vínculo empregatício dos autores.

Os resultados apontam que os autores que estudam o tema sobre programas ou políticas de EPS no Brasil, em sua maioria, são do sexo feminino, com vínculo público em instituições de ensino superior. Porém, apenas um número reduzido de autores publicou mais de um trabalho sobre o assunto, o que configura a possibilidade de que poucos se dedicam efetivamente a realizar pesquisas sobre a temática ou, se realizam, não divulgam sistematicamente no formato de artigos.

Um aspecto que nos chamou a atenção foi ter encontrado, no período de coleta dos dados, apenas o trabalho de Sato, Cecílio e Andrezza (2009) no formato de artigo científico, derivado do trabalho final de dissertação. Esse fato denota a dificuldade dos autores das teses e dissertações voltarem a trabalhar os resultados dos seus estudos a fim de lograr uma publicação no formato de artigo científico. Porém, na sociedade da informação em que vivemos, há uma exigência cada vez maior do meio acadêmico e órgãos de fomento à pesquisa de que o produto científico seja disponibilizado para a comunidade na forma de artigos, pois facilita a consulta e consumo dos achados dos estudos (LUZ, 2005), fato que não foi percebido entre as publicações da maioria dos autores que defenderam teses e dissertações sobre a temática em estudo.

A dificuldade de publicação em periódicos, principalmente os mais conceituados cientificamente, é um tema discutido há anos no meio acadêmico. Entre “as razões pelas quais não conseguimos escrever o que

produzimos destacam-se a dificuldade de redação, os resultados negativos e os achados que não acrescentam nada novo ou relevante ao conhecimento contemporâneo sobre o tema. Somadas a isso, na categoria pessoal, as razões apontadas são a falta de tempo, de organização, de disciplina e, principalmente, de experiência” (RABELO, 2010, p. 208), aspectos que necessitam ser superados gradativamente por meio do próprio exercício da escrita, e, é claro, com disciplina e persistência.

A Tabela 3.1 apresenta a distribuição dos 28 artigos analisados, segundo a classificação da área principal dos periódicos na avaliação Qualis/CAPES-2009.

<b>Periódicos</b>	<b>Número Publicações</b>	<b>Área Principal na CAPES</b>	<b>Qualis CAPES Área Principal</b>
Revista Baiana de Saúde Pública	4	Saúde Coletiva	B3
Revista Divulgação Saúde Debate	3	Interdisciplinar	B3
Revista Texto & Contexto Enfermagem	3	Enfermagem	A2
Trabalho, Educação e Saúde	3	Interdisciplinar	B3
Revista Latino-Americana de Enfermagem	2	Enfermagem	A2
Revista Brasileira de Enfermagem	2	Enfermagem	B1
Revista da Escola de Enfermagem da USP	2	Enfermagem	A2
Interface: comunicação, saúde e educação	1	Interdisciplinar	B1
Revista Saúde e Sociedade	1	Interdisciplinar	B1
Escola Anna Nery Revista Enfermagem	1	Enfermagem	B1
Caderno RH Saúde	1	Saúde Coletiva	C
O Mundo da Saúde	1	Interdisciplinar	B2
Cadernos Gestão Pública e Cidadania	1	Administração	B5
Revista Médica de Minas Gerais	1	Medicina	B5
Revista Espaço para a Saúde	1	Interdisciplinar	B3
Serviço Social & Realidade	1	Interdisciplinar	B3

**Tabela 3.1** - Distribuição dos artigos publicados em periódicos classificados por área de concentração, avaliação no Qualis/CAPES-2009.

Conforme apresentado na Tabela 3.1, os periódicos em que a maioria dos artigos analisados foram publicados pertencem às áreas

Interdisciplinar e de Enfermagem na CAPES. Tal aspecto permite inferir que essas áreas compreendem a importância de trabalhos sobre a temática e, por conseguinte, aceitam o tema de EPS no escopo de seus periódicos. No entanto, constatamos que a maioria dos artigos publicados encontra-se em periódicos de circulação nacional (Qualis: B2, B3, B4, B5 e C), o que denota a necessidade cada vez maior de nós, pesquisadores da área, estruturarmos os achados de nossas pesquisas de modo a trazer contribuições e inovações significativas, a fim de lograr o aceite do trabalho em revistas de maior conceito científico e, por conseguinte, com impacto internacional devido à relevância, originalidade e validade científica das publicações (RABELO, 2010).

Algo que nos causou estranheza foi o fato de que alguns artigos que compuseram a “pré-seleção” deste estudo, mesmo estando publicados em seções de artigos originais de pesquisa nos periódicos, no momento da análise de conteúdo, evidenciou-se que se tratavam de relatos de experiência, ou ensaio teóricos, ou reflexões sobre o assunto. Também houve artigos em que os autores apresentaram o resumo como sendo um trabalho derivado dos resultados de sua dissertação ou tese de abordagem qualitativa, mas o artigo se tratava de um ensaio teórico ou revisão não sistematizada sobre o tema, sendo, desse modo, excluídos do escopo de trabalhos analisados.

O número de teses e dissertações sobre a temática de estudo, defendidas em instituições de ensino superior públicas, foi de 22, enquanto 4 foram defendidas em instituições privadas. A Tabela 3.2 apresenta a distribuição por regiões geográficas do Brasil das instituições de ensino superior onde os trabalhos foram defendidos.

<b>Região/Instituição Ensino Superior</b>		
	<b>Teses</b>	<b>Dissertações</b>
<b>Sul</b>		
Universidade Federal de Santa Catarina		2
Universidade do Vale do Itajaí		4
Universidade Estadual de Londrina		1
<b>Sudeste</b>		
Universidade Federal de São Paulo	1	
Universidade de São Paulo		2
Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho	1	
Universidade Federal de Minas Gerais		1
Universidade Estadual de Montes Claros		1
Universidade Estadual do Rio de Janeiro	1	1
Universidade Federal do Rio de Janeiro		1
Fundação Oswaldo Cruz		5
<b>Nordeste</b>		
Universidade Federal da Bahia		1
Universidade Federal do Rio Grande do Norte		1
Universidade Federal do Maranhão		1
<b>Centro Oeste</b>		
Universidade Federal do Mato Grosso		1
Universidade de Brasília		1

**Tabela 3.2** - Distribuição de teses e dissertações segundo região geográfica e instituições de ensino superior no Brasil, no período de 2000-2010.

As teses e dissertações foram defendidas em programas de pós-graduação de Saúde Pública e Saúde Coletiva (10), Saúde e Gestão do Trabalho (4), Enfermagem (3), Educação em Ciências da Saúde (1), Pesquisa em Administração (1), Políticas Sociais (1), Medicina Preventiva (1), Odontologia (1), Desenvolvimento Social (1), Políticas Públicas (1), Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (1), Serviço Social (1).

Em relação às instituições de defesa das teses e dissertações apresentadas na Tabela 3.2, o estudo mostra a hegemonia dos programas de pós-graduação das Regiões Sul e Sudeste, sendo que as instituições em que os trabalhos foram realizados refletem a desigualdade, ainda vigente no país, sobre a estruturação de programas de pós-graduação nas regiões brasileiras, pois nenhum trabalho foi desenvolvido em um

programa de pós-graduação da Região Norte e poucos estudos derivaram de programas do Centro-Oeste. Outro aspecto que a revisão apontou foi que a área de saúde pública ou saúde coletiva concentra a maioria dos trabalhos sobre a temática, o que denota a congruência do tema de EPS ao fortalecimento e consolidação do sistema de saúde brasileiro.

Na Tabela 3.3, é possível constatar o universo de programas e políticas de EPS que compuseram a revisão integrativa, bem como a abordagem metodológica utilizada nos trabalhos.

Programa ou Política de EPS	Abordagem Metodológica				
	Relato de Experiência	Quantitativo	Quantitativo e Qualitativo	Qualitativo	Qualitativo participante
Projeto Larga Escala	1	-	-	5	-
Polos CFEP/ESF	2	-	1	3	-
PROFAE	-	-	1	5	-
PNEPS Port. nº 198	7	2	1	14	2
PNEPS Port. nº 1.996	-	-	-	1	-
PNEPS-CS/SUS	-	-	-	1	-
Outros programas regionais	1	-	-	-	-
PNEPS Port. nº 198 e 1.996	1	-	-	3	-
PNEPS Port. nº 198 e Projeto Larga Escala	-	-	-	1	-
Projeto Larga Escala, PNEPS Port. nº 198 e 1.996	-	-	-	1	-
PNEPS Port. nº 1.996, Projeto Larga Escala, PROFAE	-	-	-	1	-
<b>Total</b>	12	2	3	35	2

**Tabela 3.3** - Distribuição dos programas ou políticas de educação permanente em saúde no Brasil analisados segundo abordagem metodológica, no período de 2000-2010.

As regiões geográficas do Brasil em que os estudos analisados foram desenvolvidos estão apresentadas na Tabela 3.4.

Programa ou Política de EPS	Regiões geográficas do Brasil						
	Sul	Sudeste	Nordeste	Centro-Oeste	Norte	Nacional*	N/A**
Projeto Larga Escala	-	5	-	-	-	-	1
Polos CFE/ESF	2	3	1	-	-	-	-
PROFAE	-	1	2	1	1	1	-
PNEPS Port. n° 198	9	11	3	3	-	-	-
PNEPS Port. n° 1.996	1	-	-	-	-	-	-
PNEPS-CS/SUS	-	-	-	1	-	-	-
Outros programas regionais	-	1	-	-	-	-	-
PNEPS Port. n° 198 e 1.996	-	1	1	-	1	-	1
PNEPS Port. n° 198 e Projeto Larga Escala	-	1	-	-	-	-	-
Projeto Larga Escala, PNEPS Port. n° 198 e 1.996	1	-	-	-	-	-	-
PNEPS Port. n° 1.996, Projeto Larga Escala, PROFAE	-	-	-	-	-	-	1
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>23</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>

Nota: \* Estudo que teve uma abrangência nacional

\*\* N/A = Não se aplica, visto se tratar de estudos de revisão, de base histórica ou teórico-conceitual.

**Tabela 3.4** - Distribuição dos programas ou políticas de educação permanente em saúde analisados segundo região geográfica do Brasil, no período de 2000-2010.

A abordagem metodológica dos estudos aponta uma forte tendência para a realização de estudos qualitativos sobre a temática. No entanto, ao analisarmos apenas as publicações em periódicos (28), é possível perceber que o quantitativo de trabalhos publicados no formato de relato de experiência (12) é expressivo. Esse aspecto reforça a constatação anterior sobre a necessidade dos autores das teses e dissertações divulgarem seus achados de pesquisa na modalidade de artigos. Quanto às regiões do Brasil estudadas, o total de trabalhos que compuseram essa revisão reforça a hegemonia das Regiões Sul (13) e Sudeste (23), no entanto, encontramos trabalhos que apresentam a realidade da Região Norte (2) sobre a temática, mesmo sendo a minoria, o que denota um movimento positivo de expansão que precisa ser fortalecido.

### **Dimensões temáticas e características analíticas dos estudos sobre programas e políticas de educação permanente em saúde**

A pesquisa de revisão integrou 54 estudos dos seguintes programas e políticas de EPS desenvolvidos no Brasil, nas últimas três décadas: Programa de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível

Médio e Elementar (Projeto Larga Escala), Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Saúde da Família (Pólos CFEP/ESF), Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS Port. 198/04 e PNEPS Port. 1.996/07), Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde (PNEPS-CS/SUS), Outro programa de EPS municipal ou estadual.

Antes de apresentar as dimensões temáticas analisadas nos trabalhos que compuseram a presente revisão, buscamos fazer uma breve descrição e contextualização de cada programa ou políticas. Ainda, defini oito categorias que foram estruturadas e expressam as características analíticas dos resultados e conclusões encontradas nos estudos, sendo elas,- descrição de projeto, proposta teórica e/ou ação desenvolvida; - recomendações e/ou desafios de ações para práticas ou políticas; - análise e/ou construção teórica/metodológica sobre o tema; - percepção ou análise do impacto das ações e/ou processos; - conhecimento/compreensão conceitual do programa ou política; - dificuldade de envolvimento/resistência e de compromisso do participante e/ou instituição; - potencialidades e limitações de propostas e ações; e, - sugestões para novas pesquisas.

O Projeto Larga Escala foi um programa instituído e desenvolvido pelos Ministérios da Saúde e Educação do Brasil, com apoio da OPAS/OMS, no período de 1981 a 1996, sendo considerado por alguns estudiosos da área como o precursor de uma nova postura pedagógica para formação de recursos humanos na saúde, pois introduziu, nos processos de capacitação dos serviços de saúde, o método pedagógico da problematização. A proposta emergiu de um contexto marcado pelo crescimento do grande número de trabalhadores da saúde de nível médio sem qualificação para o trabalho (CASTRO, 2008; CASTRO; SANTANA; NOGUEIRA, 2002).

Os idealizadores do Projeto Larga Escala tinham por objetivo seguir os preceitos teórico-metodológicos sobre EPS apresentados pela OPAS/OMS, na década de 1980, a fim de que as ações de EPS fossem além das usuais propostas de treinamentos fragmentados e pontuais. Assim, foi concebido um projeto comprometido com a transformação social, com uma proposta alternativa de qualificação profissional de trabalhadores sem formação específica (CASTRO, 2008; CASTRO; SANTANA; NOGUEIRA, 2002).

Para disseminar a estratégia de formação, os idealizadores buscaram operacionalizar as atividades previstas pelo projeto junto às



secretarias estaduais e municipais de saúde e educação, conselhos estaduais de educação e rede básica de atenção à saúde. O fato de o projeto esbarrar na deficiência orçamentária levou os idealizadores a diversas vezes mobilizar ideologicamente muitas pessoas que trabalharam no projeto, por acreditarem na possibilidade de mudança social dos envolvidos. Nesse cenário, foi concebido um projeto comprometido com a transformação social, com uma proposta alternativa de qualificação profissional de trabalhadores sem formação específica, no período histórico do movimento da Reforma Sanitária e instituição do SUS, que perdurou até a regulamentação da atual Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) em 1996 (CASTRO, 2008; CASTRO; SANTANA; NOGUEIRA, 2002).

As dimensões temáticas dos estudos da presente revisão que abordaram exclusivamente o Projeto Larga Escala possibilitam aos interessados por esse tema conhecer as bases histórico-conceituais e pedagógicas do programa (BASSINELLO; BAGNATO, 2009a, 2009b). Também é possível analisar exemplos de planejamento, organização, estrutura e implantação do projeto em nível municipal e estadual, bem como perceber a adequação dos princípios do SUS nas ações de desenvolvimento de projetos (GRYSCHEK *et al.*, 2000; ALMEIDA, 2000), e ainda, o impacto gerado na vida pessoal e profissional dos egressos que participaram das ações do referido programa (AGUIAR-NETO; SOARES, 2004; BITTAR, 2009).

Entre as categorias analíticas que emergiram dos resultados dos trabalhos sobre o Projeto Larga Escala, constatamos que três trabalhos apresentaram em seus resultados a descrição de projeto, proposta teórica e/ou ação desenvolvida (GRYSCHEK *et al.*, 2000; BASSINELLO; BAGNATO, 2009a, 2009b). O mesmo número apresentou aspectos a respeito do conhecimento/compreensão conceitual do programa ou política (AGUIAR-NETO; SOARES, 2004; BASSINELLO; BAGNATO, 2009b; ALMEIDA, 2000).

Outras categorias foram expressas em dois trabalhos, sendo elas recomendações e/ou desafios para práticas ou políticas (GRYSCHEK *et al.*, 2000; BITTAR, 2009), percepção ou análise do impacto das ações e/ou processos (AGUIAR-NETO; SOARES, 2004; BITTAR, 2009), potencialidades e limitações das propostas e ações (BITTAR, 2009; ALMEIDA, 2000), sugestões para novas pesquisas (BASSINELLO; BAGNATO, 2009a, ALMEIDA, 2000). Ainda, análise e/ou construção teórica e/ou metodológica sobre o tema é expressa nos resultados do trabalho de Bassinello e Bagnato (2009b).

Os Polos CFEP/ESF foram criados pelo Ministério da Saúde

(MS) em 1996 e instituídos em novembro de 1997, sendo financiados com recursos do Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS), por meio de um projeto de licitação internacional. Os Polos CFEP/ESF eram compreendidos como “uma estratégia operacional para o desenvolvimento de habilidades dos profissionais de saúde da família na abordagem a atenção integral, destinavam-se a promover ações nas três vertentes: capacitação, formação e educação permanente” (GIL, 2005, p. 492).

Eram constituídos por representantes das Instituições de Ensino Superior (IES), das Escolas de Saúde Pública das Secretarias Estaduais de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde responsáveis pelo desenvolvimento das equipes de saúde da família. Desse modo, essas instituições de ensino e os serviços se comprometiam com o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde da família e também para a atenção básica do SUS (GIL, 2005). Organizava-se por meio de projetos e tinha o objetivo de adequar o perfil dos profissionais que atuavam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) ao novo modelo de atenção à saúde (CAMPOS; PIERANTONI; MACHADO, 2006).

Devido ao aumento acelerado do número de equipes, somado à alta rotatividade dos profissionais, a ação de EPS predominantemente realizada por meio dos Polos de CFEP/ESF foram os cursos introdutórios, visando à capacitação das equipes na lógica da ESF. Também foram desenvolvidos programas de residência multiprofissionais ou medicina de família e comunidade, no entanto, devido à velocidade de expansão das equipes de saúde da família e ao número limitado de vagas para a modalidade de residência, constatou-se que essas ações não foram suficientes para modificar o perfil do profissional para as necessidades SUS (CAMPOS; PIERANTONI; MACHADO, 2006; GIL, 2005).

Entre os seis trabalhos em que os Polos CFEP/ESF são o foco na presente revisão, constatamos que as dimensões mais abordadas são de planejamento, organização, estrutura, implantação da ação, principalmente em relação ao curso básico (introdutório) de saúde da família e especializações nessa área em nível municipal e estadual (CECCIM, 2001; CECCIM; ARMANI, 2001; AZOURY, 2003; FARAH, 2006). A dimensão pedagógica aplicada às ações e análise de currículos foi o foco de dois estudos (AZOURY, 2003; MEDINA, 2007). Ainda, um trabalho abordou o impacto que o curso de especialização em ESF exerceu na vida dos profissionais que o realizaram (SILVA, 2009).

Os resultados dos trabalhos de Azoury (2003), Medina (2007) e

Farah, (2006) expressam-se nas categorias analíticas: descrição de projeto, proposta teórica e/ou ação desenvolvida; percepção ou análise do impacto das ações e/ou processos; e potencialidades e limitações das propostas e ações. Ainda, os estudos de Azoury (2003) e Farah (2006) abordam também recomendações e/ou desafios para práticas ou políticas e conhecimento/compreensão conceitual do programa ou política, enquanto que os trabalhos de Farah (2006) e Medina (2007) apontam ainda a dificuldade de envolvimento/resistência e de compromisso do participante e/ou instituição. O resultado do estudo de Azoury (2003) faz também uma análise e/ou construção teórica e/ou metodológica sobre o tema.

Ceccim (2001), Ceccim e Armani (2001) expressam, nos resultados de seus estudos, a descrição de projeto, proposta teórica e/ou ação desenvolvida e fazem recomendações e/ou desafios para práticas ou políticas. Ainda, Ceccim (2001) e Silva (2009) descrevem a percepção ou análise do impacto das ações e/ou processos, e Silva (2009) também faz recomendações e/ou desafios para práticas ou políticas e apresenta potencialidades e limitações das propostas e ações.

No período histórico do desenvolvimento dos Polos de CFEP/ESF (1998-2002), é importante registrar que, além da indução para capacitação de profissionais para ESF, o MS, a partir do ano 2000, instituiu outros projetos na área de recursos humanos a fim de implementar e fortalecer o SUS. Entre as ações, destaco: criação e expansão da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS) e o Curso de Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde (GERUS). Ainda, em 2001 e 2002, foram implantados o incentivo às mudanças curriculares nos cursos de graduação em medicina (PROMED), o mestrado profissionalizante para trabalhadores do SUS, entre outras ações (PIERANTONI, 2002). No entanto, não houve trabalhos selecionados, a partir dos critérios da presente revisão integrativa, que abordassem esses programas.

Outro programa lançado pelo governo federal que atingiu uma grande repercussão em nível nacional foi o PROFAB. Esse programa, instituído entre os anos de 1999 e 2000, tem por objetivo promover melhoria na qualidade da atenção à saúde, por meio da oferta de qualificação profissional aos trabalhadores de enfermagem, empregados na rede pública e privada sem a devida formação.

O PROFAB desenvolveu-se a partir de três grandes eixos de formação: ofertas de cursos no nível de escolarização fundamental e médio aos trabalhadores cadastrados, de modo que pudessem integrar os cursos de formação profissional; oferta de cursos de formação

profissional no nível de qualificação profissional (auxiliar de enfermagem) e de complementação de qualificação profissional (técnico de enfermagem); oferta de curso de especialização *lato-sensu* de formação pedagógica para o ensino profissional na área da saúde (modalidade de EAD sob tutoria), voltados aos enfermeiros para atuarem nos cursos de formação profissional (NEGRI; SANTOS, 2002).

As principais dimensões temáticas abordadas sobre o PROFAE, nos trabalhos que compuseram a revisão integrativa, referem-se à formação pedagógica de tutores (SILVA; SILVA; SANTOS, 2005), à caracterização da proposta pedagógica do curso (BARBOSA, 2004), ao impacto gerado pelas ações na vida pessoal e profissional dos trabalhadores (FERREIRA et. al., 2007; NORONHA-FILHO, 2009), e à implementação da proposta e avaliação das ações (COSTA et. al., 2008; COSTA et. al. 2009).

Os trabalhos de Ferreira et. al. (2007), Costa et. al. (2008), Costa et. al. (2009) e Noronha-Filho (2009) expressam, em seus resultados, recomendações e/ou desafios para práticas ou políticas e a percepção ou análise do impacto das ações e/ou processos. Ainda, Noronha-Filho (2009) e Barbosa (2004) apresentam as potencialidades e limitações das propostas e ações. O estudo de Barbosa (2004) também exhibe recomendações e/ou desafios para práticas ou políticas, bem como faz descrição de projeto, proposta teórica e/ou ação desenvolvida e do conhecimento/compreensão conceitual do programa ou política. Por fim, o trabalho de Silva, Silva e Santos (2005) faz uma percepção ou análise do impacto das ações e/ou processos.

Atualmente, o PROFAE ainda é desenvolvido, porém, nos últimos anos, visto a necessidade de fortalecimento das Escolas Técnicas do SUS (ET-SUS), foi definida uma concentração dos cursos de nível médio no interior das ET-SUS, tanto para a área da enfermagem, como para outras áreas da saúde que estão adotando a mesma base metodológica do curso PROFAE. O reconhecimento dessa realidade abriu espaço para o debate acerca do papel das escolas de formação para o nível médio e viabilizou a transformação dos Centros Formadores de Recursos Humanos (CEFORH) em Escolas Técnicas do SUS (ET-SUS), instituídas como estruturas centrais na educação para o SUS, a partir da criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) em 2003 (NEGRI, SANTOS, 2002).

As ações de EPS realizadas até o ano de 2003 tinham um caráter pontual, com uma lógica de programas. A instituição da PNEPS, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite, em setembro de 2003, e instituída a partir da

Portaria nº 198/04 em fevereiro de 2004, buscou se constituir no eixo transformador do sistema no que diz respeito à articulação entre saúde e educação (BRASIL/MS/SGTES, 2004; MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006; CECCIM, 2005b).

A PNEPS, tal como foi concebida pelos gestores do MS, utiliza como pressuposto pedagógico a noção de aprendizagem significativa, ou seja, a aprendizagem que parte da problematização das práticas cotidianas e dos problemas que dificultam a atenção integral. O objetivo central dessa proposta é a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde individuais e coletivas, da gestão setorial e do controle social em saúde (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006; CECCIM, 2005a).

Assim, a proposta de EPS requer o desenvolvimento de ações em diversos âmbitos: da formação técnica, de graduação e de pós-graduação; da organização do trabalho; da interação com as redes de gestão e de serviços de saúde; e do controle social neste setor. A proposta operacional da PNEPS, apresentada na Portaria 198/04, ocorreu basicamente por três estruturas: os Polos de EPS, a formação de tutores e de facilitadores de EPS, e a estruturação da rede de municípios colaboradores para EPS (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

Para conduzir a gestão dessa multiplicidade de ações no plano local e regional, foram criadas instâncias de articulação denominadas Polos de Educação Permanente em Saúde. Essas instâncias de articulação foram entendidas como espaços para o estabelecimento do diálogo e da negociação entre as ações e os serviços do SUS e as instituições formadoras e como *locus* para a identificação de necessidades e a construção de estratégias e políticas no campo da formação e do desenvolvimento em saúde (CAMPOS; PIERANTONI; MACHADO, 2006; BRASIL/MS/SGTES, 2004; MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

A formação de tutores e facilitadores foi uma iniciativa realizada pelo MS em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública. O curso teve como objetivo formar atores indicados pelos Polos de EPS para aumentar a capacidade de implementação da PNEPS, fortalecendo os polos e transformando as práticas de atenção e de ensino dos profissionais de saúde. Foi por meio desse processo de formação que se buscou introduzir os conceitos de aprendizagem significativa e a problematização como ferramentas para a transformação do processo de trabalho (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

Ainda, a proposta de formação da rede de municípios

colaboradores de EPS iniciou suas ações no ano de 2005, com um universo de 160 municípios, os quais receberam apoio para o desenvolvimento de profissionais qualificados na proposta teórico-metodológica da PNEPS, ou seja, tinham a possibilidade de formar mais tutores e facilitadores, com recursos adicionais para as atividades educativas (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006). Em 2005, houve uma reformulação na equipe responsável pela PNEPS na SGTES/MS e não foram encontrados outros referenciais apontando quais os direcionamentos realizados sobre a proposta de formação da rede de municípios colaboradores de EPS.

Na presente revisão integrativa, foi encontrado um número expressivo de trabalhos (26) que abordam aspectos da PNEPS - Portaria 198/04, sendo que consideramos alguns programas lançados e conduzidos pela SGTES, no período de abrangência da Portaria 198/04, como ligados à PNEPS. Justificamos essa compreensão por considerar que uma grande contribuição da política estrutura-se na sua proposta teórico-metodológica e pedagógica, sendo marco de referência a outros programas propostos pela SGTES como, por exemplo, o MULTIPLICA-SUS, Cursos de Especialização em ESF/EAD, entre outros.

As pesquisas e relatos de experiência que tiveram como foco, nesta revisão, a PNEPS – Portaria 198/04, apresentaram variadas dimensões temáticas como planejamento, organização e estrutura e avaliação dos polos de EPS (SARRETA, 2005; CAMPOS *et al.*, 2006; NICOLETTO *et al.*, 2009; NASCIMENTO, 2007; BRAVIN, 2008; SCHOTT, 2008; MONTEIRO *et al.*, 2007), implementação e avaliação dos projetos e das ações de EPS planejadas e aprovadas pelos polos em municípios e estados (BARRETO *et al.*, 2006; KLEBA; COMERLATTO; COLLISELLI, 2007; CAROTTA; KAWAMURA; SALAZAR, 2009; LEMOS; FONTOURA, 2009; MUROFUSE *et al.*, 2009; PIMENTA; LIVORATO, 2009; SATO; CECÍLIO; ANDREAZZA, 2009; LINO *et al.*, 2009; VIEIRA, 2006; SANTOS, 2007; ALVES, 2007; BARBOSA, 2009; ANJOS, 2009), implementação e avaliação de cursos de facilitadores (SARRETA, 2005, 2009; MENDONÇA, 2008), conhecimento teórico-metodológico e pedagógico sobre PNEPS (ROSITA; CUTOLO; SANDRI, 2008; FERRAZ, 2005; FRANZ, 2006). Ainda, o trabalho de Blumm, Nerva e Silva (2006) apresentou o planejamento, a organização, a estrutura e a implementação do programa Multiplica-SUS.

Analisando os resultados, constatamos que os estudos de Barreto *et al.* (2006), Blumm, Nerva e Silva (2006), Campos *et al.* (2006),

Kleba, Comerlatto e Colliselli (2007), Carotta, Kawamura e Salazar (2009), Lemos e Fontoura (2009), Santos (2007) apresentam a descrição de projeto, proposta teórica e/ou ação desenvolvida e recomendações e/ou desafios para práticas ou políticas. Os trabalhos de Campos *et al.* (2006), Nascimento (2007), Bravin (2008), Schott (2008), Mendonça (2008), Barbosa (2009), Sarreta (2009), descrevem a percepção ou análise do impacto das ações e/ou processos, bem como as potencialidades e limitações das propostas e ações.

Recomendações e/ou desafios para práticas ou políticas e conhecimento/compreensão conceitual do programa ou política são encontradas nos resultados dos estudos de Rosita, Cutolo e Sandri (2008), Franz (2006), Vieira (2006), Mendonça (2008), Barbosa (2009), Sarreta, (2009). Ainda Vieira (2006), Alves (2007), Anjos (2009), descrevem a dificuldade de envolvimento/resistência e de compromisso do participante e/ou instituição e as potencialidades e limitações das propostas e ações.

Alves (2007), Bravin (2008), Schott (2008), Anjos (2009) fazem a descrição de projeto, proposta teórica e/ou ação desenvolvida e abordam o conhecimento/compreensão conceitual do programa ou política. Os estudos de Murofuse *et al.* (2009), Sato, Cecilio e Andrezza (2009), Lino *et al.* (2009) exibem recomendações e/ou desafios para práticas ou políticas e percepção ou análise do impacto das ações e/ou processos.

Os estudos de Nascimento (2007), Sarreta (2009) descrevem o projeto, a proposta teórica e/ou ação desenvolvida e a dificuldade de envolvimento/resistência e de compromisso do participante e/ou instituição. A percepção ou análise do impacto das ações e/ou processos é apresentada nos trabalhos de Carotta, Kawamura e Salazar (2009), Pimenta e Livorato (2009), Nicoletto *et al.* (2009), Santos (2007). Ainda, Mendonça (2008) expressa a dificuldade de envolvimento/resistência e de compromisso do participante e/ou instituição.

Análise e/ou construção teórica e/ou metodológica sobre o tema pode ser encontrada nos resultados dos estudos de Barreto *et al.* (2006), Rosita, Cutolo e Sandri (2008), Franz (2006), Nascimento (2007), Anjos (2009), Monteiro *et al.* (2007), que também fizeram recomendações e/ou desafios para práticas ou políticas, enquanto Nicoletto *et al.* (2009), Ferraz (2005) apresentaram o conhecimento/compreensão conceitual do programa ou política. Ainda, Sarreta (2005), Pimenta e Livorato (2009) realizaram a descrição de projeto, proposta teórica e/ou ação desenvolvida. Por fim, apenas os trabalhos de Rosita, Cutolo e Sandri (2008), Alves (2007), Bravin (2008), Schott (2008) fizeram sugestões

para novas pesquisas.

Após avaliação da PNEPS em 2006/2007, foi implementada, em agosto de 2007, a Portaria 1.996/07, que instituiu uma nova estratégia de ação da PNEPS. A nova proposta de condução da PNEPS tem, entre seus objetivos, subsidiar a elaboração de Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) e definir critérios para distribuição de recursos federais aos estados e/ou municípios, visto que a mesma passou a disponibilizar recursos de forma descentralizada. Ainda, estabelece que é responsabilidade dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) e das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) definir, elaborar, acompanhar e avaliar as ações de EPS e para a formação no campo da educação na saúde, tanto dos trabalhadores técnicos do SUS, como dos acadêmicos em formação, ou seja, a condução da política passou a ser do CGR e da CIES, em substituição aos Polos de EPS (HADDAD *et al.*, 2008; BRASIL/MS/SGTES, 2009).

A Portaria 1.996/07 mantém a compreensão conceitual e pedagógica sobre EPS, no entanto mobiliza algumas mudanças, principalmente em relação ao envolvimento dos gestores nas ações de EPS em nível municipal e estadual. A participação dos municípios nas ações de EPS estruturadas pelas CIES está ligada à definição do Pacto de Saúde e de Gestão dos municípios, sendo que o financiamento das ações passou a ser descentralizado. Outro aspecto de mudança foi a diminuição da estratégia de formação de profissionais que atuam como facilitadores na implementação da compreensão teórico-metodológica do referencial de EPS em nível local.

Apenas um trabalho referiu aspectos relacionados somente à Portaria 1.996/07 da PNEPS. Esse trabalho (DANIEL, 2009) abordou as dimensões planejamento, estrutura, organização e implementação da EPS em nível estadual na educação profissional (ET-SUS). Os resultados apresentam as seguintes características: descrição de projeto, proposta teórica e/ou ação desenvolvida, recomendações e/ou desafios para práticas ou políticas, conhecimento/ compreensão conceitual do programa ou política e as potencialidades e limitações das propostas e ações.

Entre os trabalhos analisados na revisão integrativa, cinco abordam duas propostas, ou de programas, ou de políticas. Quatro trabalhos apresentam aspectos que envolvem a PNEPS e suas duas portarias, sendo que as dimensões abordadas são histórica, conceitual (MARANDOLA *et al.*, 2009), planejamento, estrutura, organização, implementação da política em nível estadual, implantação de cursos



EAD para formação de facilitadores da PNEPS e na modalidade de especialização em ESF (FERLA *et al.*, 2009; PINTO *et al.*, 2010; CASTRO, 2009). O estudo de Faria (2008) faz uma análise de planejamento, estrutura, organização, implementação e avaliação do Projeto Larga Escala e da PNEPS - Portaria 198/04.

Os resultados dos trabalhos de Ferla *et al.* (2009), Pinto *et al.* (2010), Castro (2009) e Faria (2008) fazem a descrição de projeto, proposta teórica e/ou ação desenvolvida, enquanto Marandola *et al.* (2009), Castro (2009) e Faria (2008) apresentam o conhecimento/compreensão conceitual do programa ou política. Ainda, Marandola *et al.* (2009) e Faria (2008) expressam a análise e/ou construção teórica e/ou metodológica sobre o tema.

Marandola *et al.* (2009), Ferla *et al.* (2009), Pinto *et al.* (2010) e Faria (2008) também exibem recomendações e/ou desafios para práticas ou políticas. Já Pinto *et al.* (2010), Faria (2008) descrevem a percepção ou análise do impacto das ações e/ou processos, enquanto Castro (2009) e Faria (2008) apresentam as dificuldades de envolvimento/resistência e de compromisso do participante e/ou instituição, sendo que as potencialidades e limitações das propostas e ações são referidas apenas no trabalho de Castro (2009).

Encontramos dois trabalhos (COSTA, 2006; RODRIGUES, 2009) que apresentam a dimensão histórica, conceitual e pedagógica e de implantação e implementação de 3 programas ou políticas de EPS. Em ambos é possível encontrar nos resultados a análise e/ou construção teórica e/ou metodológica sobre o tema, bem como a percepção ou análise do impacto das ações e/ou processos. Ainda, o trabalho de Rodrigues (2009) exhibe a descrição de projeto, proposta teórica e/ou ação desenvolvida, recomendações e/ou desafios para práticas ou políticas, conhecimento/compreensão conceitual do programa ou política, e sugestões para novas pesquisas. O estudo de Costa (2006) também apresenta as potencialidades e limitações das propostas e ações.

Apenas o trabalho de Ferreira (2009) descreve uma dimensão histórica e de planejamento, organização e estruturação de uma política de EPS estadual referente ao controle social, sendo que os resultados do trabalho apresentam a descrição de projeto, proposta teórica e/ou ação desenvolvida, as recomendações e/ou desafios para práticas ou políticas, e as potencialidades e limitações das propostas e ações. Essa proposta estadual, juntamente com outras oficinas realizadas em distintos estados, foi a base para a instituição da PNEPS-CS/SUS aprovada em agosto de 2006, em nível nacional.

Esta política foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde com

o objetivo de “atuar na promoção da democratização do Estado, na garantia dos direitos sociais e na participação da população na política de saúde, reafirmando o caráter deliberativo dos conselhos de saúde para fortalecimento do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS)”, sendo que a PNEPS-CS/SUS não está subordinada à SGTES, pois, devido a uma reformulação na estrutura administrativa, ela passou a ser gerenciada diretamente pelo Conselho Nacional de Saúde.

Para finalizar, Silvério (2008) abordou, em seu relato de experiência, a dimensão temática planejamento, organização, estrutura e implementação de um programa de EPS para médicos, elaborado e implementado exclusivamente em nível estadual, sendo que esta proposta não fez referência aos programas ou políticas apresentadas pelo MS. O resultado do trabalho descreve o projeto, proposta teórica e/ou ação desenvolvida, faz recomendações e/ou desafios para práticas ou políticas e apresenta a percepção ou análise do impacto das ações e/ou processos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Foi possível contatar, no presente estudo, a incipiência de trabalhos científicos ou de relatos de experiência sobre temas referentes à Portaria GM/MS nº 1.996/07 da PNEPS, em especial que abordam aspectos relacionados às Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço – atual estratégia de ação da referida política. Esse fato motivou e justifica o desenvolvimento da tese de doutorado da qual este estudo foi apresentado como um capítulo.

Mesmo que um número expressivo de trabalhos (31) apresentassem nos resultados e/ou conclusões uma percepção do impacto das ações e/ou processos de programas ou política de EPS desenvolvidos em distintos ambientes, é necessário destacar que, na grande maioria, esse impacto foi registrado de uma forma generalizada, pois efetivamente não se fez uma pesquisa de caráter avaliativo sobre os processos, apenas foram apresentadas nas conclusões as considerações positivas que as propostas/ações de EPS desenvolvidas por meio dos programas e/ou políticas trouxeram para as distintas realidades. Logo, constatamos a necessidade de desenvolver e publicar trabalhos de caráter avaliativos sobre essa temática.

Ainda, constatamos um número limitado de publicações no caráter de revisões sistematizadas dos distintos programas e/ou políticas de ESP no Brasil. Recomendamos a necessidade de realizar pesquisas a partir dos pressupostos da revisão integrativa, que possam analisar aspectos específicos de cada um dos programas e/ou políticas. Como

continuidade do presente estudo, sugerimos a realização de uma análise aprofundada e crítica do material coletado, tanto no seu aspecto teórico-epistemológico, quanto no político-ideológico, como no metodológico, pois este estudo limitou-se a apresentar o perfil e descrever características gerais dos trabalhos.

As limitações do estudo estão expressas nos próprios critérios de inclusão e exclusão, pois o perfil dos estudos foi derivado apenas de quatro modalidades de trabalhos científicos, sendo que futuras revisões podem explorar outras modalidades de trabalho. Outro aspecto que limitou o estudo foi a dificuldade de acesso a alguns trabalhos científicos, principalmente teses e dissertações e artigos em periódicos não indexados em bases de dados online, pois, mesmo com todas as ferramentas disponíveis atualmente, 23 trabalhos foram excluídos por não ter encontrado o texto completo no período estipulado para coleta.

Destacamos a necessidade de reflexão e análise pela comunidade acadêmica, a respeito da dificuldade e da limitada estrutura de informação contida nos resumos, principalmente das teses e dissertações, o que impossibilitou a sua utilização como fontes de análise, aspecto que forçou a decisão de incluir apenas trabalhos completos como objetos do estudo, mesmo que o objetivo da pesquisa fosse apenas apresentar o perfil e descrever características gerais dos estudos.

Por fim, gostaríamos de registrar que o limitado número de trabalhos sobre o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, os quais foram realizados no período de implantação dos Polos CFESP-ESF e ao longo da PNEPS, justifica-se devido às modalidades de publicação escolhidas nos critérios de inclusão e exclusão. Porém, para os leitores interessados nessa temática, referimo-nos à existência do livro texto “Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios”, publicado pelo MS/SGTES, no ano de 2006, como uma referência que contém um número significativo de trabalhos sobre o tema.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde (EDEN/PEN/UFSC), exemplo concreto de construção de conhecimentos a partir de processos de ensino-aprendizagem compartilhados. Ao CNPq, pelo auxílio financeiro por meio de uma bolsa de doutorado.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR-NETO, Z.S.; SOARES, C.B. A qualificação dos atendentes de enfermagem: transformações no trabalho e na vida. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.4, p.614-22, 2004.

ALMEIDA, A.H. **A incorporação dos princípios e diretrizes do SUS aos cursos de formação do auxiliar de enfermagem**: o projeto larga escala no período de 1989-1992. 2000. 124f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

ALVES, J.C.R. **Política Nacional de Educação Permanente no SUS**: estudo da implementação sob a perspectiva dos gestores da secretaria municipal de saúde de Teresópolis em 2006. 2007. 133f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

ANJOS, V.L.H. **Análise das ações desenvolvidas pelo Pólo de Educação Permanente em Saúde de Mato Grosso, no período de 2003 a 2007**. 2009. 137f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2009.

AZOURY, E.B. **Curso básico em saúde da família**: a construção de um projeto local para requalificação profissional no Espírito Santo. 2003. 120f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

BARBOSA, A.A.A. **A educação permanente em saúde sob a óptica dos cirurgiões dentistas**. 2009. 85f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Curso de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.

BARBOSA, M.F.S.O. **A prática dos tutores do "curso de formação pedagógica em educação profissional-enfermagem" do PROFAE**. 2004. 100f. Dissertação (Mestrado em Tecnologia Educacional para a Saúde) - Programa de Pós-Graduação do Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

BARRETO, I.C.H.C., *et al.* A educação permanente e a construção de

Sistemas Municipais de Saúde-Escola: o caso de Fortaleza (CE). **Divulg saúde debate**, Rio de Janeiro, maio, n.34, p.31-46. 2006.

BASSINELLO, G.A.H.; BAGNATO, M.H.S. Projeto Larga Escala: uma análise a partir da bibliografia existente. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.194-200. 2009a.

BASSINELLO, G.A.H.; BAGNATO, M.H.S. Os primórdios do Projeto Larga Escala: tempo de rememorar. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v.62, n.4, p.620-626. 2009b.

BITTAR, S.F.G. **A formação profissional do auxiliar de enfermagem**: a experiência do projeto larga escala no município de Natividade/RJ. 2009. 81f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

BLUMM, M.H.N.; TOMÉ, W.M.; SILVA, J.R.C. MULTIPLICASUS: a história de um projeto de educação permanente. **Divulg saúde debate**. Rio de Janeiro, ago, n.36, p.33-40. 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde (CNS). Ata da 21ª Reunião Extraordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada em 27 de fevereiro de 2002. **Ata de Reunião**. Brasília: Ministério da Saúde. [documento internet] 2002. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/atas/2002/ata21extra.doc>. Acesso em: 04 jan. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges). **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde – Pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 66p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRAVIN, F.P. **Política e Ação Pública**: análise da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. 2008. 120f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Curso de Pós-Graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

CAMPOS, F.E.; PIERANTONI, C.R.; MACHADO, M.H. Conferências de Saúde, o trabalho e o trabalhador da saúde: a expectativa do debate. **Cadernos de RH Saúde**, Brasília, v.3, n.1, p.9-11, 2006a.

CAMPOS, F.E., *et al.* Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v.3, n.1, p.39-51, 2006b.

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

CASTRO, C.H.A. **Análise da implantação da política de educação permanente no estado de Tocantins**. 2009. 150f. Dissertação (Mestrado em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde) - Curso de Pós-Graduação em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2009.

CASTRO, J.L. **Protagonismo silencioso: a presença da OPAS na formação de Recursos Humanos em saúde no Brasil**. 2008. 207f. Tese (Doutorado em Educação) – Curso de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

CASTRO, J.L.; SANTANA, J.P.; NOGUEIRA, R.P. **Izabel dos Santos: a arte e a paixão de aprender fazendo**. Natal (RN): Observatório RH NESC/UFRN; 2002.

CECCIM, R.B. O município na construção do SUS - curso para gestores. **Divulg saúde debate**, Rio de Janeiro, dez, n.24, p.106-118, 2001.

\_\_\_\_\_. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.975-986, out/dez.2005a.

\_\_\_\_\_. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n.16, p.161-177, set2004/fev.2005b.

CECCIM, R.B.A.; ARMANI, T.B. Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. **Divulg saúde debate**, Rio de Janeiro, dez, n.23, p.30-56, 2001.

COSTA, P.P. **Dos projetos à política pública, reconstruindo a história da educação permanente em saúde**. 2006. 105f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Curso de Pós-Graduação em Saúde

Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

COSTA, C.C.C., *et al.* Curso técnico de enfermagem do PROF AE-Ceará: a voz dos supervisores. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.17, n.4, p.705-713, out-dez. 2008.

COSTA, C.C.C., *et al.* Curso Técnico de enfermagem do PROF AE-Ceará: uma análise sob a óptica dos egressos. **Rev Esc Enfem USP**, São Paulo, v.43, n.3, p.520-527, 2009.

DANIEL, H.B. **Análise da implantação e implementação da política de educação permanente na educação profissional em saúde do Sistema Único de Saúde no estado do Rio Grande do Sul.** 2009. 150f. Dissertação (Mestrado em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde) - Curso de Pós-Graduação em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2009.

FARAH, B.F. **A educação permanente no processo de organização dos serviços de saúde:** as repercussões do Curso Introdutório para Equipes de Saúde da Família – experiência no município de Juiz de Fora/MG. 2006. 270f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

FARIA, R.M.B. **Institucionalização da Política de Educação Permanente para o Sistema Único de Saúde: Brasil 1997-2006.** 2008. 223f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva), – Pós-Graduação em Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FERLA, A.A.; *et al.* Educação permanente e a regionalização do sistema estadual de saúde na Bahia: ensino-aprendizagem e política de saúde como composição de tempo. **Rev baiana saúde pública**, Salvador, v.33, n.1, p.7-21, jan./mar. 2009.

FERRAZ, F. **Educação Permanente/Continuada no Trabalho:** um caminho para a construção e transformação em saúde nos hospitais universitários federais de ensino. 2005. 267f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

FERREIRA, M.A.; *et al.* O significado do Profae segundo os alunos: contribuição para a construção de uma política pública de formação profissional em saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.16, n.3, p. 445-452, jul/set. 2007.

FERREIRA, N.F. **A Política de Educação Permanente em Saúde para Conselheiros e Agentes Sociais no Estado de Mato Grosso (2004-2006):** um estudo sobre seu processo decisório. 2009. 73f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

FRANZ, M.S. **Concepções sobre Integralidade no Processo de Trabalho em Saúde pelos participantes de um Pólo de Educação Permanente em Saúde.** 2006. 133f. Dissertação (Mestrado em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde) - Curso de Pós-Graduação em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2006.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GIL, C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.490-498, 2005.

GRYSCHKE, A.L.F.P.L.; *et al.* Projeto larga escala: uma proposta pedagógica atual. **Rev Esc Enf USP**, São Paulo, v.34, n.2, p.196-201. 2000.

HADDAD, J.Q.; ROSCHKE, M.A.C.; DAVINI, M.C. Elementos para el análisis y la caracterización del contexto en que se dan los procesos educativos en los servicios de salud. Tendencias y perspectivas. In: \_\_\_\_\_. (Orgs). **Educación Permanente del Personal de Salud.** Washington: OPS (Serie Desarrollo Recursos Humanos, 100); 1994, p.1-30.

HADDAD, A.E.; *et al.* Política Nacional de Educação na Saúde. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 32, supl 1, p. 98-114, 2008.

KLEBA, M.E.; COMERLATTO, D.; COLLISELLI, L. Promoção do empoderamento com conselhos gestores de um pólo de educação permanente em saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.16, n.2, p.335-342. 2007.

LEMOS, M.; FONTOURA, M.S. A integração da educação e trabalho na saúde e a política de educação permanente em saúde do SUS-BA. **Rev baiana saúde pública**, Salvador, v.33, n.1, p.113-120, jan/mar. 2009.



LINO, M.M.; *et al.* Educação Permanente dos Serviços Públicos de Saúde de Florianópolis, Santa Catarina. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.7 n.1, p.115-136, 2009.

LOPES, S.R.S.; *et al.* Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Com Ciências Saúde**, Brasília, v.18, n.2, p.147-155, 2007.

LUZ, M.T. Prometeu Acorrentado: análise sociológica da categoria produtividade e as condições atuais da vida acadêmica. **PHYSIS: Rev Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.39-57, 2005.

MARANDOLA, T.R.; *et al.* Educação permanente em saúde: conhecer para compreender. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.10, n.2, p.53-60, jun. 2009.

MEDINA, W.H. **Formação dos Profissionais de Saúde: uma análise dos Cursos de Especialização do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para a Saúde da Família – Bahia**. 2007. 124f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) - Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

MENDONÇA, F.F. **Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: Percepções de Tutores e Facilitadores**. 2008. 146f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER L.C.M.; CECCIM R.B. Educación Permanente en Salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Coletiva**, Buenos Aires, v.2, n.2, p.147-160, 2006.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2004.

MONTEIRO, P.H.N.; *et al.* Avaliação pedagógica nos cursos do Pólo de Educação Permanente da Grande São Paulo: fragilidades e desafios. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.31, n.3, p.336-345, jul/set. 2007.

MUROFUSE, N.T.; *et al.* Diagnóstico da situação dos trabalhadores em saúde e o processo de formação no pólo regional de educação permanente em saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n.3, p.314-320, mai-jun. 2009.

NASCIMENTO, L.C. **Rede de Política Pública:** estudo de caso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais - SUS/MG. 2007. 140f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Curso de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

NEGRI, B.; SANTOS, G.F. Apresentação. In: CASTRO, J.L. (org). **PROFAE:** educação profissional em saúde e cidadania. Brasília (DF): MS; 2002. p.11-2.

NICOLETTO, S.C.S.; *et al.* Pólos de Educação Permanente em Saúde: uma análise da vivência dos atores sociais no norte do Paraná. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v.13, n.30, p.209-219, jul/set. 2009.

NORONHA-FILHO, A. **Recursos Humanos em Saúde:** avaliação dos impactos do PROFAE nas condições de vida dos trabalhadores atendidos pelo projeto em Boa Vista-RR. 2009. 97f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) - Curso de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Maranhão, São Luis, 2009.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS); ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Programa de Desarrollo de Recursos Humanos (HSR). División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP). **La Capacitación del Personal de los Servicios de Salud en Proyectos Relacionados con los Procesos de Reforma Sectorial.** Washington: OPS/OMS, 2002. 91p. (Serie Observatorio de Recursos Humanos de Salud n. 3).

PIERANTONI, C.R. Recursos humanos e gerência no SUS. In: VIANA, A.L.D.; BARJAS, N. (org). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios.** São Paulo: Sobrevive, Cealog; 2002; p. 609-630.

PIMENTA, A.L.; LIVORATO, F. Educação permanente: ferramenta para qualificar os sistemas municipais de saúde. **Divulg saúde debate**, Rio de Janeiro, maio, n.44, p.85-99. 2009.

PINTO, E.E.P.; *et al.* Desdobramentos da educação permanente em saúde no município de Vitória, Espírito Santo. **Trab Educ Saúde**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p.77-96, mar/jun. 2010.

RABELO, E.R. Por que faço e não publico? Parte 1. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.31, n.2, p. 208, 2010.

RODRIGUES, T.M. **Políticas de educação profissional em saúde:**

projeto larga escala e educação permanente - uma análise comparativa. 2009. 215f. Dissertação (Mestrado em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde) - Curso de Pós-Graduação em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2009.

SANTOS, R. **Formação e desenvolvimento de recursos humanos no SUS: análise dos projetos dos Pólos de Educação Permanente em Santa Catarina.** 2007. 111f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

SARRETA, F.O. O pólo de educação permanente em saúde e a construção de estratégias coletivas para a formação dos trabalhadores no SUS. **Serviço Social & Realidade.** v.14, n.2, p.171-188. 2005.

\_\_\_\_\_. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS.** 2009. 232f. Tese (Doutorado em Serviço Social), – Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho/Franca, Franca, 2009.

SATO, W.N.S.; CECÍLIO, L.C.O.; ANDREAZZA, R. A educação permanente em saúde como estratégia de formação de gestores municipais: o Fórum de Educação Permanente de Bragança Paulista. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania.** v.14, n.55, p.43-62, jul/dez. 2009.

SAUPE, R.; CUTOLO, L.R.A.; SANDRI, J.V.A. Construção de descritores para o processo de educação permanente em atenção básica. **Trab Educ Saúde,** Rio de Janeiro, v.5, n.3, p.433-452, nov2007/fev2008.

SCHOTT, M. **Análise das Instâncias Gestoras Constituídas na Implementação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde no Estado do Rio de Janeiro.** 2008. 136f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

SILVA, T.A.M. **Trajatória profissional na estratégia saúde da família: em foco a contribuição dos cursos de especialização.** 2009. 156f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

SILVA, V.R.; SILVIA, M.G.; SANTOS, L.B.O. Proposta pedagógica

do PROFAE na perspectiva dos enfermeiros instrutores. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.58, n.3, p.284-289, maio-jun. 2005.

SILVÉRIO, J.B. Programa de educação permanente para médicos de família. **Rev Med Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.18, n.60(Sup. 4), p.s60-s6. 2008.

VIEIRA, A.G.R. **Educação permanente em saúde no programa saúde da família em Montes Claros**: intenções, realidades e possibilidades. 2006. 188f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Social) – Curso de Pós-Graduação em Desenvolvimento Social, Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, 2006.

## Apêndice A – Manuscrito 1

Quadro síntese para consulta dos estudos analisados na revisão integrativa, no período de 2000-2010.

(continua)

Cód.	Tipo de Publicação	Autor/Ano Estudo	Programa ou Política	Dimensão	Região Estudo	Abordagem Metodológica	Resultados/ Conclusões*
1	Artigo	Gryschek <i>et al.</i> (2000)	Projeto Larga Escala	Planejamento/ Organização/ Estrutura Implantação de estratégia municipal	Sudeste	Relato experiência	DPTA, RDP
2	Artigo	Ceccim (2001)	Pólos CFEF/ESF	Planejamento/ Organização/ Estrutura Implantação de estratégia estadual para ações de EPS	Sul	Relato experiência	DPTA, RDP, PAI
3	Artigo	Ceccim e Armani (2001)	Pólos CFEF/ESF	Planejamento/ Organização/ Estrutura Implantação de estratégias estadual e municipal para ações de EPS	Sul	Relato experiência	DPTA, RDP
4	Artigo	Aguilar-Neto e Soares (2004)	Projeto Larga Escala	Resultados / transformação na vida e trabalho dos profissionais	Sudeste	Qualitativo	CCP, PAI
5	Artigo	Silva, Silva e Santos (2005)	PROFAE	Avaliação da formação pedagógica dos tutores	Centro-Oeste	Qualitativo	PAI
6	Artigo	Sarreta (2005)	PNEFS Port. 198/04	Planejamento/ Organização/ Estrutura Polo-EPS, implementação da formação de facilitadores	Sudeste	Relato Experiência	DPTA
7	Artigo	Barreto <i>et al.</i> (2006)	PNEFS Port. 198/04	Planejamento/ Organização/ Estrutura	Nordeste	Relato experiência	DPTA, RDP, ACTM
8	Artigo	Blumm, Nerva e Silva (2006)	PNEFS Port. 198/04	Planejamento/ Organização/ Estrutura Implantação de estratégia municipal para ações de EPS	Centro-Oeste	Relato experiência	DPTA e RDP
9	Artigo	Campos <i>et al.</i> (2006)	PNEFS Port. 198/04	Implementação/ Processo de Desenvolvimento e Avaliação dos Pólos de EPS	Sudeste	Qualitativa	DPTA, RDP, PLPA, PAI
10	Artigo	Monteiro <i>et al.</i> (2007)	PNEFS Port. 198/04	Planejamento/ Organização/ Estrutura Avaliação das propostas pedagógicas do Polo EPS	Sudeste	Quantitativo	RDP
11	Artigo	Ferreira <i>et al.</i> (2007)	PROFAE	Resultados / transformação na vida e trabalho dos profissionais	Sudeste	Qualitativo	RDP, PAI

Quadro síntese para consulta dos estudos analisados na revisão integrativa, no período de 2000-2010.

(continuação)

Cód.	Tipo de Publicação	Autor/Ano Estudo	Programa ou Política	Dimensão	Região Estudo	Abordagem Metodológica	Resultados/Conclusões*
12	Artigo	Kleba, Comerlatto e Colliselli, (2007)	PNEPS Port. 198/04	Planejamento/ Organização/ Estrutura Implantação ação de EPS para Conselhos Gestores	Sul	Relato experiência	DPAT, RDP
13	Artigo	Silvério, (2008)	Outro programa ou política de EPS estadual ou municipal	Planejamento/ Organização/ Estrutura Implementação de estratégias estadual de EPS para médicos	Sudeste	Relato experiência	DPTA, RDP, PAI
14	Artigo	Costa <i>et al.</i> , (2008)	PROFAE	Implementação, Resultados e Avaliação das ações do PROFAE	Nordeste	Qualitativo	RDP, PAI
15	Artigo	Rosita, Cnobo e Sandri, (2008)	PNEPS Port. 198/04	Avaliativa e Conceitual	Sul	Quantitativo	ACTM, SP, RDP, CCP
16	Artigo	Carotta, Kawamura e Salazar (2009)	PNEPS Port. 198/04	Planejamento/ Organização/ Estrutura Implantação de ações de EPS municipais	Sudeste	Relato experiência	DPTA, RDP, PAI
17	Artigo	Marandola <i>et al.</i> , (2009)	PNEPS Port. 198/04 e 1.996/07	Conceitual	-	Qualitativa	ACTM, RDP, CCP
18	Artigo	Lemos e Fontoura (2009)	PNEPS Port. 198/04	Planejamento/ Organização/ Estrutura Implementação de estratégias estadual de ações de EPS	Nordeste	Relato experiência	DPTA, RDP
19	Artigo	Ferri <i>et al.</i> , (2009)	PNEPS Port. 198/04 e 1.996/07	Planejamento/ Organização/ Estrutura Conceitual Implementação de estratégias estadual de ações de EPS	Nordeste	Relato experiência	DPTA, RDP
20	Artigo	Murofse <i>et al.</i> , (2009)	PNEPS Port. 198/04	Caracterização dos participantes Implementação das ações de ESP pelo Pólo	Sul	Quantitativa e Qualitativa	RDP, PAI
21	Artigo	Pimenta, Livorato (2009)	PNEPS Port. 198/04	Planejamento/ Organização/ Estrutura Implantação de estratégia municipal de ações de EPS	Sudeste	Relato experiência	DPTA, PAI
22	Artigo	Bassinello e Bagnato (2009a)	Projeto Larga Escala	Revisão produção bibliográfica	-	Qualitativa	DPTA, SP

Quadro síntese para consulta dos estudos analisados na revisão integrativa, no período de 2000-2010.

(continuação)

Cód.	Tipo de Publicação	Autor/Ano Estudo	Programa ou Política	Dimensão	Região Estudo	Abordagem Metodológica	Resultados/ Conclusões*
23	Artigo	Bassimello e Bagnato (2009b)	Projeto Larga Escala	Histórica, conceitual e pedagógica	Sudeste	Qualitativa	DPTA, ACTM, CCP
24	Artigo #	Sato, Cecilio e Andreazza (2009)	PNEPS Port. 198/04	Implementação do Fórum de EP Gestores Municipais de Saúde Avaliação das ações de EPS desenvolvidas	Sudeste	Qualitativa Participativa	RDP, PAI
25	Artigo	Lino <i>et al.</i> (2009)	PNEPS Port. 198/04	Planejamento/ Organização/ Estrutura	Sul	Qualitativa	RDP, PAI
26	Artigo	Nicoletto <i>et al.</i> (2009)	PNEPS Port. 198/04	Planejamento/ Organização/ Estrutura municipais	Sul	Qualitativo	CCP, PAI
27	Artigo	Costa <i>et al.</i> (2009)	PROFAE	Implantação dos Pólos de EPS	Nordeste	Qualitativo	RDP, PAI
28	Artigo	Pinto <i>et al.</i> (2010)	PNEPS Port. 198/04 e 1.996/07	Implementação, Resultados e Avaliação das ações do PROFAE	Sudeste	Qualitativo	DPTA, RDP, PAI
29	Dissertação	Almeida (2000)	Projeto Larga Escala	Planejamento/ Organização/ Estrutura, Implantação e Resultados em nível municipal do Curso EAD de Formação de Facilitadores de EPS	Sudeste	Qualitativo	PLPA, CCP, SP
30	Dissertação	Azoury (2003)	Pólos CFEPE/ESF	Implementação dos princípios do SUS nas ações de EPS do projeto em nível municipal	Sudeste	Qualitativo e Quantitativo	DPTA, RDP, ACTM, PAI, CCP, PLPA
31	Dissertação	Barbosa (2004)	PROFAE	Caracterização, Implementação, Pedagógica	Nacional	Qualitativo e Quantitativo	PLPA, RDP, CCP, DPTA
32	Dissertação	Ferraz (2005)	PNEPS Port. 198/04	Conceitual	Sul	Qualitativo	CCP
33	Dissertação	Costa (2006)	Projeto Larga Escala, PROFAE, PNEPS Port. 198/04	Histórica, Conceitual, pedagógica	-	Qualitativo	ACTM, PLPA, PAI

Quadro síntese para consulta dos estudos analisados na revisão integrativa, no período de 2000-2010.

(continuação)

Cód.	Tipo de Publicação	Autor/Ano Estudo	Programa ou Política	Dimensão	Região Estudo	Abordagem Metodológica	Resultados/Conclusões*
34	Dissertação	Franz (2006)	PNEPS Port. 198/04	Implementação do princípio da integralidade articulada a EPS nas ações do Pólo	Sul	Qualitativo participativo	RDP, ACTM, CCP
35	Dissertação	Vieira (2006)	PNEPS Port. 198/04	Conceitual, Implementação das ações de EPS municipal - Curso Introdutório de Saúde da Família	Sudeste	Qualitativo	PLPA, CCP, DECP, RDP
36	Dissertação	Nascimento (2007)	PNEPS Port. 198/04	Planejamento/ Organização/ Estrutura, Implementação dos Pólos de EPS	Sudeste	Qualitativo	DPTA, PLPA, DECP, ACTM, PAI
37	Dissertação	Santos (2007)	PNEPS Port. 198/04	Planejamento/ Organização/ Estrutura dos projetos de EPS encaminhados pelos Pólos	Sul	Qualitativo	DPTA, RDP, PAI
38	Dissertação	Alves (2007)	PNEPS Port. 198/04	Implementação de estratégia municipal de ações de EPS – perspectiva gestores	Sudeste	Qualitativo	DPTA, CCP, DECP, PLPA, SP
39	Dissertação	Medina (2007)	Pólos CFEP/ESF	Caracterização, Planejamento/ Organização/ Estrutura, Implementação dos currículos dos cursos de especialização realizados em âmbito estadual	Nordeste	Qualitativo	DPTA, DECP, PLPA, PAI
40	Dissertação	Bravin (2008)	PNEPS Port. 198/04	Histórica, conceitual, Planejamento/ Organização/ Estrutura, Implementação da política no âmbito gestão federal	Centro-oeste	Qualitativa	PLPA, RP, DPTA, PAI, CCP
41	Dissertação	Schoff (2008)	PNEPS Port. 198/04	Planejamento/ Organização/ Estrutura, Implementação das instâncias gestoras e dos Pólos-EPS	Sudeste	Qualitativa	DPTA, PAI, PLPA, CCP, SP
42	Dissertação**	Mendonça (2008)	PNEPS Port. 198/04	Avaliação do Curso de Tutores e Facilitadores de EPS no processo de desenvolvimento da PNEPS	Sul	Qualitativa	CCP, PLPA, DECP, PAI, RDP
43	Dissertação	Barbosa (2009)	PNEPS Port. 198/04	Resultados das ações de EPS desenvolvidas no formato de cursos de especialização (ESE/Saúde Coletiva) pelo Pólo EPS	Nordeste	Qualitativo	CCP, PAI, PLPA, RDP



Quadro síntese para consulta dos estudos analisados na revisão integrativa, no período de 2000-2010.

(conclusão)

Cód.	Tipo de Publicação	Autor/Ano Estudo	Programa ou Política	Dimensão	Região Estudo	Abordagem Metodológica	Resultados/ Conclusões*
44	Dissertação	Daniel (2009)	PNEPS Port. 1.996/07	Planejamento/ Organização/ Estrutura Implementação de estratégias estadual de ações de EPS por meio das ET-SUS	Sul	Qualitativo	CCP, PLPA, DPTA, RDP
45	Dissertação	Castro (2009)	PNEPS Port. 198/04 e Port. 1.996/07	Histórica, Planejamento/ Organização/Estrutura Implantação de estratégia estadual para ações de EPS	Norte	Qualitativo	DPTA, DECP, PLPA, CCP
46	Dissertação	Rodrigues (2009)	Projeto Larga Escala, PNEPS Port. 198/04 e Port. 1.996/07	Histórica, Conceitual, Pedagógica, Implantação e Implementação	Sul	Qualitativo	DPTA, RDP, ACTM, PAI, CCP, SP
47	Dissertação	Silva (2009)	Pólos CFEP/ESF	Resultados e Avaliação da ação de EPS – Curso de Especialização Saúde da Família - na vida dos profissionais	Sudeste	Qualitativo	PAI, PLPA, RDP
48	Dissertação	Ferreira (2009)	PNEPS-CS/SUS	Histórica, Planejamento/ Organização/ Estrutura de estratégia estadual	Centro-oeste	Qualitativo	PLPA, DPTA, RDP
49	Dissertação	Bitar (2009)	Projeto Larga Escala	Caracterização, Resultados / transformação na vida e trabalho dos profissionais/ egressos	Sudeste	Qualitativo	PAI, PLPA, RDP
50	Dissertação	Noronha-Filho (2009)	PROFAE	Caracterização, Avaliação transformação na vida e trabalho dos profissionais/ egressos	Norte	Quantitativo	PAI, PLPA, RDP
51	Dissertação	Anjos (2009)	PNEPS Port. 198/04	Planejamento/ Organização/ Estrutura, Implementação dos projetos e ações de EPS do Polo no estado	Centro-oeste	Qualitativo	DPTA, ACTM, PLPA, CCP, DCEP
52	Tese	Farah (2006)	Pólos CFEP/ESF	Implementação e Avaliação das ações de EPS municipal - Curso Introdutório de Saúde da Família	Sudeste	Qualitativa	DPTA, PAI, PLPA, CCP, RDP, DECP
53	Tese	Faria (2008)	Projeto Larga Escala, PNEPS Port. 198/04	Planejamento/ Organização/ Estrutura, Implementação e Avaliação	Sudeste	Qualitativa	ACTM, RDP, DPTA, DECP, CCP, PAI
54	Tese	Sarreta (2009)	PNEPS Port. 198/04	Planejamento/ Organização/ Estrutura, Implementação do Curso de Facilitadores de EPS	Sudeste	Qualitativa	DECP, CCP, RDP, PLPA, PAI

*Notas:* \* A interpretação dos resultados/conclusões está apresentada a partir dos seguintes códigos: DPTA = descrição de projeto, proposta teórica e/ou ação desenvolvida; RDP = recomendações e/ou desafios de ações para práticas ou políticas; ACTM = análise e/ou construção teórica/metodológica sobre o tema; PAI = percepção ou análise do impacto das ações e/ou processos; CCP = conhecimento/compreensão conceitual do programa ou política; DECP = dificuldade de envolvimento/resistência e de compromisso do participante e/ou instituição; PLPA = potencialidades e limitações de propostas e ações; SP = sugestões para novas pesquisas.

# Trabalho derivado de tese ou dissertação, sendo que as teses ou dissertações podem ou não ser objetos desta revisão conforme limitação no resgate de trabalho completo.

\*\* Após a conclusão do período de buscas da presente revisão integrativa, encontramos a publicação no formato de artigo referente a essa dissertação. Artigo: Mendonça FF, Almeida-Nunes EFP, Garanhani, ML, González AD. Avaliação de tutores e facilitadores sobre o processo de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde no município de Londrina, Paraná. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2593-2602, 2010.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

*"Se sua opção é pela humanização, não se pode então aceitar que seja o 'agente da mudança', mas um de seus agentes".*  
(Paulo Freire)

Frente ao desafio proposto nos objetivos deste estudo, foi pertinente desenvolver e discutir o presente trabalho a partir do referencial teórico-metodológico de Paulo Freire (FREIRE, 1998, 1999, 2000, 2001, 2003, 2005a, 2005b, 2006, 2007a, 2007b), pois, como apresentado na epígrafe, esse referencial proporcionou aos participantes tornarem-se agentes de mudança, logo, sujeitos de um processo construído coletivamente.

Para tanto, neste capítulo, realizo inicialmente uma apresentação do educador e cientista social Paulo Freire, bem como dos pontos importantes de suas obras, suas convicções, conceitos e posições filosóficas, políticas e sociais. A seguir, a partir do posicionamento do referido autor e das minhas convicções pessoais, apresento a estrutura teórico-conceitual do referencial metodológico utilizado nesta investigação.

### 4.1 PAULO FREIRE E O SEU COMPROMISSO COM OS SERES HUMANOS E COM O MUNDO

Visto que não há como dissociar o ser humano de suas obras, e que este se faz e se refaz constantemente a partir de seu pensamento e de sua ação, considere importante apresentar um breve histórico da vida de Paulo Reglus Neves Freire, que nasceu em 19 de setembro de 1921, em Recife, e faleceu, vítima de infarto agudo do miocárdio, em 2 de maio de 1997, em São Paulo.

Paulo Freire, como é conhecido no Brasil e no mundo, aprendeu com seus pais a importância do diálogo e a respeitar a opção das outras pessoas, pois foi criado num misto de disciplina e liberdade por seu pai, Joaquim Temístocles Freire, sargento do exército e sua mãe, Edeltrudes Neves Freire, dona de casa e bordadeira. Ser humano orgulhoso e feliz, modesto e consciente de sua posição no mundo, viveu sua vida com fé,

simplicidade, alegria, seriedade e desejo de transformação (FREIRE, 1996).

No início de sua adolescência, mudou-se para a cidade de Jaboatão, no estado de Pernambuco e, aos 13 anos de idade, experimentou a dor da perda de seu pai. Sua família passou por graves problemas financeiros e Paulo Freire vivenciou a fome e a miséria, passando a compreender a fome dos demais, aprendendo e ensinando com os oprimidos e lutando para a superação das relações de opressão, vivendo as tensões e os conflitos do mundo, mas esperançoso nas suas necessárias mudanças (FREIRE, 1996; GADOTTI, 1996). Tanto que, para Freire (1998, p. 222),

Jaboatão foi um espaço-tempo de aprendizagem, de dificuldades e de alegrias vividas intensamente, que lhe ensinaram a harmonizar o equilíbrio entre o ter e não-ter, o ser e não-ser, o poder e o não-poder, o querer e o não-querer. Assim, forjou-se Freire na disciplina da esperança.

No Colégio Oswaldo Cruz, em Recife, completou seus estudos secundários e, aos 22 anos, ingressou na Faculdade de Direito do Recife, porém não exerceu a profissão por opção pessoal. Optou por este curso por estar na área de ciências humanas, visto que, na época, não havia em Pernambuco curso superior de formação de educador. Antes de completar seu curso universitário, casou-se com Elza Maria Costa Oliveira, com quem teve cinco filhos e depois, tornou-se professor de língua portuguesa no Colégio Oswaldo Cruz (FREIRE, 1996).

Após esta sua primeira experiência de docente, foi diretor do setor de Educação e Cultura do Serviço Social da Indústria (SESI) de Pernambuco, em 1947, órgão em que trabalhou por 10 anos. Foi neste período que Paulo Freire teve contato com a educação de adultos/trabalhadores e sentiu o quanto eles e a nação precisavam enfrentar o analfabetismo de adultos. Em fins de 1959, prestou concurso e obteve o título de Doutor em Filosofia e História da Educação, defendendo a tese “Educação e atualidade brasileira”, título que lhe conferiu a nomeação para ser professor efetivo da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade do Recife. Também obteve o título de Livre-docente nesta mesma Instituição, em 1962. A partir de então, assumiu diversos cargos públicos, nas áreas de Ciências Sociais e Educação no estado de Pernambuco e coordenava o Programa Nacional de Alfabetização do governo João Goulart (FREIRE, 1996).

Freire falava em educação social e defendia a necessidade do(a) aluno(a), além de se conhecer, conhecer os problemas sociais que o afligiam, para, desse modo, tornar-se um verdadeiro sujeito-cidadão – sujeito social no seu contexto histórico. Ele não percebe a educação como simplesmente um meio para dominar os padrões acadêmicos de escolarização, ou para profissionalizar-se. A educação, para Freire (2005a, 2005b, 2007b), possui uma compreensão ampla, pois ele a considera como um “ato político”, antes mesmo de sua especificidade pedagógica, técnica e didática. Este posicionamento sempre foi o cerne da preocupação freiriana, tanto nas suas reflexões teóricas quanto na sua práxis educativa.

Assim, Paulo Freire, extrapolando a área acadêmica e institucional, engajou-se também nos movimentos de educação popular do início dos anos 60. Ele foi o primeiro educador a sistematizar e a experimentar um método inteiramente criado para a educação/alfabetização de adultos. Na constituição do seu método pedagógico, fundamentou-se nas ciências da educação, principalmente na Psicologia e na Sociologia, tendo grande importância a Metodologia das Ciências Sociais, sendo que seus conceitos e ideias também receberam influência do marxismo, do existencialismo e da fenomenologia (GADOTTI, 1996).

Devido ao Golpe Militar de 1964, após ser perseguido e preso no Brasil, asilou-se na embaixada da Bolívia e partiu para esse país em setembro do mesmo ano, aos 43 anos de idade,

levando consigo o “pecado” de ter amado demais o seu povo e se empenhado em politizá-lo para que sofresse menos e participasse mais das decisões. [...] Jamais falou ou foi adepto da violência ou da tomada do poder pela força das armas. Esteve desde jovem a refletir sobre a educação e a se engajar nas ações políticas mediadas pela prática educacional que pode ser transformadora (FREIRE, 1996, p. 42).

O Golpe de Estado na Bolívia, ocorrido pouco depois da sua chegada, levou-o ao Chile, onde conseguiu asilo político para si e sua família. Viveu em Santiago de 1964 a 1969, sendo que trabalhou no Ministério da Educação e como consultor da UNESCO, iniciando uma nova etapa na sua vida e na sua obra. Em 1968, escreveu sua obra mais conhecida mundialmente, “Pedagogia do Oprimido”, livro traduzido em

mais de 20 idiomas, que apresenta seus conceitos e ideias sobre a relação educador-educando, a problematização, o diálogo, a conscientização, a práxis e a libertação, como sendo as ações desenvolvidas por sujeitos sociais na busca de “ser mais”.

Paulo Freire escreveu, ao longo de sua vida, mais quatorze livros<sup>25</sup>, que foram editados em inglês, francês, alemão, espanhol e italiano, além de outros doze livros dialogados com diferentes educadores e inúmeros artigos publicados em periódicos. Uma das características das obras de Freire é que “ele nunca parte do zero, sempre retoma, desenvolve e aprofunda conceitos anteriores, reavaliando-os e enriquecendo-os a partir de novas práticas” (GRUPO DE ESTUDOS-UFPR, 2001, p. 23).

Nos anos de 1969 e 1970, viveu nos Estados Unidos para dar aulas como professor convidado na Universidade de Harvard (FREIRE, 1996; GADOTTI, 1996). Em seguida, mudou-se para Genebra, onde foi Consultor Especial do Departamento de Educação do Conselho Mundial de Igrejas. Nesta função, “andareilhava”, como costumava dizer, pela África, Ásia, Oceania e América, com exceção do Brasil, para sua tristeza, e auxiliou os países recém-independentes politicamente a sistematizarem seus planos de educação. Na Suíça, também foi professor na área de Educação da Universidade de Genebra, levando aos alunos suas ideias e reflexões (FREIRE, 1996; GADOTTI, 1996).

Em agosto de 1979, voltou ao Brasil sob o clima de anistia política e afirmou que, a partir daquele momento, estava pronto para “re-aprender” o seu país. Retornou à Europa para organizar sua volta definitiva ao Brasil e, em junho de 1980, voltou definitivamente ao seu país de origem e estruturou a sua residência na cidade de São Paulo. Em setembro do mesmo ano, tornou-se professor da Universidade Estadual de Campinas, na qual lecionou até o final do ano letivo de 1990 (FREIRE, 1996; GADOTTI, 1996).

Com a morte de sua primeira esposa, em 1986, Paulo Freire vivencia um período de profunda tristeza, até casar-se novamente em 1988, com Ana Maria Araújo Freire. Com a nova companheira, amiga,

---

<sup>25</sup> Obras de Paulo Freire: “Educação como Prática da Liberdade” (1967), “Extensão ou Comunicação” (1971), “Ação Cultural para a Liberdade e outros escritos” (1976), “Cartas à Guiné-Bissau. Registros de uma experiência em processo” (1977), “Educação e Mudança” (1979), “A importância do ato de ler em três artigos que se completam” (1982), “A Educação na Cidade” (1991), “Pedagogia da Esperança: um retorno a Pedagogia do Oprimido” (1992), “Política e Educação” (1993), “Professora sim, tia não: cartas a quem ousa ensinar” (1993), “Cartas a Cristina” (1994), “À sombra desta Mangueira” (1995), “Pedagogia da Autonomia” (1996), e, “Pedagogia da Indignação” (2000), esta última obra foi organizada por sua esposa após a morte do autor.

esposa e amante, Freire aceitou novos desafios como homem público e, em 1989, foi empossado como Secretário da Educação do Município de São Paulo. No segundo semestre de 1991, foi convidado pela Universidade de São Paulo a desenvolver um amplo trabalho, proferindo palestras nas faculdades, gravando vídeos e discutindo novos e pioneiros projetos da Universidade. Assim, neste ano, Freire afastou-se do cargo de Secretário da Educação, mas continuou como membro do seu Colegiado até final de 1992, sendo que, nas palavras da então prefeita Luiza Erundina, ele saiu do serviço público paulistano “para ser devolvido ao mundo” (FREIRE, 1996).

Assim, ele voltou a escrever e voltou também à docência na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Vale lembrar que, de 1987 até a sua morte, em 1997, Paulo Freire foi um dos membros do Júri Internacional da UNESCO, que se reúne anualmente para eleger e premiar os melhores projetos de alfabetização nos cinco continentes do mundo (FREIRE, 1996).

Para Saupe *et al.* (1998, p. 249), Paulo Freire

[...] foi um verdadeiro educador do seu tempo, foi incompreendido, exilado, reconhecido e enaltecido no mundo, e na volta ao seu país, reconstruiu e continuou sua obra em prol da educação, sempre buscando ultrapassar as barreiras que obstaculizam a busca do “ser mais”.

Freire (1999, 2005a, 2005b, 2007b) comprovou que os métodos em que os(as) alunos(as) e os(as) professores(as) aprendem juntos são mais eficazes, ao contrário da concepção tradicional da escola, que se apoia nos métodos centrados na autoridade do(a) professor(a). Assim, seu trabalho é mais do que um método de alfabetização de adultos, configura-se em uma ampla e profunda compreensão da educação, que tem como cerne de suas preocupações a sua natureza política, dialógica, crítica, problematizadora, que busca a libertação dos seres humanos, a fim de que se tornem efetivamente sujeitos sociais e agentes de transformação da realidade.

Paulo Freire foi uma pessoa que, com humanismo, humanizou o processo desumanizado, que provocou e provoca os homens e as mulheres – sujeitos-cidadãos, a desvelarem a essência da existência humana, por meio de sua pedagogia da pergunta, compreendendo-se como seres inacabados, em constante transformação na busca de “ser mais”. Lembrando que o “ser mais” é um conceito-chave para a sua

concepção de ser humano, pois o considera como um desafio dos oprimidos na busca de humanização (FREIRE, 2005a, 2007b). Desse modo, para Zitkoski (2008, p. 381), a busca por humanização em Freire “funda-se antropológicamente e eticamente no processo de construção desse ser inconcluso, que busca recuperar sua humanidade e/ou superar o atual estágio de afirmação de seu ‘ser mais’”.

Freire (2003) considera que não é possível o ser humano “ser mais” sem que esteja “entranhado”, não em termos provisórios, mas em termos de uma vida, em uma certa prática educativa. No entanto, para conseguirmos a autêntica libertação dos homens e das mulheres, esta prática deve ser crítico-reflexiva e problematizadora, de modo que impulse a mudança da realidade, ou seja, esta prática deve configurar-se como práxis transformadora.

Neste sentido, Schmidt (2002), em seu estudo, constatou que, à medida que se instituiu o “mito” de que a educação e a formação são pressupostos de toda a ação e que basta um “suplemento de educação” para mudar a ordem das coisas, vamos conviver com uma educação permanente ou continuada conservadora e reacionária. Assim, constitui-se a ilusão de que a educação, seja qual for seu pressuposto, é a alavanca da transformação social (GADOTTI, 2001). No entanto, Freire (1999, 2005a, 2007b) defende que um verdadeiro processo de educação para transformação social não pode ser estabelecido a não ser por meio de uma análise das necessidades reais dos sujeitos sociais dentro do seu contexto histórico e social.

Desse modo, para Freire (1999, 2001, 2003, 2005a, 2007b), a formação permanente/educação permanente tanto do(a) educador(a) quanto do(a) educando(a), ou seja, dos sujeitos sociais deve ser permeada pelos seguintes princípios:

- a) ambos são sujeitos de sua prática, cumprindo-lhes criá-la e recriá-la por meio da ação-reflexão-ação sobre o seu cotidiano;
- b) a formação do(a) educador(a) e do(a) educando(a) deve ser permanente, integrada e dialógica, porque a prática se faz e se refaz;
- c) a prática pedagógica requer a compreensão da própria gênese do conhecimento, ou seja, de como ocorre o processo de conhecer;
- d) a política de formação de educadores(as) e educandos(as) é condição para o processo de reorientação curricular da escola ou instituição;
- e) a forma de trabalho educativo é o grupo de discussão, o qual autoconduz a aprendizagem, define o conteúdo e a dinâmica das atividades, e o(a) educador(a) e o(a) educando(a) se posicionam em relação horizontal tendo como método básico o diálogo.

A educação tradicional, no entender de Freire (2005a), na maioria



das vezes, torna-se um ato de depositar conteúdos, em que os(as) educandos(as) são os depositários e os(as) educadores(as) os depositantes, caracterizando-se, assim, a concepção “bancária” da educação. A rigidez destas posições, educador(a)-educando(a), nega a educação e o conhecimento como processos de busca, pois, na concepção “bancária”, há um controle do pensamento e da ação dos seres humanos, levando-os a se ajustarem ao mundo e a inibirem, assim, o poder de criar e de atuar, frustrando-os.

Contraopondo-se à concepção “bancária”, existe a concepção “problematizadora”, na qual o pensar do(a) educador(a) somente ganha sentido e autenticidade na autenticidade do pensar dos(as) educandos(as). Por isso, o pensar do(a) educador(a) não pode ser imposto ao(à) educando(a), pois, como seres de e em relação, influenciam-se mutuamente numa postura de dialogicidade e de solidariedade intelectual na construção de algo em comum (FREIRE, 2005a).

Parece indiscutível que, se pretendemos a libertação dos seres humanos – sujeitos sociais, não podemos começar por aliená-los ou mantê-los alienados. A libertação autêntica, que é a humanização em processo, não é uma “coisa” que se deposita nos seres humanos. Não é uma palavra a mais, vazia e apolítica. É práxis que implica a ação e reflexão dos seres humanos sobre o mundo para transformá-lo. É necessário que, para a ação, não utilizemos as mesmas armas da dominação adotadas pela concepção “bancária”, mas que tenhamos consciência de que o(a) educando(a) não é um ser “vazio”, pois traz consigo vivências que devem ser respeitadas (BACKES *et al.*, 2000).

Na educação problematizadora, para Freire (2005a), o(a) educador(a) já não é o(a) que apenas educa, mas o(a) que, enquanto educa, é educado(a), em diálogo com o(a) educando(a) que, ao ser educado(a), também educa. Ambos tornam-se sujeitos do processo pelo qual crescem juntos, em que os “argumentos de autoridade absoluta” já não valem, sendo que, para Nietzsche (1998, p. 143), “essa pedagogia contribui para tornar a educação mais crítica em relação a si mesma e no sentido de desatrelá-la do sistema sócio-político vigente”.

Assim é que, enquanto a prática “bancária” implica uma espécie de anestesia, inibindo o poder criador dos(as) educandos(as), a educação “problematizadora”, de caráter autenticamente reflexivo e criativo, implica um constante ato de desvelamento da realidade. A primeira pretende manter a “imersão”; a segunda, ao contrário, busca a “emersão” das consciências, do que resulta a “inserção crítica” na realidade. No momento em que o ser humano tem consciência de sua

inconclusão é que se encontram as raízes da educação como manifestação exclusivamente humana. Desta forma, a educação é um “que fazer” permanente, devido à inconclusão dos seres humanos e do contínuo refazer da realidade (FREIRE, 2005b).

O ser humano está em contínuo processo educativo na tentativa de adaptar-se às necessidades que surgem e em busca de realizar-se mais como pessoa. Além disso, corroboro o exposto por Schmidt (2002, p. 41), ao dizer que “o compromisso do indivíduo com a sociedade se estabelece no mesmo nível do compromisso consigo mesmo”. Para Freire (2005b), a permanência da educação faz parte da essência dos seres humanos, de modo que a educação é permanente à medida que considera o homem e a mulher como seres inacabados e conscientes de seu inacabamento. Estes se encontram em contínua aprendizagem ao viver, igualmente, em uma realidade contraditória e também inacabada. Freire (2003, p. 16-17) considera que a

educação é permanente não porque certa linha ideológica, ou certa posição política, ou certo interesse econômico o exijam. A educação é permanente na razão de um lado, da finitude do ser humano, de outro, da consciência que ele tem de sua finitude. Mais ainda, pelo fato de, ao longo da história, ter incorporado à sua natureza “não apenas saber que vivia, mas saber que sabia e, assim, saber que podia saber mais”. A educação e a formação permanente se fundem aí. [...] a educação, como formação, como processo de conhecimento, de ensino, de aprendizagem se tornou, ao longo da aventura no mundo dos seres humanos uma conotação de sua natureza, gestando-se na história, como a vocação para a humanização [...] o ser humano jamais pára de educar-se.

No Brasil, nos anos de 2003 e 2004, o tema da educação permanente ganhou destaque e importância na área da saúde a partir da proposta de um grupo de profissionais da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde que, seguindo os pressupostos apresentados pela OPAS/OMS na década de 1980, instituíram a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL/MS/SGTES, 2004a, 2004b). Assim, a Educação Permanente em Saúde é compreendida como

uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas e gestões, e as instituições formadoras [...] a educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentido e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais em ação na rede de serviço (BRASIL/MS, 2004a, p. 08-09).

Mesmo com o *status* de política pública que o tema Educação Permanente em Saúde conquistou no Brasil, nesta última década, reitero as palavras de Freire (2003) por acreditar que os sujeitos sociais assumem os preceitos teóricos e os dispositivos e ferramentas metodológicas que a PNEPS aporta, no momento em que se conscientizam sobre a importância do ato de buscar “ser mais”, sendo que essa busca pode ser concretizada por meio do processo permanente de educação. No entanto, Freire (1999) afirma que, como o homem e a mulher não podem estar fora do contexto histórico-social cujas relações constroem seu “eu”, ou ele e ela são seres humanos autenticamente comprometidos, ou falsamente comprometidos, ou estão impedidos de se comprometerem verdadeiramente.

Desta forma, os seres humanos que agem de acordo com a grande maioria comportam-se como meros receptores e executores de ordens impostas por uma minoria que não tem a consciência da necessidade de ser verdadeiramente comprometida consigo e com os outros. Neste sentido, ou os seres humanos se tornam comprometidos com as questões do seu cotidiano, tornando-se sujeitos sociais transformadores da realidade, ou mantêm e reforçam o *status quo*. Logo, no processo de ensino-aprendizagem, o(a) educador(a) deve estar comprometido(a) com seu “quefazer”, ter disponibilidade para o diálogo, bom senso, humildade, liberdade, autoridade, alegria, esperança, respeito aos seres humanos, ética, estética e convicção de que a mudança é possível (FREIRE, 2005b).

A problematização, para Paulo Freire, reforça a dignidade e o respeito ao(à) educando(a), colocando-o(a) ao lado do(a) educador(a), que, por sua vez, tem a tarefa de orientar e dirigir o processo educativo. Assim, o(a) educador(a) é um ser humano que busca o conhecimento

junto com o(a) educando(a), visto que o sujeito que ensina, aprende ao ensinar, e o sujeito que aprende, ensina ao aprender, por meio de um processo dinâmico, dialógico e político, que se desenvolve através da reflexão e do diálogo entre os sujeitos, para assim, advir a compreensão e transformação do viver, sendo que “cada um, a seu modo pode aprender e descobrir novas dimensões e possibilidades da realidade na vida. A educação torna-se um processo de formação comum e permanente” (GADOTTI, 2000, p.102).

Cabe ressaltar que Paulo Freire, impaciente, porém sereno, lutou e, considero que continua lutando por meio de suas obras, por um mundo mais democrático e justo, sendo que seu fazer se sustentava na prática vivida. Como pedagogo dos oprimidos, antes mesmo de ter escrito a “Pedagogia do Oprimido”, partia do saber popular, respeitando o concreto, o cotidiano e as limitações dos seres humanos. Além disso, não ficava no ponto de partida, apresentava uma proposta de superação deste mundo de submissão, de silêncio e de misérias, apontando para um mundo de possibilidades (GADOTTI, 1996).

Portanto, por ter consciência de que o processo de conhecer a realidade demanda, entre outros aspectos, uma opção política, um engajamento efetivo, logo, não tem como ser realizado apenas a partir de noções teóricas, assumo que optei por adotar neste estudo o referencial teórico-metodológico de Paulo Freire, pois o considero fundamental para a compreensão e a transformação do viver, a partir de uma prática investigativa participativa e problematizadora, com a qual acredito ser possível despertar o compromisso dos sujeitos sociais envolvidos nas CIES, e, assim, possibilitar a concretude do processo de transformação da realidade.

#### 4.2 INVESTIGAÇÃO TEMÁTICA: REFERENCIAL METODOLÓGICO DE PAULO FREIRE MEDIADO PELOS CONCEITOS QUE SUSTENTAM O ESTUDO

Paulo Freire teve suas primeiras experiências com um projeto piloto, denominado por outros autores de “Método Paulo Freire” em 1963, na cidade de Angicos, no estado do Rio Grande do Norte – Brasil, porém, devido ao Golpe Militar de 1964, interrompeu os trabalhos e reprimiu toda a mobilização já conquistada. Foi exilado pelo golpe militar, porque, por meio do seu método, estava despertando a conscientização em imensas massas populares, fato que incomodava as elites conservadoras

brasileiras, sendo que passou 75 dias na prisão acusado de ‘subversivo e ignorante’ (GADOTTI, 1996).

Exilado no Chile, Paulo Freire pôde participar de importantes reformas, conduzidas pelo governo democrata-cristão, pois “encontrou um espaço político, social e educativo muito dinâmico, rico e desafiante, permitindo-lhe reestruturar seu método em outro contexto, avaliá-lo na prática e sistematizá-lo teoricamente” (GADOTTI, 1996, p. 72), sendo o método inicialmente denominado pelo autor como “Investigação Temática”<sup>26</sup>.

A Investigação Temática se estrutura a partir da relação dialógica entre os seres humanos, sendo que não há como manter esta relação sem considerar o contexto histórico, político, econômico, social e cultural, ou seja, o “mundo” dos sujeitos participantes do Círculo de Investigação. Assim, para Freire (2005a, p. 116),

a investigação temática, que se dá no domínio do humano e não no das coisas, não pode reduzir-se a um ato mecânico. Sendo processo de busca, de conhecimento, por isto tudo, de criação, exige de seus sujeitos que vão descobrindo, no encantamento dos temas significativos, a interpenetração dos problemas.

Logo, a Investigação Temática não pode contradizer a dialogicidade da educação libertadora. Desse modo, necessariamente, precisa ser dialógica e conscientizadora, pois deve proporcionar ao mesmo tempo a apreensão dos temas geradores<sup>27</sup>, a tomada de consciência e a conscientização<sup>28</sup> dos seres humanos (FREIRE, 2005a, 2007b). Neste sentido é que toda Investigação Temática de caráter conscientizador ocorre a partir de “um esforço comum de consciência da realidade e de autoconsciência, que a inscreve como ponto de partida do processo educativo, ou da ação cultural de caráter libertador” (FREIRE, 2005a, p.115).

<sup>26</sup> A Investigação Temática “envolve a investigação do próprio pensar do povo. Pensar que não se dá fora dos homens, nem num homem só, nem no vazio, mas nos homens e entre os homens, e sempre referido a realidade” (FREIRE, 2005a, p. 117).

<sup>27</sup> Os temas geradores são extraídos do universo cotidiano dos sujeitos da investigação, “qualquer que seja a natureza da sua compreensão, como a ação por eles provocada, contém em si a possibilidade de desdobrar-se em outros tantos temas que, por sua vez, provocam novas tarefas que devem ser cumpridas” (FREIRE, 2005a, p. 108).

<sup>28</sup> Para Freire (2005a, p. 118), a conscientização é o “aprofundamento da tomada de consciência, característica, por sua vez, de toda emersão”.

A adequação<sup>29</sup> da Investigação Temática realizada no presente estudo, como uma pesquisa qualitativa do tipo pesquisa participante, estrutura-se nos pressupostos teórico-metodológicos do educador Paulo Freire. Inicia com a formação do “Círculo de Investigação” e apresenta as etapas de “levantamento dos temas geradores”, de “codificação” dos temas geradores e de “decodificação” e “desvelamento crítico” da realidade (FREIRE, 2005a). Cabe destacar que as etapas da Investigação Temática, por serem dialógicas, não foram estanques e/ou lineares, pois, como pode ser constatado no capítulo da metodologia, se inter-relacionaram ao longo de todo o processo de construção do estudo.

### *Círculo de Investigação*

Os Círculos de Investigação, também apresentados por Freire (2005a) como “Círculos de Cultura”, são compreendidos como uma unidade de aprendizagem em que

a rigor, não se ensina, aprende-se em ‘reciprocidade de consciências’; não há professores, há um coordenador, que tem por função dar as informações solicitadas pelos respectivos participantes e propiciar condições favoráveis à dinâmica do grupo, reduzindo ao mínimo sua intervenção direta no curso do diálogo (FIORI, 2005a, p. 10).

A aprendizagem autêntica ocorre na relação entre os seres humanos mediatizados pelo mundo em busca do “ser mais”. O mundo considerado como os diferentes locais onde os seres humanos – sujeitos sociais – encontram-se e interação pode ser o trabalho, a escola, a família, o clube, entre outros. Esse “mundo”, a partir de sua interação, impressiona e desafia os sujeitos sociais, originando diferentes visões e conjuntos de contradições sobre ele. Essas visões podem estar impregnadas de anseios, de dúvidas, de esperanças ou desesperanças que implicam temas importantes, com os quais é possível constituir, em relação, através de Círculos de Investigação, os temas geradores e, por conseguinte, as problemáticas para discussão, e por meio da práxis, transformar a realidade (FREIRE, 1999, 2005a, 2007b).

Neste estudo, o sujeito social participante dos Círculos de Investigação é um ser humano livre, autônomo, com diferentes

---

<sup>29</sup> Apresento como adequação, visto que originalmente se estrutura como uma proposta para a alfabetização de adultos.

experiências culturais de vida que devem ser respeitadas. É um sujeito-cidadão que, por meio do diálogo, interage e se relaciona com outros seres humanos, tendo a capacidade de ensinar e aprender, fortalecer e ser fortalecido, raciocinar, refletir e decidir pelo bem-estar pessoal e coletivo no contexto de suas vivências e experiências.

O sujeito social faz-se crítico e reflexivo, responsável por seus atos perante si e para com os outros, construindo uma história de vida, pois seu processo de desenvolvimento é dialógico e histórico, ou seja, um ser humano que tomou consciência de si e participa de forma consciente na construção dos processos sociais em que está envolvido, logo, organiza-se coletivamente e é capaz de intervir nas situações como um agente de transformação social, que se percebe igual aos outros quanto aos seus direitos e deveres. Apresenta, ainda, uma dimensão emocional capaz de sentir e, como um ser “conectivo”, é capaz de estabelecer interações, de pensar individual e coletivamente, não conseguindo viver isolado, buscando constantemente aperfeiçoar-se para crescer e se desenvolver, compreendendo-se como um ser inacabado na busca constante de “ser mais” (FREIRE, 2005a, 2007b).

Os sujeitos sociais que compuseram os Círculos de Investigação foram instigados a refletir sobre a sua situação concreta, presente, sobre os problemas que, por vezes, os desafiam e lhes exigem respostas, não só no plano intelectual, mas no plano da ação, pois, no momento em que se buscam os conteúdos no círculo, se “inaugura o diálogo da educação como prática da liberdade” (FREIRE, 2005a, p. 101).

Cumprido destacar que o diálogo assumido neste estudo é compreendido por Freire (2005a, 2006, 2007a, 2007b) como uma necessidade existencial, como a condição básica para o conhecimento e como essência da pedagogia libertadora, sendo o espaço no qual se expressa o pensar verdadeiro, crítico-reflexivo, esperançoso e confiante, pelo qual os sujeitos sociais podem “dizer” a sua realidade segundo o seu modo de vê-la. O diálogo não é um bate-papo desobrigado e desprezioso, uma vez que é por meio dele que ocorre o encontro entre os seres humanos, mediatizados pelo mundo, no qual a reflexão e a ação orientam-se para a realidade que foi inicialmente “dita” e depois “desvelada” pelos sujeitos sociais, os quais precisam transformá-la e humanizá-la.

É necessário compreender o diálogo como um encontro amoroso entre os sujeitos sociais, em que a humildade, a criatividade, a criticidade, a esperança e a fé nos seres humanos são condições indispensáveis. É preciso lembrar que o diálogo está diretamente implicado na práxis, que é o compromisso entre a palavra dita e a nossa

ação humanizadora, desse modo, para se alcançar os objetivos de transformação, “o diálogo implica responsabilidade, direcionamento, determinação, disciplina e objetivos” (FREIRE; SHOR, 2008, p. 127).

Assim, nos Círculos de Investigação, o que busquei investigar não foram os seres humanos como peças ou engrenagens, ou seja, como objetos da investigação em que o pesquisador é o único sujeito. O que pretendi investigar foi a realidade vivida, os níveis de percepção dos sujeitos sociais nesta realidade e a visão de mundo no qual se encontram envolvidas as contradições, ou seja, os temas geradores que necessitam ser codificados e decodificados pelos participantes por meio do diálogo e da práxis (FREIRE, 2005a, 2006).

Esta postura ocorre porque acredito que, para a ação puramente prática tornar-se verdadeiramente práxis, é necessário que, a partir da ação, seja realizada uma reflexão crítica e consciente para compreendê-la, sendo que, por meio da reflexão e compreensão da ação, ocorre a conscientização do sujeito, sendo possível modificar a realidade a partir de uma nova ação, configurando-se em uma ação transformadora, ou seja, práxis é pensar/refletir/compreender o fazer, para que, a partir da conscientização que emerge do sujeito, este consiga, por meio de sua nova ação, transformar a realidade de modo consciente (FERRAZ, 2005). Logo, práxis é ação-reflexão-ação dos sujeitos sociais para a transformação da realidade dentro de sua dimensão histórica. Pois, para Freire (2005a, 2005b), a práxis torna-se um produto sócio-histórico próprio do ser humano consciente, que faz da sua presença no mundo uma forma de agir sobre o mesmo, o que se constituiu um desafio para esta pesquisa.

Vale ressaltar que o ponto de partida para a compreensão de como deveriam se estruturar os Círculos de Investigação é a adoção do princípio de uma pedagogia centrada na igualdade de participações livres e autônomas. Desse modo, é possível estimular os sujeitos a serem autônomos, críticos, criativos, conscientes, comprometidos e solidariamente dispostos a três eixos de transformações: “a de si-mesmo como uma pessoa entre outras; a das relações interativas em e entre grupos de pessoas empenhadas em uma ação social de cunho emancipatoriamente político; a das estruturas da vida social” (BRANDÃO, 2008, p. 77).

No Círculo de Investigação, eu, como pesquisadora, podia ser compreendida como a mobilizadora, a mediadora, ou a moderadora da ação-reflexão-ação realizada, sendo que, neste estudo, fui considerada pelos sujeitos como “mediadora” do processo por eles vivido. Após o estabelecimento de uma relação horizontal com os sujeitos, tive a liberdade de lançar questões problematizadoras para o diálogo e para a

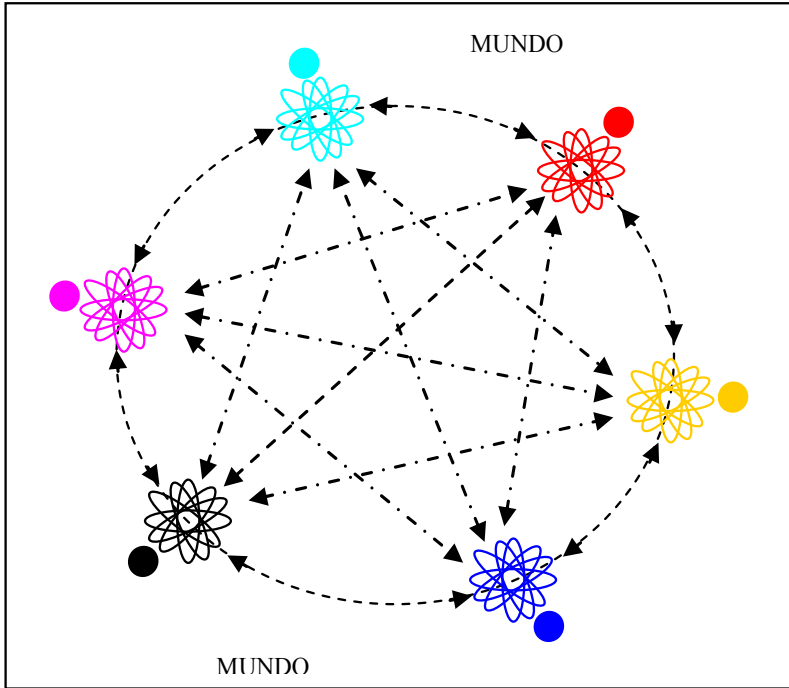


investigação dos temas geradores, estimulando e mediando a reflexão entre os sujeitos participantes, pois o importante ao assumirmos uma postura de educação libertadora é instigar os sujeitos sociais para que “se sintam sujeitos de seu pensar, discutindo o seu pensar, sua própria visão do mundo, manifestada implícita ou explicitamente, nas suas sugestões e nas de seus companheiros” (FREIRE, 2005a, p. 139).

A partir do momento em que o Círculo de Investigação foi composto, pude “estimular os presentes para que, dentre eles, apareçam os que queiram participar diretamente do processo de investigação como auxiliares” (FREIRE, 2005a, p. 120). Estes auxiliares foram os sujeitos que apresentaram informações sobre o que estava sendo estudado, para facilitar a minha compreensão sobre o contexto. Porém, Freire (2005a) salienta que, bem mais importante do que a coleta das informações, é a presença ativa destes auxiliares na Investigação Temática.

Desse modo, saliento o empoderamento como outro processo que pode e deve ser estimulado e desenvolvido junto aos sujeitos sociais nos Círculos de Investigação. O empoderamento, ou *empowerment*, é compreendido neste estudo como um ato social e político que busca ativar a potencialidade criativa dos seres humanos, bem como desenvolver e potencializar suas capacidades a partir da sua realidade social e do seu processo histórico, buscando a libertação dos sujeitos. Considero que a libertação é sempre social e coletiva, e o empoderamento emerge das interações sociais que os seres humanos constroem à medida que criticamente problematizam a realidade, pois, assim, emerge a conscientização que lhes dá “poder” para transformar as relações sociais de dominação (FREIRE; SHOR, 2008; GUARESCHI, 2008).

A seguir encontra-se a representação de como compreendo os “Círculos de Investigação”.



Círculo de Investigação

composto pela totalidade dos sujeitos que participam da investigação. O encontro entre os sujeitos deve ocorrer de forma dialógica e mediatizados pelo mundo, sendo convidados a pensar sobre as suas situações concretas e existenciais como, de fato, sujeitos sociais do processo. Cabe ressaltar que, no momento inicial do “Círculo de Investigação”, cada sujeito apresenta visões de mundo e de si impregnadas de dúvidas, de esperanças e desesperanças, de amor e de angústias, que implicam “temas significativos”, os quais podem ser investigados na relação do círculo e na observação participante da “mediadora” para a composição dos “temas geradores”.

**Figura 4.1:** Composição inicial dos Círculos de Investigação.

### *Levantamento dos Temas Geradores*

O levantamento dos temas geradores ou dos “percebidos-destacados”<sup>30</sup> constitui a primeira etapa da Investigação Temática. Esta etapa ocorre a partir da formação do Círculo de Investigação e por meio da observação participante da mediadora sobre as ações realizadas pelos sujeitos sociais da pesquisa, além das informações disponibilizadas pelo(s) “auxiliar(es)” da investigação, as quais, junto com os registros das observações da mediadora, devem ser discutidas no Círculo de Investigação.

Os sujeitos, no Círculo de Investigação, incentivados pela mediadora, são convidados a realizar atividades<sup>31</sup> destinadas a um primeiro reconhecimento da sua própria realidade, buscando o “universo temático”<sup>32</sup>, ou seja, o conjunto dos seus temas geradores, ou o conjunto de contradições da realidade que está sendo estudada. Os “temas geradores” são assim denominados porque “qualquer que seja a natureza de sua compreensão, como a ação por eles provocada, contém em si a possibilidade de desdobrar-se em outros tantos temas que, por sua vez, provocam novas tarefas que devem ser cumpridas” (FREIRE, 2005a, p.108).

Para Freire (2005a), os temas geradores envolvem e são envolvidos pelas “situações-limites”<sup>33</sup> e as tarefas que elas implicam, ao serem cumpridas, constituem os “atos limites”. No momento em que os temas geradores, ou os “percebidos-destacados” não são percebidos como tais, as tarefas referidas a eles não ocorrem em termos autênticos e críticos por estarem em relação direta com as situações-limites. Assim, os seres humanos não chegam a transcender as situações-limites e a descobrir, para além delas, e na relação com elas, o “inédito viável”<sup>2</sup>.

<sup>30</sup> Freire (2008) refere-se aos “temas geradores” como “percebidos-destacados”, pois, para ele, os “percebidos-destacados são dimensões concretas e históricas de uma dada realidade. As ações para a sua superação podem ser, pois, diferentes, dependendo do espaço e do tempo onde são praticadas” (FREIRE, 2008, p. 232).

<sup>31</sup> Estas atividades foram desenvolvidas por meio de questionamentos e de “dinâmicas de grupo” especificamente escolhidas e organizadas de modo a propiciar a oportunidade de exposições individuais de ideias, permitir a interação e a troca de conhecimentos e promover a construção e a transformação coletiva por meio do diálogo, da reflexão e da ação crítica entre os sujeitos dos Círculos de Investigação.

<sup>32</sup> Também compreendido por Freire (2005a, p. 101) como “temática significativa”.

<sup>33</sup> Para Freire (2005a, p. 104-105), situações-limite são “dimensões concretas e históricas de uma dada realidade. Dimensões desafiadoras dos homens [*e das mulheres*], que incidem sobre elas através de ações que Vieira Pinto chama de ‘atos-limites’ - aqueles que se dirigem à superação e à negação do dado, em lugar de implicarem sua aceitação dócil e passiva” [grifo meu].

As situações-limites não são em si mesmas geradoras de um clima de desesperança, mas, enquanto oprimidos, a percepção que nós temos delas é como se fossem um freio, algo que não é possível ultrapassar, e acaba gerando esta desesperança. Porém, no momento da ação, a percepção crítica dos sujeitos da investigação se instaura e, então, desenvolve-se um clima de esperança, confiança e compromisso que leva os sujeitos sociais a se empenharem na superação das situações-limites (FREIRE, 2005a). Logo, para Freire (2005a, p. 104), citando Pinto (1960), as “situações-limites não são o contorno infranqueável onde terminam as possibilidades, mas a margem real onde começam todas as possibilidades; não são a fronteira entre o ser e o nada, mas a fronteira entre o ser e o *ser mais*”.

Entre as ações necessárias para a superação das situações-limites, destaco o compromisso que não é um ato passivo do sujeito social, porque não implica somente a consciência da realidade, mas também o engajamento na luta para transformá-la, sendo que envolve uma ação lúcida, crítica e profunda de quem o assume, pois se expressa na “palavra corporificada no exemplo”, ou seja, na ação, na participação, no plano concreto que se estrutura por meio do diálogo (FREIRE, 1999, 2005a). Para Freire (2003, p. 73), a participação é compreendida “enquanto exercício de voz, de ter voz, de ingerir, de decidir em certos níveis de poder, enquanto direito de cidadania se acha em relação direta, necessária, com a prática educativa-progressista [...] é dever de não nos omitirmos”.

Desse modo, quando os seres humanos, sujeitos no Círculo de Investigação, conseguem de forma dialógica transcender as situações-limites, há a possibilidade de instalação do “inédito viável” que, como uma “palavra-ação”, portanto práxis, estrutura-se a partir das crenças, valores, sonhos, desejos, aspirações, medos, ansiedades, vontades e possibilidades de saber, fragilidades e grandezas humanas. No “inédito viável” não existe o reino do definido, do pronto e do acabado ou da quietude perfeita dos sonhos possíveis, pois se encontra intrínseco o dever e o gosto de mudança em nós mesmos dialeticamente, mudando o mundo e sendo por ele mudados (FREIRE, 2005a; FREIRE, 2008). O inédito viável é na realidade “uma coisa que era inédita, ainda não claramente conhecida e vivida, mas quando se torna um ‘percebido-destacado’ pelos que pensam utopicamente, o problema não é mais um sonho, ele pode se tornar realidade” (FREIRE, 2008, p. 233).

Desse modo, para Freire (2005a, p. 112),

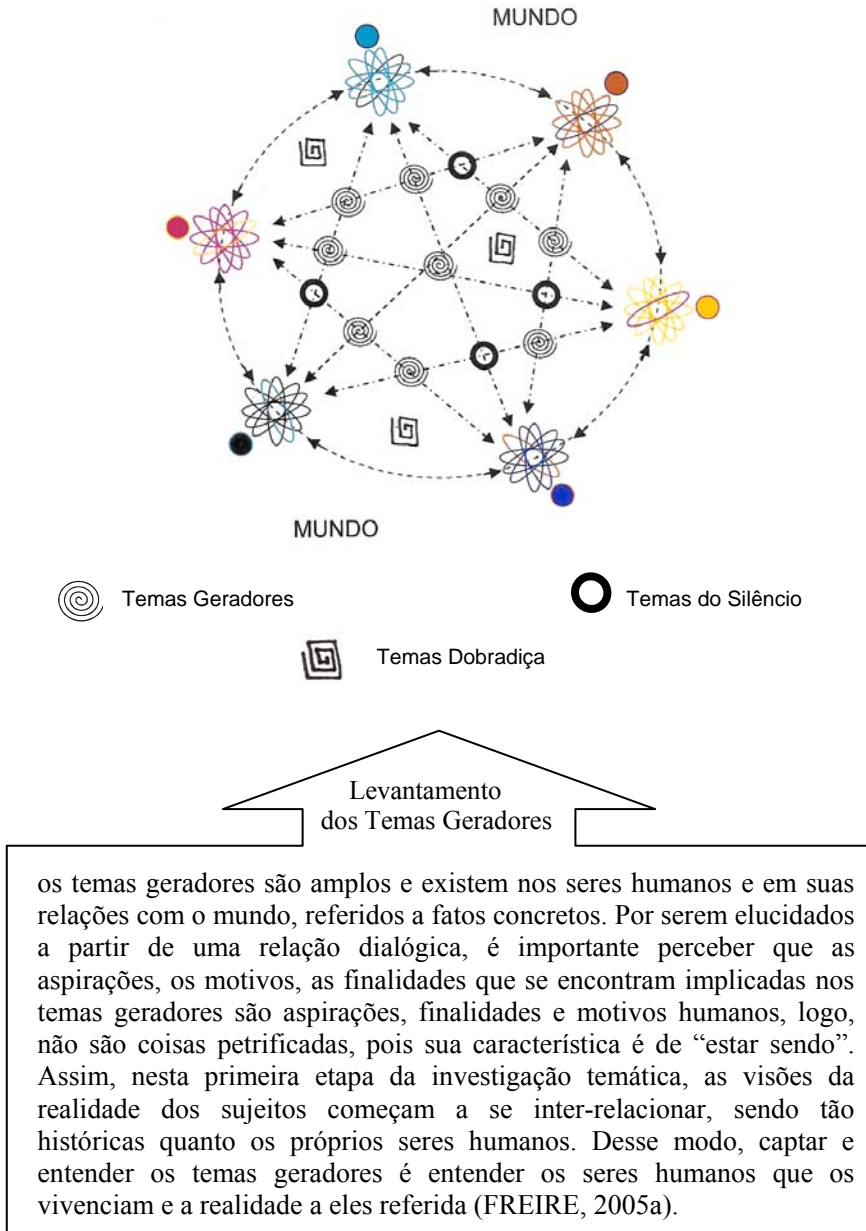
a investigação do tema gerador, que se encontra contido no “universo temático mínimo” (os temas geradores em interação), se realiza por meio de

uma metodologia conscientizadora, além de nos possibilitar a sua apreensão, insere ou começa a inserir os homens [*e as mulheres*] numa forma crítica de pensar seu mundo” [*grifo meu*].

Cabe destacar que, quando os sujeitos, no Círculo de Investigação, não expressam concretamente um tema gerador, que pode se configurar inicialmente para a mediadora como a inexistência de temas, sugere, pelo contrário, a existência de um tema considerado dramático – o “tema do silêncio”. Para Freire (2005a, p. 114), o tema do silêncio “sugere uma estrutura constituinte do mutismo ante a força esmagadora de “situações-limites”, em face das quais o óbvio é a adaptação”. Assim, a Investigação Temática que assumi como postura propôs que, no fluxo da investigação, os participantes se fizessem “sujeitos” da pesquisa, sendo que eu participei intrinsecamente de todo esse processo.

Também poderia ocorrer que, ao final do processo de investigação dos temas geradores, eu, como mediadora e participante do processo, reconhecesse a necessidade de acrescentar alguns temas fundamentais que, inicialmente, não foram sugeridos pelos sujeitos da pesquisa no momento do levantamento dos temas geradores. A inclusão destes temas corresponde à dialogicidade da educação, pois, se a educação é dialógica, em relação horizontal entre educador-educando, no caso, mediadora-sujeitos-mundo, a mediadora também tem o direito de incluir temas que não foram sugeridos pelos demais sujeitos. A estes, por sua função, Freire (2005a) denomina de “temas dobradiça”, os quais, para o autor, “ora facilitam a compreensão entre dois temas no conjunto da unidade programática [...] ora contém, em si, as relações a serem percebidas entre o conteúdo geral da programação e a visão do mundo que esteja tendo o povo” (FREIRE, 2005a, p. 134).

Na sequência, encontra-se a representação de como compreendo a Investigação dos Temas Geradores nos Círculos de Investigação.



**Figura 4.2:** Levantamento dos Temas Geradores nos Círculos de Investigação.

## **Codificação**

Para Freire (2005a, p. 112), “a codificação de uma situação existencial é a representação desta, com alguns de seus elementos constitutivos em interação”, ou seja, é a representação dos desafios, compreendidos como situações-limites, que os sujeitos do Círculo de Investigação designaram como temas geradores. Neste processo de codificação, os seres humanos precisam responder as situações limites por meio da “tomada de consciência”, que se tornará “conscientização” no processo posterior de decodificação<sup>34</sup>.

Aos seres humanos oprimidos, que possuem uma consciência ingênua da realidade, falta a compreensão crítica da totalidade em que estão inseridos, assim, tal realidade é captada em pedaços, com os quais não reconhecem a interação constituinte da mesma totalidade, logo, não conhecendo criticamente sua própria realidade (FREIRE, 2001, 2005a, 2007a). Neste sentido, corroboro com as palavras de Freire (2005a, p. 111), ao dizer que não apenas na investigação temática que proponho, mas também na educação problematizadora que defendo, é essencial o “esforço de propor aos [sujeitos sociais] dimensões significativas de sua realidade, cuja análise crítica lhes possibilite reconhecer a interação de suas partes” [grifo meu].

O início do alcance deste intento pode ocorrer por meio da codificação, que se configura a partir da “criação de situações existenciais típicas do grupo com o qual se trabalha” (FREIRE, 2001, p. 50), cujo conteúdo conduz ao(s) termo(s) central(is) de análise, a partir dos temas geradores levantados na primeira etapa da Investigação Temática, pois as dimensões significativas que inicialmente estão em partes na interação, ao serem analisadas, devem ser percebidas pelos sujeitos da investigação como dimensões da totalidade (FREIRE, 2005a, 2006).

No entanto, caso na captação do “todo” que se oferece à compreensão dos sujeitos da investigação o processo de codificação se apresente como algo difícil de ser vislumbrado, é indispensável que sua busca ocorra por meio da “abstração”. É importante enfatizar que este processo não significa a redução do concreto ao abstrato, pois desse modo estaríamos negando a dialogicidade, indispensável na Investigação Temática, mas compreender o concreto e o abstrato como

---

<sup>34</sup> Para Freire (2005a), os termos decodificação ou descodificação da realidade são apresentados como sinônimos. Cabe ressaltar que o termo desvelamento crítico é compreendido como a última fase da decodificação.

oposto que se tornam dialéticos no ato de pensar (FREIRE, 2005a, 2007a).

É possível que a codificação, ou a representação de situações existenciais dos sujeitos da investigação, torne-se o meio pelo qual, no contexto concreto em que os fatos ocorrem – prática dos sujeitos, estes consigam operar o contexto teórico, no qual procuram alcançar a razão de ser dos fatos, ou seja, a análise dos fatos, considerada como abstração (FREIRE, 2001, 2005a, 2007a). Para Gutiérrez (2008, p. 81), “a codificação, de um lado faz a medição entre o contexto concreto e o teórico; de outro, como objeto de conhecimento, mediatiza os sujeitos cognoscentes<sup>35</sup> que buscam, em diálogo, desvelá-la”.

A codificação, ou seja, a segunda etapa da Investigação Temática, inicia quando eu, como mediadora, juntamente com os sujeitos, com as informações que emergiram por meio do diálogo junto aos Círculos de Investigação e da observação participante, chegamos à apreensão do conjunto de contradições, ou seja, a codificação inicia no momento em que determinamos quais temas geradores serão codificados. As codificações podem ser representadas pela mediadora ou pelos próprios sujeitos através de símbolos, desenhos/imagens ou oralmente. A partir desse momento, as codificações são consideradas “objetos” sobre os quais de forma dialógica e mediatizados pelo mundo os sujeitos da investigação - decodificadores - irão tomar consciência do que está sendo apresentado e fazer a sua análise crítica (FREIRE, 2005a, 2007a).

Uma condição relevante que não pode ser esquecida no início da etapa de codificação é que, necessariamente, as codificações devem representar situações conhecidas pelos sujeitos da investigação, possibilitando, assim, que nelas eles se reconheçam. Ainda, cabe destacar que, no processo de preparação das codificações pela mediadora, essas devem representar contradições, as quais podem ser inclusivas de outras, o que permite constituir o sistema de contradições da área em estudo, sendo capaz de abrir-se um “leque temático” para o momento da decodificação. Esta forma de proceder permite que os sujeitos, no momento posterior de decodificação, “analisando sua própria realidade, percebem sua percepção anterior, do que resulta uma nova percepção da realidade distorcidamente percebida” inicialmente (FREIRE, 2005a, p.126).

---

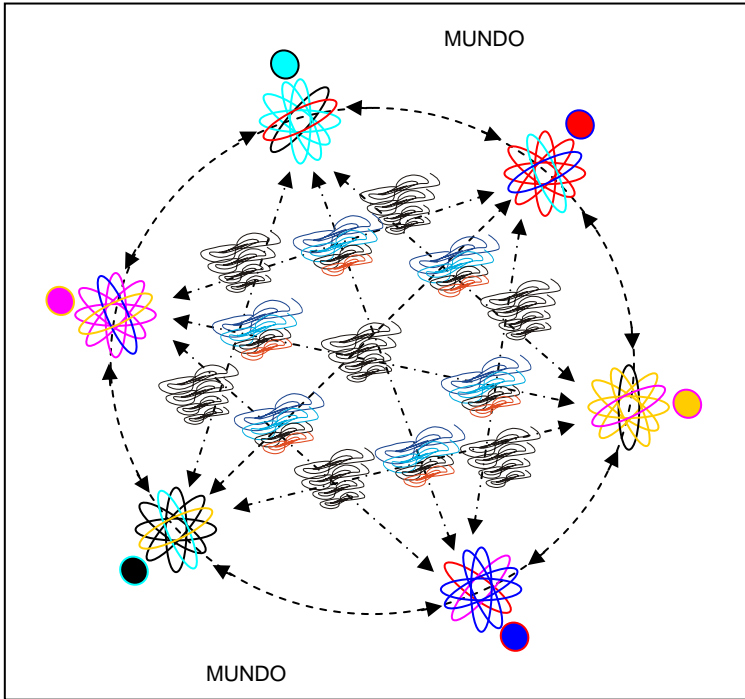
<sup>35</sup> Para Freire (2005a, 2006, 2007b), são os sujeitos que realizam “atos cognoscentes” - compreendidos como a expressão de um processo de autopercepção do sujeito no mundo em que se encontra. Trata-se também de um aperceber-se como alguém que persegue sentidos de uma vida humana mais plena, como alguém que está em busca da realização de sua vocação de “ser mais”.



Outro ponto igualmente importante é o fato de que as codificações, como representações das situações existenciais dos sujeitos, não devem possuir seu núcleo temático demasiado explícito, nem demasiado enigmático, pois, caso ocorra a primeira possibilidade, os sujeitos da investigação não terão outra decodificação a fazer, senão a que está implícita na codificação, tornando esta dirigida. Na segunda possibilidade, corre-se o risco de fazer um jogo de adivinhações, com o qual os sujeitos não se identifiquem. Portanto, à medida que as codificações representam situações existenciais dos sujeitos da investigação, essas, para Freire (2005a, p. 126), “devem ser simples na sua complexidade e oferecer possibilidades plurais de análises na sua decodificação, o que evita o dirigismo massificador” que contraria a postura dialógica-problematizadora que proponho.

Convém lembrar que, neste estudo, a compreensão de problematização supõe a ação transformadora, é inseparável do ato cognoscente<sup>35</sup> e, como ele, inseparável das situações concretas, mesmo que ocorra sobre os conteúdos já elaborados, porque a problematização parte de situações vividas e facilita a construção da consciência reflexiva e politizada acerca das ações que ocorrem na realidade social, o que implica um retorno crítico a tais situações, rerepresentando a realidade na forma de problema que precisa ser refletido criticamente e solucionado coletivamente. É um ato dialético, uma vez que é muito difícil ao sujeito que problematiza, após a emersão de sua consciência, não se comprometer com o processo que se instaura, por meio de sua inserção crítica na realidade. Por intermédio da problematização, o(a) educador(a) chama os(as) educandos(as) a refletir sobre a realidade de forma crítica e, juntos, como sujeitos sociais, produzem conhecimentos e cultura em um mundo e com o mundo (FREIRE, 2005a, 2006, 2007b).

A representação de como compreendo a Codificação dos Temas Geradores nos Círculos de Investigação encontra-se a seguir.



### Codificação

é a representação de uma situação vivida pelos sujeitos da investigação temática em sua realidade, relaciona-se com os temas geradores destacados por meio dos Círculos de Investigação e da observação participante da mediadora. Abrange certos aspectos do problema que se quer estudar e permite conhecer alguns momentos do contexto concreto através da tomada de consciência dos sujeitos da investigação. A codificação também pode ser compreendida como a representação de uma “situação problema”, ou seja, do(s) tema(s) gerador(es) (FREIRE, 2001, 2005a, 2006, 2007a).

**Figura 4.3:** Codificação dos Temas Geradores nos Círculos de Investigação.

### *Decodificação e Desvelamento Crítico*

Para Freire (2005a, 2006, 2007a), a decodificação é um ato cognoscente<sup>35</sup>, realizado pelos sujeitos decodificadores, que ocorre sobre a representação de uma situação concreta (codificação) e promove, por meio da percepção da percepção anterior e do conhecimento do conhecimento anterior, o surgimento de novas percepções e o desenvolvimento de novos conhecimentos. Isso porque, “ao terem a percepção de como antes percebiam, percebem diferentemente a realidade, e, ampliando o horizonte do perceber, mais fácil vão surpreendendo, na sua ‘visão de fundo’, as relações dialéticas entre uma dimensão e outra da realidade” (FREIRE, 2005a, p. 127).

A decodificação também é compreendida como um processo de “leitura” da realidade, por meio de momentos dialéticos, em que as consciências dos sujeitos sociais, cointencionadas à codificação desafiadora, “re-fazem” seu poder reflexivo, na “ad-miração” da “ad-miração”, o que se configura uma forma de “re-ad-miração” da realidade apresentada na codificação (FREIRE, 2006). Em suas obras, Paulo Freire apresenta ora o processo de decodificação estruturado em quatro momentos (FREIRE, 2006), ora dividido em dois momentos (FREIRE, 2005a).

Para o presente estudo, optei por apresentar a decodificação constituída de dois momentos: o primeiro é “descritivo”, no qual inicialmente os sujeitos da investigação apreendem o “todo” da codificação, que normalmente ocorre em silêncio. Em seguida, neste mesmo momento, mais se narra do que se analisa o que está sendo projetado nas codificações, sendo que a tendência dos sujeitos é realizar uma espécie de “cisão”<sup>36</sup> na situação que lhes é apresentada na codificação. Esta “cisão”, na prática da decodificação, corresponde à própria “descrição da situação” e permite descobrir a interação entre as partes do “todo cindido”<sup>37</sup>, ou seja, corresponde às “estruturas de superfície” das codificações, onde os sujeitos exteriorizando sua temática, explicitam sua consciência real da objetividade (FREIRE, 2005a, 2006, 2007a).

O segundo momento busca problematizar a realidade codificada,

---

<sup>36</sup> Para Freire (2006, p. 91), “esta cisão, na qual não termina o ato de apreensão da totalidade, é uma espécie de movimento no qual o sujeito se comporta como se estivesse olhando a realidade de dentro”.

<sup>37</sup> Para Freire (2005a, p. 113), “este ‘todo’, que é situação figurada (codificada) e que antes havia sido apreendido difusamente, passa a ganhar significação na medida em que sofre a ‘cisão’ e em que o pensar volta a ele, a partir das dimensões resultantes da ‘cisão’”.

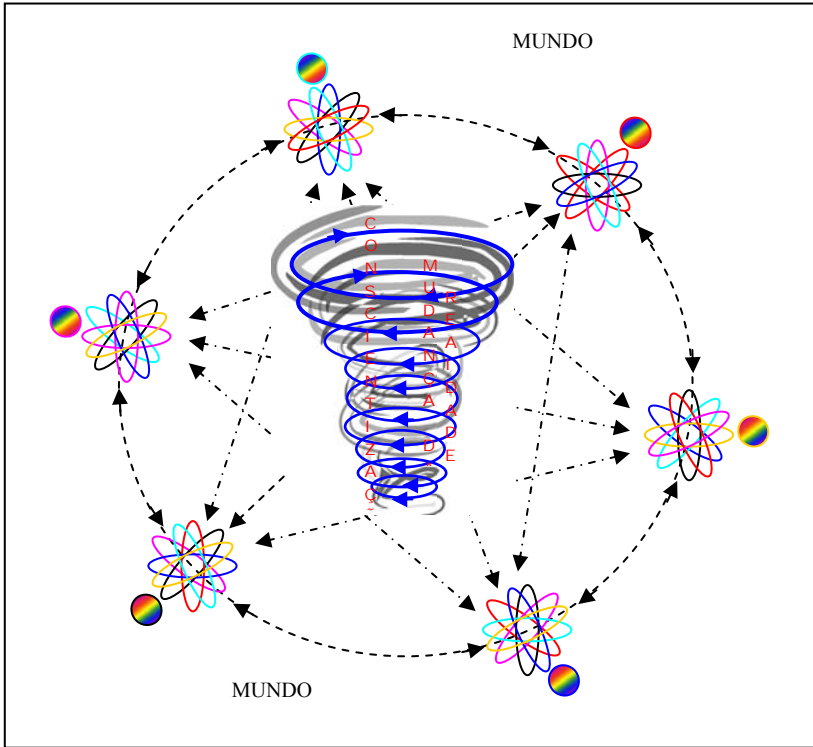
sendo fundamental na decodificação, pois é o momento em que se pode alcançar a compreensão da “estrutura profunda” da codificação, compreendida por Freire (2007a, p. 65) como “repensar a prática anterior e preparar-se para uma nova e diferente prática”, sendo que reside nesse fato a importância de não haver dicotomia entre o contexto teórico e o contexto prático, entre a teoria e a prática, e também deve ocorrer de forma dialógica no Círculo de Investigação. Neste momento, “o sujeito realiza a análise crítica do que a codificação representa, e como seu contexto expressa a própria realidade, a crítica incide sobre esta” realidade para modificá-la (FREIRE, 2006, p. 91), sendo este momento compreendido como Desvelamento Crítico da realidade.

Assim, a decodificação da situação existencial provoca um partir abstratamente até o concreto, que significa uma ida das partes ao todo e uma volta deste às partes. Este movimento do abstrato ao concreto, que ocorre no momento de análise de uma situação codificada, quando a decodificação é bem realizada, conduz à superação da abstração (teórica) com a percepção crítica do concreto (FREIRE, 2005a). A nova percepção e o novo conhecimento que se inicia com a decodificação prolongam-se sistematicamente na implantação dos atos de mudança da realidade, “transformando o ‘inédito viável’ na ‘ação editanda’, com a superação da ‘consciência real’ pela ‘consciência máxima possível’” (FREIRE, 2005a, p. 127-128).

Reitero o fato de que a investigação do pensar dos seres humanos não pode ser feita sem os seres humanos, mas com eles, como sujeitos do seu pensar. E, caso o seu pensar seja mágico ou ingênuo, será pensando o seu pensar, na ação, que eles mesmos se superarão, sendo que esta “superação não se faz no ato de consumir idéias, mas no de produzi-las e de transformá-las na ação e na comunicação” (FREIRE, 2005a, p. 117). Desse modo, os momentos da decodificação aqui mencionados, entre os quais não há uma separação aparentemente rígida como sua descrição sugere, formam parte do processo de conscientização dos sujeitos da investigação, do qual resulta que, por meio da “práxis”, os sujeitos sociais podem realizar sua inserção crítica na realidade e provocar as mudanças necessárias na mesma.

Cumprê destacar que, neste estudo, conscientização é um conceito que implica dimensões teóricas, práticas e éticas, visto como um compromisso histórico, é uma inserção crítica na história, pois a realidade é mutável e aberta a revisões. Por meio da conscientização, os seres humanos assumem uma posição crítica de sujeitos sociais, os quais podem transformar a sua realidade. Caso os sujeitos sociais buscarem um diálogo verdadeiro e libertador durante o desvelamento crítico da

realidade, a conscientização é o passo posterior à “tomada de consciência”. É um ir além da fase espontânea da apreensão da realidade até chegar à fase crítica, na qual a realidade se torna um objeto cognoscível e se assume uma posição epistemológica procurando o conhecer. No processo de conscientização não há um mundo “objetivo”, lá fora, que nós conhecemos, independente de nós. Ao contrário, pois conhecemos à medida que nos conhecemos (FREIRE, 2001, 2005a, 2005b). Exercício importante que se procurou alcançar coletivamente no estudo.



### Decodificação

é um ato cognoscente que promove o surgimento de nova percepção e o desenvolvimento de novo conhecimento a partir da análise dos conteúdos extraídos das codificações. O processo de decodificação, ou de leitura da realidade, está constituído de dois momentos: o primeiro é descritivo e corresponde às “estruturas de superfície”, no qual mais se narra do que se analisam as codificações. O segundo como, momento fundamental da decodificação, trata de problematizar a realidade codificada e busca alcançar a compreensão das “estruturas profundas” da codificação, sendo considerada o “desvelamento crítico da realidade”, com o qual, pela conscientização, é possível a mudança da realidade (FREIRE, 2001, 2005a, 2006, 2007a).

**Figura 4.4:** Decodificação e Desvelamento Crítico da realidade dialogada a partir do Levantamento dos Temas Geradores nos Círculos de Investigação.

## 5 PERCURSO METODOLÓGICO DA INVESTIGAÇÃO

"Quanto mais a curiosidade espontânea se intensifica, mas, sobretudo, se 'rigoriza' tanto mais epistemológica ela vai se tornando"  
(Paulo Freire)

As palavras de Paulo Freire me fazem refletir sobre o processo de construção de uma investigação, pois toda pesquisa inicia com uma curiosidade, com uma inquietação, no entanto, somente a partir da definição de aspectos metodológicos claros e coerentes para desenvolvê-la é possível considerar que o estudo encontra-se sustentado em bases epistemológicas. Apresento que o caminho metodológico do presente estudo foi inspirado principalmente nas obras *Conscientização – Teoria e Prática de Libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire; Pedagogia do Oprimido; Extensão ou Comunicação; e Ação Cultural para a Liberdade e outros escritos* (FREIRE, 2001, 2005a, 2006, 2007a).

### 5.1 INVESTIGAÇÃO TEMÁTICA COMO POSSIBILIDADE REAL

O referencial teórico-metodológico do educador Paulo Freire trata-se de uma teoria do conhecimento, proposta originalmente para a alfabetização de adultos. No entanto, ao longo do tempo, diversos estudos têm utilizado este referencial em diferentes áreas, entre elas, as ciências da saúde, na abordagem de questões educativas formais, informais ou não formais<sup>38</sup>. Para Saupe *et al.* (1998, p. 249), “a obra de Paulo Freire não se apresenta como uma proposta teórica acabada”, ressaltam que se pode encontrar em seus livros

conceitos coerentes e exaustivamente trabalhados, mas nunca de forma linear. Originalmente proposta como uma pedagogia libertadora e problematizadora, ultrapassa os limites da educação enquanto disciplina social e passa a ser entendida também, como uma forma de ler o

<sup>38</sup> Para Saupe *et al.* (1998, p. 246) “Educação informal entendida enquanto atualização para a ação-reflexão profissional e educação não formal enquanto diálogo de saúde com os usuários dos serviços que prestamos à sociedade”.

mundo, refletir sobre a leitura e recontá-lo, transformando-o pela ação consciente. É exatamente esta ultrapassagem, do campo específico da educação para o mundo dos [seres humanos], que possibilita sua utilização por outras disciplinas (SAUPE *et al.* 1998, p. 249). [grifo meu].

Após eu realizar a análise de diferentes enfoques metodológicos que poderiam ser utilizados na construção do projeto de pesquisa, como a pesquisa avaliativa com enfoque quantitativo e qualitativo, a pesquisa qualitativa com métodos como estudo de caso, teoria fundamentada, entre outros, decidi desenvolver uma pesquisa qualitativa, do tipo pesquisa participante, que se concretizou por meio de uma adequação<sup>39</sup> da Investigação Temática apresentada por Paulo Freire. A escolha ocorreu, visto que esta proposta metodológica tem por finalidade o envolvimento com os sujeitos sociais, a reflexão crítica e a transformação da realidade no momento em que está sendo realizada, sendo ações que contemplam os objetivos do estudo (FREIRE, 2001, 2005a, 2006, 2007a).

Ao assumir referenciais da pesquisa qualitativa, adotei uma postura de compreendê-la não somente como um modelo de fazer ciência, mas uma escolha que congrega uma série de implicações sociais, políticas, ideológicas e éticas. É importante lembrar, que esta modalidade de pesquisa tem, entre seus eixos centrais, “o reconhecimento do ponto de vista dos outros (indivíduos, sujeitos, atores sociais, grupos, sociedades); ou seja, o tema da alteridade” (MERCADO-MARTÍNEZ; BOSI, 2004, p. 39).

Logo, o percurso metodológico do presente estudo encontra-se estruturado a partir de um paradigma participativo de pesquisa qualitativa, pois tem como identidade o reconhecimento da existência de uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto e uma postura interpretativa, portanto não neutra, do sujeito-observador que atribui um significado aos fenômenos que interpreta (DEMO, 1987; CHIZZOTTI, 2003).

A Investigação Temática foi considerada como uma pesquisa qualitativa do tipo de pesquisa participante, porque me possibilitou

<sup>39</sup> Apresento como “adequação”, visto que a proposta original trata-se de uma teoria do conhecimento proposta por Freire para alfabetização de adultos.



estudar fenômenos sociais, com vistas a melhorar a qualidade das ações realizadas pelos participantes no próprio processo de investigação, e ainda, ao mesmo tempo em que alterou o que estava sendo pesquisado, foi limitada pelo contexto e pela ética da prática (FREIRE, 2005a, 2007a), fato que se adapta ao conceito de pesquisa participante apresentado por Demo (1987, p. 126), citando Grossi (1981) como sendo

um processo de pesquisa no qual a comunidade participa na análise da sua própria realidade, com vista a promover uma transformação social em benefício dos próprios participantes, que são oprimidos. Portanto, é uma atividade de pesquisa, educacional e orientada para a ação.

Em relação à aderência do pensamento de Paulo Freire com os pressupostos da pesquisa qualitativa do tipo pesquisa participante, corroboro com a afirmação de Heidemann (2006, p. 90) quando diz que

A pesquisa qualitativa articula-se com o pensamento Freireano, quando ambos se preocupam com o desvelamento da realidade social. O sentido da razão dialógica de Freire como na pesquisa qualitativa, é justamente o de revelar o que está oculto, permitindo que a imaginação e a criatividade dos seus participantes desvendem novas propostas de ação sobre a realidade. Ambas realizam uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, envolvendo empatia e motivação, aos projetos dos participantes, aos quais as ações se tornam concretas.

A escolha do caminho metodológico da Investigação Temática ocorreu por diversos motivos: primeiro, por minhas convicções pessoais sobre o que considero coerente a respeito do processo de conscientização e empoderamento dos seres humanos por meio da práxis e da dialogicidade. Segundo, por perceber a proposta como algo que pode ser construído com os sujeitos do processo, logo, prevê o envolvimento e o comprometimento dos participantes. Terceiro, devido à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde idealizar, em seus pressupostos teóricos, a necessidade de desenvolver suas ações de

forma problematizadora.

Constatei que, na Investigação Temática, são necessárias várias dimensões para o desenvolvimento da proposta, sendo elas o diálogo, a reflexão, a problematização da realidade, o empoderamento dos participantes, o papel do investigador como mediador e sujeito ativo do processo e as mudanças realizadas nos cenários investigados através da práxis e do despertar da consciência dos sujeitos. Foi importante perceber que, para a realização da investigação, essas dimensões necessitam se entrelaçar constantemente ao longo de todas as etapas, uma vez que, no início e ao longo do processo, esses aspectos serviram para analisar a prática comum dos participantes, a fim de identificar que mudanças eram necessárias, e ao término, os participantes utilizaram os aspectos para identificar quais pontos foram modificados, o que ainda precisa ser melhorado e qual a avaliação do processo de investigação.

## 5.2 LOCAIS E TEMPO DESTINADO AO TRABALHO DE CAMPO

Desenvolver um estudo sobre as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), apresentadas na Portaria GM/MS nº 1.996/07, como a “atual estratégia de ação” para condução da PNEPS, seria uma possibilidade de produzir maior visibilidade às ações de educação permanente em saúde que pudessem estar sendo desenvolvidas nas localidades. Por conseguinte, acredito que um estudo sobre as CIES possa fortalecer a política nas regiões do Estado de Santa Catarina (SC) que participaram do estudo, ao destacar os pontos fortes dessa estratégia, mas, principalmente, por analisar, junto aos membros que compõem as CIES, os pontos que precisam ser melhorados.

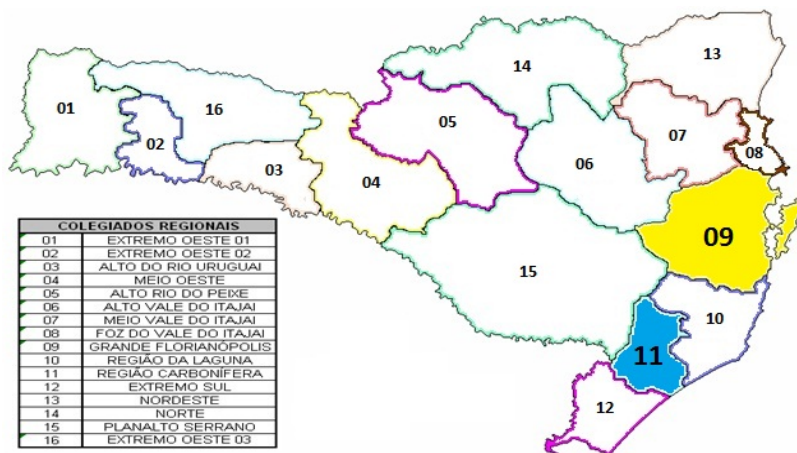
Optei em analisar especificamente as Comissões de Integração Ensino-Serviço, entre tantas estruturas que compõe a PNEPS, por compreendê-la como a instância intersetorial e interinstitucional responsável pela formulação, condução e desenvolvimento das ações de educação permanente em saúde nas localidades estabelecidas em nível estadual, nas diferentes regiões do Brasil (BRASIL/MS, 2007a).

A escolha em selecionar as CIES no Estado de Santa Catarina deveu-se a distintos fatores: a) por ser o Estado em que resido, logo, considero coerente desenvolver um estudo que possa contribuir inicialmente com a minha realidade local; b) por ter encontrado abertura e apoio junto às estruturas estaduais envolvidas com a PNEPS - Diretoria de Educação Permanente em Saúde (DEPS), mais

especificamente, Divisão de Educação Permanente (DEP), da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) para realização da investigação; c) pelo fato de o Estado de Santa Catarina ter homologado a estruturação das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) em dezembro de 2007, o que possibilitou a escolha e o convite das CIES que participaram do estudo.

Como referido, a atual estratégia de ação da PNEPS foi instituída em Santa Catarina, no ano de 2007, conforme deliberações da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nº 127/CIB/07 e 225/CIB/07. Na época, tais deliberações definiram a formação de quinze (15) Colegiados de Gestão Regional, com quinze (15) Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço, atendendo ao Plano Diretor de Regionalização (PDR) 2002, ao Pacto de Gestão 2006 e a Portaria GM/MS nº 1.996/07 (CIB/SES-SC, 2007a, 2007b).

Em 2009, atendendo ao PDR/2008, o Estado analisou o processo de regionalização e definiu a estruturação do 16º CGR e sua respectiva CIES. Assim, a distribuição dos CGR e das CIES em 2009 seguem o apresentado na Figura 5.1, sendo que a configuração das CIES convidadas a participar do estudo, em destaque no mapa, não sofreram alteração estrutural com a criação do 16º CGR e CIES.



Fonte: Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina. Disponível em: [www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br)

**Figura 5.1:** Distribuição dos Colegiados de Gestão Regional e das Comissões de Integração Ensino-Serviço no Estado de Santa Catarina no ano de 2009, em destaque as CIES participantes do estudo.

Para conhecer a divisão administrativa das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) no Estado de Santa Catarina e, posteriormente, definir quais seriam convidadas a participar do presente estudo, inicialmente, eu e minha orientadora realizamos três visitas pré-agendadas ao coordenador da Divisão de Educação Permanente (DEP) da SES/SC, nos meses de julho a novembro de 2008, de modo a apresentar a minha pretensão de estudo e iniciar um reconhecimento dessa realidade, à qual eu não pertencia.

Após esses diálogos com o coordenador da DEP/SES/SC, o qual buscou esclarecer nossos questionamentos, aportou-nos informações pertinentes sobre a realidade das diferentes CIES de SC e incentivou a proposta do estudo. E, a partir de reuniões com a minha orientadora para definição do projeto de pesquisa, decidi fazer a seleção das duas CIES que seriam convidadas a participar da Investigação Temática de modo intencional.

A minha escolha foi pautada principalmente na facilidade de estada em suas cidades-sede, pois uma cidade é a que resido atualmente e na outra meus familiares residem, sendo que esta condição facilitou o acompanhamento de todas as atividades desenvolvidas por estas comissões. Outro fator foi a possibilidade de trabalhar futuramente em uma das cidades-sede das CIES selecionadas, o que me instigou a conhecer como está ocorrendo o processo de desenvolvimento da estratégia de ação da PNEPS nestas duas realidades.

Assim, as CIES convidadas e que aceitaram participar do estudo foram CIES Grande Florianópolis, composta por 22 municípios, com município-sede em Florianópolis, pertencente à Macrorregião de Saúde Grande Florianópolis; e CIES Carbonífera, composta por 11 municípios, com município-sede em Criciúma, pertencente à Macrorregião de Saúde Sul. Estas CIES serão apresentadas em detalhes no capítulo referente ao contexto das CIES participantes da Investigação Temática, mas nesse momento podem ser visualizadas na Figura 5.1.

Procurei realizar a primeira aproximação junto às CIES no mês de dezembro de 2008, fazendo contato telefônico com as representantes (articuladoras) das duas CIES, com o intuito de realizar uma apresentação informal da proposta, pedindo-lhes sugestões e buscando informações sobre a agenda de reuniões das CIES para 2009. Nesta ocasião, consegui conversar apenas com a representante da CIES Grande Florianópolis, que me convidou para a última reunião da CIES realizada no mês de dezembro de 2008, da qual participei como ouvinte para ter uma noção de como ocorriam estes encontros.

No início da reunião, a articuladora me apresentou aos membros

da CIES como uma aluna do curso de doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina que pretendia desenvolver um projeto de pesquisa com a CIES no ano de 2009, e referiu que, naquele momento, eu estava participando da reunião como ouvinte. Por solicitação dos membros da CIES, falei brevemente sobre a minha intenção de pesquisa e disse-lhes que o projeto estava sendo elaborado, portanto, aceitava sugestões dos participantes. Os membros referiram que tinham interesse em participar do estudo, e tão logo eu tivesse o projeto concluído, poderia voltar a apresentá-lo e lhes fazer o convite oficial.

Em relação à CIES Carbonífera, o contato inicial ocorreu de modo diferente, pois não consegui contato em dezembro de 2008, e em janeiro de 2009 eu estava concluindo o projeto de tese, logo, não a procurei nesse período; em fevereiro, ela estava em férias e, nas primeiras semanas de março, não conseguimos agenda para marcar um encontro. Assim, agendei um encontro com a articuladora apenas no final do mês março de 2009. Neste encontro, estavam presentes a articuladora e mais duas participantes da CIES representantes da 21ª Gerência Regional de Saúde (GERSA).

Fui bem recebida, e, no início, apresentaram-se e disseram qual estrutura representavam na CIES. Como eu já havia qualificado o projeto de pesquisa no início de fevereiro de 2009, entreguei-lhes um resumo (Apêndice 3) e apresentei o projeto verbalmente. Neste momento, percebi, pelas expressões não verbais das participantes da reunião, que estavam “desconfiadas”. Inicialmente, fiquei em dúvida se era com a proposta, ou se era comigo. Pouco tempo depois, ficou claro que o fato de eu aparentar ser jovem e não ser natural da região foi um fator de pouca credibilidade para desenvolver um projeto na dimensão que estava lhes apresentando.

Conversamos sobre o projeto por cerca de 2h, e percebi que, inicialmente, elas fizeram uma análise da minha postura, segurança e conhecimento. Somente a partir do momento em que lhes contei minha trajetória acadêmica, referindo a minha idade e que o meu interesse em realizar um estudo na CIES Carbonífera era porque tinha familiares que viviam na cidade-sede, considerei que realmente foi possível estabelecermos um diálogo.

A partir do diálogo, percebi que elas estavam desmotivadas com o processo da CIES, disseram que nem sabiam se conseguiriam reunir o grupo no ano de 2009, pois, em 2008, o grupo considerou que estavam com poucas atividades e passaram a fazer reuniões bimensais e, nas últimas reuniões, poucas pessoas participaram. Continuei lhes

apresentando o projeto e aspectos da metodologia. Elas fizeram alguns questionamentos, buscando esclarecer dúvidas, principalmente, sobre a minha participação no processo e, durante o diálogo, concluíram que participar de um projeto como o que eu estava lhes propondo seria uma oportunidade de crescimento coletivo.

Neste diálogo, explicitarei a minha crença no fato de que estamos aprendendo e ensinando continuamente. Demonstrei a minha postura, ao agradecer à articuladora da CIES Carbonífera, pois, na reunião, ela salientou um aspecto proposto na PNEPS que eu não havia colocado a devida atenção ao formular o projeto. Devido a isso, busquei conhecer e estudar o significado e implicações de tal ação dentro da política, sendo que, posteriormente, essa ação fez parte das discussões dentro do contexto e do processo de desenvolvimento das CIES no período do trabalho de campo.

Ao final da reunião, as participantes consideraram que o convite para a CIES Carbonífera participar de um projeto de pesquisa poderia ser um fator de motivação aos membros. Assim, a articuladora referiu que convocaria uma reunião para o mês de abril para que eu apresentasse a proposta e fizesse o convite ao grupo.

O trabalho de campo foi desenvolvido no período de 11 de maio a 16 de dezembro de 2009. Na Tabela 5.1, é possível observar que, ao todo, participei de 16 encontros/reuniões<sup>40</sup> na CIES Grande Florianópolis, sendo que, em 5 encontros, ocorreram sessões da Investigação Temática, e nos demais estive presente como participante-observadora. Na CIES Carbonífera, participei de 17 encontros/reuniões<sup>6</sup>, e desses, em 6 encontros ocorreram atividades da Investigação Temática, e nos demais também estive como participante-observadora.

O tempo médio das reuniões gerais de trabalho das CIES era de 2 a 4 horas, e as sessões específicas dos Círculos de Investigação, desenvolvidas como pontos de pauta das reuniões, variaram de 1 a 3 horas. Esta variação de tempo das sessões deveu-se ao fato de que, em dois encontros da CIES Grande Florianópolis, após a articuladora passar os informes gerais, os demais pontos da pauta foram suspensos e reagendados em reunião extraordinária, para que a discussão realizada no Círculo de Investigação não fosse interrompida, logo, o tempo de encontro do Círculo ocupou grande parte do espaço da reunião. Porém, o tempo médio das demais sessões do Círculo de Investigação nas duas

---

<sup>40</sup> São consideradas as reuniões ordinárias e extraordinárias das CIES, as reuniões dos Grupos de Trabalho das CIES e as reuniões dos CGR que tiveram um número significativo de participantes da investigação presentes.

realidades foi de 1h30min.

**Tabela 5.1** – Número de sessões específicas do Círculo de Investigação para realização das etapas da Investigação Temática e de reuniões gerais das CIES em que estive presente como participante-observadora durante o estudo.

Período 2009	CIES Grande Florianópolis		CIES Carbonífera	
	Sessões Círculo de Investigação	Reuniões gerais de trabalho	Sessões Círculo de Investigação	Reuniões gerais de trabalho
Maio	1	1 * 2 ** 3 <sup>Ω</sup>	1	1 *
Junho		4 * 5 <sup>§</sup>		2 ** 3 *
Julho	2	6 * # 7 <sup>§</sup>	2	4 * 5 <sup>§</sup> 6 <sup>§</sup>
Agosto		8 * 9 <sup>§</sup>		7 <sup>§</sup> ** 8 <sup>§</sup> 9 *
Setembro	3	10 *	3	10 <sup>§</sup> 11 <sup>§</sup> 12 *
Outubro		11 <sup>§</sup> 12 * 13 ** #	4	13 <sup>§</sup> 14 *
Novembro	4	14 * 15 <sup>Ω</sup>	5	15 * 16 **
Dezembro	5	16 *	6	17 *

- Notas:
- \* Reuniões Ordinárias das CIES.
  - \*\* Reuniões Extraordinárias das CIES.
  - <sup>§</sup> Reunião dos Grupos de Trabalho das CIES
  - <sup>Ω</sup> Reuniões do CGR em que, além da articuladora, outros membros da CIES participaram da Investigação Temática estiveram presentes.
  - # Reunião em que, após os informes gerais, foram suspensos os demais itens de pauta, realizando-se exclusivamente a atividade do Círculo de Investigação.

Como os encontros da Investigação Temática ocorreram nos mesmos dias das reuniões de trabalho das CIES, o espaço de realização dos encontros dos Círculos de Investigação foram:

- a) CIES Grande Florianópolis: Escola de Formação em Saúde, definida no regimento interno como sendo a secretaria executiva da CIES;
- b) CIES Carbonífera: inicialmente, na sala compartilhada de reuniões da CIES, que se localiza na 21ª Regional de Saúde do Estado. Após, a partir

do diálogo em grupo, a articuladora da CIES propôs que as reuniões ordinárias fossem realizadas de modo itinerante, deixando este espaço específico apenas para as reuniões extraordinárias, sendo que, a cada mês, um município que participa da CIES sediaria a reunião. Esta sugestão foi discutida pelos membros da CIES e foi aceita e, a partir da reunião de junho, os encontros ocorreram desse modo.

Os locais em ambas CIES eram apropriados para encontros dessa natureza, visto que eram ambientes climatizados, com um número necessário de cadeiras que podiam ser dispostas em círculo de modo a acomodar todos os participantes. Tinham recursos audiovisuais, dos quais fiz uso sempre que rerepresentava as informações que haviam sido dialogadas nas sessões específicas da Investigação Temática. Ainda, os ambientes possuíam um tamanho apropriado, de forma que dois gravadores digitais conseguiram registrar os diálogos realizados nos encontros das CIES, e, em todos os encontros, foi servido um lanche aos participantes.

Ainda, com a autorização do Diretor da DEPS/SES/SC e do Coordenador da DEP/SES/SC, estive presente como participante-observadora em quatro (4) reuniões do Fórum Estadual das CIES de Santa Catarina (atual CIES Estadual) e na Oficina Estadual para Elaboração do Plano de Ação Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), que ocorreu em julho de 2009, espaços em que estiveram presentes membros de todas as CIES do Estado, incluindo as CIES participantes do estudo.

### 5.3 PARTICIPANTES DA INVESTIGAÇÃO TEMÁTICA

Uma vez que assumi trabalhar com as duas CIES, o passo seguinte foi convidar oficialmente todos os seus integrantes/membros a participarem da Investigação Temática.

O convite ocorreu de modo formal nas reuniões ordinárias no mês de abril de 2009, na CIES Grande Florianópolis e na CIES Carbonífera. Nestas reuniões, apresentei-me aos membros das CIES como Doutoranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, referindo os nomes dos meus orientadores. Verbalizei que estava nas reuniões para convidá-los a participarem da investigação como sujeitos ativos do processo. Na CIES Carbonífera, estavam presentes vinte e dois (22) membros da CIES e seis (6) membros do Colegiado de Gestão Regional (CGR). Na CIES Grande



Florianópolis, participaram da reunião nove (9) membros, sendo que entre eles um (1) era representante do CGR.

A estrutura de apresentação ocorreu igual em ambas CIES. Entreguei um resumo (Apêndice 3) e apresentei o projeto na forma oral aos participantes das reuniões. Na sequência, abri para esclarecimentos de dúvidas. Os membros das CIES questionaram principalmente sobre a minha participação no processo, referi que estaria com eles em todas as ações que envolvessem as CIES e participaria ativamente das reuniões. Ainda, destaquei a necessidade de realizarmos encontros específicos para desenvolver etapas da investigação e, em outros momentos, estaria como participante-observadora das reuniões e atividades da CIES.

Após esclarecer as dúvidas, em ambas as reuniões, disse que poderia sair da sala caso quisessem discutir a participação da CIES na pesquisa, mas os membros disseram que não havia necessidade. Nas duas realidades, os presentes começaram a se manifestar, referindo que certamente seria um grande ganho para a CIES participarem do estudo, seria um processo de aprendizagem para todos, que o referencial de Freire sempre proporciona reflexões para mudança da realidade e isso seria bom, inclusive houve depoimentos que referiram que, por conhecer pessoalmente minha orientadora e livros do meu coorientador, certamente a proposta que eu estava apresentando seria importante para o crescimento coletivo do grupo.

As articuladoras das duas realidades manifestaram-se, apoiando a participação das CIES na pesquisa. Outro apoio importante foi a presença do coordenador da Divisão de Educação Permanente da SES/SC, que estava em ambas as reuniões para falar sobre os recursos financeiros referentes aos anos de 2007/2008 e salientou a importância e os ganhos que as CIES recebem ao participar de projetos da natureza do qual eu estava propondo.

A CIES Grande Florianópolis, em maio de 2009, estava constituída teoricamente por vinte e dois (22) sujeitos sociais entre titulares e suplentes, enquanto que a CIES Carbonífera estava composta teoricamente por quarenta e dois (42) sujeitos sociais entre titulares e suplentes.

As Tabelas 5.2 e 5.3 apresentam o codinome dos participantes da pesquisa em cada CIES, a estrutura organizativa que representam, o sexo, a formação, a posição que ocupam nas CIES e a data de início de suas atividades junto as CIES. Nos referidos quadros, é possível perceber que, ao total, vinte e um (21) membros da CIES Grande Florianópolis e trinta e cinco (35) membros da CIES Região Carbonífera aceitaram participar da Investigação Temática.

**Tabela 5.2** – Características dos participantes da pesquisa na CIES Grande Florianópolis.

Representação	Codinome	Sexo	Formação	Posição na CIES	Data Início na CIES
<b>GESTÃO*</b>					
	1. Stephania	Fem.	Direito	Titular	Mar./2009
	2. Rosi	Fem.	Enfermagem	Titular	Jun./2008
	3. Marisa	Fem.	Enfermagem	Suplente	Jun./2008
	4. Sérgio	Masc.	Administração	Suplente	Mai./2009
	5. Paulo	Masc.	Enfermagem	Suplente	Mai./2009
<b>CONTROLE SOCIAL</b>					
	6. Karina	Fem.	Enfermagem	Titular	Mai./2009
	7. Mathias	Fem.	Enfermagem	Titular	Jun./2008
	8. Flôr	Fem.	Enfermagem	Suplente	Mai./2009
	9. Consuelo	Fem.	Enfermagem	Suplente	Ago./2009
<b>SERVIÇO</b>					
	10. Fátima	Fem.	Administração	Titular	Jun./2008
	11. Zenira	Fem.	Enfermagem	Titular	Jun./2008
	12. Fabi	Fem.	Enfermagem	Titular	Set./2009
	13. Cristal	Fem.	Enfermagem	Titular	Ago./2009
	14. Wal	Fem.	Educação	Titular	Ago./2009
	15. Bárbara	Fem.	Enfermagem	Titular	Ago./2009
<b>ENSINO***</b>					
	16. Sueli	Fem.	Administração	Titular	Jun./2008
	17. Greice	Fem.	Fisioterapia	Titular	Ago./2009
	18. Rita	Fem.	Fisioterapia	Titular	Jun./2009
	19. Chaves	Fem.	Enfermagem	Suplente	Jun./2008
	20. Alice	Fem.	Fisioterapia	Suplente	Ago./2009
	21. Stella	Fem.	Fisioterapia	Suplente	Ago./2009

Notas: \* Há representantes do CGR, 18ª Regional de Saúde.

\*\*\* Há representantes de Escolas de Ensino Técnico, Instituições de Ensino Superior Pública e Privadas.

**Tabela 5.3** - Característica dos participantes da pesquisa na CIES Carbonífera.

Representação	Codinome	Sexo	Formação	Posição na CIES	Data Início na CIES
<b>GESTÃO*</b>					
	1. Larissa	Fem.	Enfermagem	Titular	Jan./2008
	2. Margarete	Fem.	Ciências Contábeis	Titular	Jan./2008
	3. Silvia	Fem.	Serviço Social	Titular	Jan./2008
	4. Rose	Fem.	Administração	Titular	Jan./2008
	5. Cíntia	Fem.	Enfermagem	Titular	Mar./2008
	6. Carolina	Fem.	Enfermagem	Suplente	Jun./2009
	7. Samantha	Fem.	Enfermagem	Suplente	Abr./2009
	8. Cristina	Fem.	Enfermagem	Suplente	Jan./2008
	9. Leticia	Fem.	Enfermagem	Suplente	Abr./2009
	10. Café	Fem.	Enfermagem	Suplente	Abr./2009
<b>CONTROLE SOCIAL</b>					
	11. Morgana	Fem.	Ensino Médio	Titular	Jan./2008
<b>SERVIÇO</b>					
	12. Ana	Fem.	Enfermagem	Titular	Jun./2009
	13. Jonana	Fem.	Enfermagem	Titular	Mar./2008
	14. Carlos	Masc.	Odontologia	Titular	Jan./2008
	15. Diego	Masc.	Odontologia	Titular	Jan./2008
	16. Mel	Fem.	Enfermagem	Titular	Jan./2008
	17. Greice	Fem.	Enfermagem	Titular	Jan./2008
	18. Bimba	Masc.	Enfermagem	Titular	Jan./2008
	19. Juliane	Fem.	Enfermagem	Titular	Ago./2009
	20. Nina	Fem.	Enfermagem	Titular	Ago./2009
	21. Diana	Fem.	Serviço Social	Titular	Mar./2008
	22. Norma	Fem.	Enfermagem	Titular	Jan./2008
	23. Margarida	Fem.	Serviço Social	Suplente	Mar./2008
	24. Morango	Fem.	Enfermagem	Suplente	Jun./2009
	25. Fran	Fem.	Enfermagem	Suplente	Jan./2008
	26. Estrela	Fem.	Farmácia	Suplente	Abr./2009
	27. Lulu	Fem.	Serviço Social	Suplente	Mar./2008
	28. Titi	Fem.	Enfermagem	Suplente	Jun./2009
	29. Veneza	Fem.	Serviço Social	Suplente	Jan./2008
	30. Jailson	Masc.	Administração	Suplente	Mar./2009
<b>ENSINO**</b>					
	31. Leila	Fem.	Administração	Titular	Jan./2008
	32. Lu	Fem.	Enfermagem	Titular	Jan./2008
	33. Karla	Fem.	Enfermagem	Titular	Abr./2009
	34. Gladys	Fem.	Serviço Social	Suplente	Jan./2008
	35. Luana	Fem.	Enfermagem	Suplente	Mar./2008

Notas: \* Há representantes de Instituições Hospitalares, 21ª Regional de Saúde.

\*\* Há representantes de Escola de Ensino Técnico Privada, Instituições de Ensino Superior Privadas.

No entanto, nas duas CIES, as sessões específicas dos Círculos de Investigação em que foram realizadas as etapas da Investigação Temática não tiveram a presença de todos os membros que aceitaram participar da pesquisa, conforme pode ser observado nas Tabelas 5.4, 5.5 e 5.6.

**Tabela 5.4** - Número total de participantes dos Círculos de Investigação nas sessões específicas em que foram realizadas as etapas da Investigação Temática.

Sessão	Número de participantes CIES	Número de participantes CIES
	Grande Florianópolis	Carbonífera
1	8	12
2	7	13
3	15	17
4	8	16
5	9	11
6	N.A.*	10

Notas: \*N.A. = não se aplica, visto que, na CIES Grande Florianópolis, só ocorreram cinco sessões referentes às etapas da Investigação Temática.

**Tabela 5.5** - Participação dos membros da CIES Grande Florianópolis nas sessões específicas em que foram realizadas as etapas da Investigação Temática.

Codinomes	Sessão				
	1	2	3	4	5
Sueli	✓	✓	✓	✓	✓
Karina	✓	✓	✓	✓	✓
Flôr	✓	✓	✓	✓	✓
Fátima	✓	✓	✓		✓
Paulo	✓	✓		✓	
Mathias		✓	✓	✓	
Rosi	✓		✓		✓
Fabi			✓	✓	✓
Bárbara			✓	✓	✓
Rita			✓	✓	
Wal			✓		✓
Stephania		✓			
Marisa			✓		
Sérgio	✓				
Consuelo			✓		
Cristal					✓
Greice			✓		
Chaves	✓				
Alice			✓		
Stella			✓		
Zenira*					

Notas: \* Membro da CIES que assinou o TCLE da Pesquisa, esteve presente nas reuniões de trabalho em que a pesquisadora-mediadora estava como participante-observadora, porém não participou de nenhum encontro específico das etapas da Investigação Temática.

**Tabela 5.6** - Participação dos membros da CIES Carbonífera nas sessões específicas em que foram realizadas as etapas da Investigação Temática.

CIES Carbonífera	Sessão					
	1	2	3	4	5	6
<b>Codinomes</b>						
Margarete	✓		✓	✓	✓	✓
Titi		✓	✓	✓	✓	✓
Silvia		✓	✓	✓		✓
Café	✓	✓	✓	✓		
Ana		✓	✓		✓	✓
Carlos		✓	✓	✓	✓	
Mel		✓	✓		✓	✓
Nina			✓	✓	✓	✓
Lulu			✓	✓	✓	✓
Leila	✓	✓		✓	✓	
Estrela		✓		✓		✓
Gladys	✓		✓			✓
Norma				✓	✓	
Cinthia		✓	✓			
Samantha		✓	✓			
Diego	✓	✓				
Greice	✓		✓			
Bimba	✓	✓				
Juliane			✓	✓		
Veneza				✓	✓	
Jailson	✓	✓				
Lu	✓		✓			
Jonana			✓	✓		
Rose						✓
Cristina			✓			
Leticia					✓	
Margarida	✓					
Morango				✓		
Fran	✓					
Carolina				✓		
Karla	✓					
Luana				✓		
Larissa*						
Morgana*						
Diana*						

Notas: \* Membros da CIES que assinaram o TCLE da pesquisa, estiveram presentes nas reuniões de trabalho em que a pesquisadora-mediadora estava como participante-observadora, porém não participaram de nenhum encontro específico das etapas da Investigação Temática.

Os Círculos de Investigação pelos quais foi realizado o estudo nas duas CIES eram dinâmicos, ou seja, ao longo de todo o período de coleta de informações, aceitaram a inclusão de novos participantes. No entanto, como pode ser observado nas Tabelas 5.5 e 5.6, nove (9) participantes da CIES Grande Florianópolis e doze (12) participantes da CIES Carbonífera estiveram presentes em no mínimo três sessões da Investigação Temática.

Ainda, a Tabela 5.4 nos mostra que as sessões específicas para desenvolver as etapas da Investigação Temática tiveram uma participação média de nove (9) membros da CIES Grande Florianópolis e de treze (13) membros na CIES Carbonífera, o qual cumpre com o definido por Freire (2005a) em relação ao número de participantes para realização de Círculos de Investigação.

A Tabela 5.7 apresenta o número de participação total dos membros das duas CIES nos diferentes momentos de coleta das informações, ou seja, a participação nas reuniões gerais de trabalho das CIES e nas sessões específicas em que se desenvolveram as etapas da Investigação Temática.

**Tabela 5.7** – Número total de participações dos membros das CIES nas sessões específicas do Círculo de Investigação e nas reuniões gerais.

(continua)

<b>CIES Grande Florianópolis</b>		
	<b>Participação Sessões do Círculo de Investigação*</b>	<b>Participação Reuniões Gerais da CIES**</b>
<b>Codinomes</b>		
Sueli	5	15
Karina	5	13
Flôr	5	14
Fátima	4	13
Paulo	3	8
Mathias	3	7
Rosi	3	6
Fabi	3	7
Bárbara	3	7
Rita	2	7
Wal	2	4
Stephanía	1	5
Marisa	1	4
Sérgio	1	3
Consuelo	1	5
Cristal	1	6
Greice	1	3
Chaves	1	7
Alice	1	4
Stella	1	3
Zenira	0	2
<b>CIES Carbonífera</b>		
	<b>Participação Sessões do Círculo de Investigação<sup>§</sup></b>	<b>Participação Reuniões Gerais da CIES<sup>#</sup></b>
<b>Codinomes</b>		
Margarete	5	10
Titi	5	9
Silvia	4	11
Café	4	8
Ana	4	9
Carlos	4	5
Mel	4	11
Nina	4	4
Lulu	4	4
Leila	4	6
Estrela	3	10
Gladys	3	12
Norma	2	3
Cinthia	2	2
Samantha	2	4

**Tabela 5.7** – Número total de participações dos membros das CIES nas sessões específicas do Círculo de Investigação e nas reuniões gerais.

(conclusão)

<b>CIES Carbonífera</b>		
	<b>Participação Sessões do Círculo de Investigação<sup>§</sup></b>	<b>Participação Reuniões Gerais da CIES<sup>#</sup></b>
Diego	2	6
Greice	2	3
Bimba	2	7
Juliane	2	3
Veneza	2	5
Jailson	2	5
Lu	2	7
Jonana	2	3
Rose	1	4
Cristina	1	5
Leticia	1	2
Margarida	1	1
Morango	1	1
Fran	1	3
Carolina	1	1
Karla	1	7
Luana	1	4
Larissa	0	2
Morgana	0	1
Diana	0	2

Notas: \* Ao todo ocorreram 5 encontros do Círculo de Investigação para realização específica das etapas da Investigação Temática.

\*\* Ao todo ocorreram 16 reuniões de trabalho da CIES.

§ Ao todo ocorreram 6 encontros do Círculo de Investigação para realização específica das etapas da Investigação Temática.

# Ao todo ocorreram 17 reuniões de trabalho da CIES.

Entre os membros das CIES que aceitaram participar da Investigação Temática, mas tiveram sua participação limitada às sessões específicas do Círculo de Investigação, essa limitação ocorreu por distintos fatores, sendo eles:

a) os encontros do Círculo de Investigação ocorreram nos dias das reuniões de trabalho (ordinárias e extraordinárias) das CIES, desse modo, apenas um dos representantes (titular ou suplente) das diferentes estrutura/instituição/grupo participava das reuniões. Logo, foram poucas reuniões em que ambos os representantes estavam presentes, o que limitou a participação destes nas sessões específicas da Investigação Temática;



b) na CIES Grande Florianópolis, nas sessões 1 e 5, as atividades do Círculo de Investigação ficaram como último ponto de pauta na reunião, o que dificultou a permanência de alguns membros que aceitaram participar da pesquisa, mesmo que estes tivessem participado da parte inicial reunião da CIES. O mesmo ocorreu na CIES Carbonífera nas sessões 2 e 5 das atividades do Círculo de Investigação;

c) ao longo do trabalho de campo, ocorreram mudanças de algumas representações com incorporação de novos membros nas CIES. Isso fez com que algumas pessoas se inserissem nas atividades específicas da Investigação Temática a partir da terceira sessão, bem como outras participaram apenas das primeiras sessões, visto que saíram dessa representação. Entre os participantes da Investigação Temática, dez (10) membros ingressaram na CIES Grande Florianópolis durante o período de trabalho de campo e dois (2) saíram da representação. Na CIES Carbonífera, seis (6) ingressaram e seis (6) saíram da representação.

Desse modo, em todos os encontros específicos para as atividades da Investigação Temática, antes de iniciar a sessão, eu rerepresentava brevemente a proposta do estudo e resgatava os principais aspectos dialogados no encontro anterior para avançarmos na discussão. Ainda, em todas as reuniões das CIES em que havia a participação de novos membros, explicava a minha posição nas CIES, apresentava e entregava cópias do resumo do projeto de pesquisa e fazia o convite formalmente para os novos integrantes participarem dos Círculos de Investigação. Este movimento ocorreu até a terceira sessão específica do Círculo de Investigação na CIES Grande Florianópolis e até a quarta sessão na CIES Carbonífera. Após estas sessões, como estávamos no período final da Investigação Temática e não houve mudanças nas representações, foi possível desenvolver as sessões finais com o grupo que já estava constituído.

Independentemente do número de participações dos membros das CIES nas atividades da investigação temática, eles conseguiram desenvolver as atividades das distintas sessões, pois dialogavam e emitiam sua opinião sobre os assuntos que eram abordados nos Círculos de Investigação. Considero que esse envolvimento dos membros nas discussões foi possível porque eu tinha consciência da dinamicidade dos Círculos de Investigação, ou seja, que não havia uma garantia de que sempre as mesmas pessoas estariam presentes em todos os encontros das CIES. Logo, buscava estimular o diálogo entre os participantes, resgatando os aspectos que foram discutidos nos encontros anteriores das CIES.

Ao comparar as Tabelas 5.2 e 5.5, observando especificamente as

pessoas que participaram de apenas uma sessão específica da Investigação Temática, é possível perceber que, na CIES Grande Florianópolis, a posição que os membros ocupam de titular ou suplente não foi um fator determinante para a participação nos encontros. Registrei que a pouca participação desses membros nas atividades específicas do Círculo de Investigação ocorreu nas duas reuniões em que a Investigação Temática foi o último ponto de pauta, e outras vezes, os membros não participaram por motivos de incompatibilidade de agendas.

Fator diferente do que ocorreu na CIES Carbonífera, pois, ao comparar as Tabelas 5.3 e 5.6, é possível perceber que a maioria dos membros que participaram apenas de uma sessão da Investigação Temática ocupa a representação de suplentes na CIES, logo, participaram das reuniões em que o titular não pode estar presente. Considero que esse fato limitou a participação dos suplentes, pois nem sempre os dois representantes conseguiam sair de seus trabalhos para participar das reuniões das CIES, e conseqüentemente, das reuniões do Círculo de Investigação quando esse era ponto de pauta.

Cumprir destacar que essa dinamicidade dos Círculos de Investigação, em ambas as realidades, dificultou o desenvolvimento das sessões na Investigação Temática, no entanto, não impediu sua realização, visto sempre haver um número considerável de membros que participaram de no mínimo três momentos específico da investigação, como já apresentando anteriormente.

#### 5.4 COLETA E ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

A coleta das informações no trabalho de campo aconteceu a partir de uma adequação da proposta de Investigação Temática de Freire (2001, 2005a, 2006, 2007a). Como já explicado no referencial teórico-metodológico, a investigação iniciou com a composição do Círculo de Investigação Temática e foi estruturada em três etapas: a) Levantamento dos Temas Geradores; b) Codificação; e, c) Decodificação e Desvelamento Crítico da realidade. Cumprir destacar que estas etapas não ocorreram de modo estanque, pois foram se desenvolvendo articuladamente durante o trabalho de campo como pode ser observado na Figura 5.2.

Ao longo das etapas da Investigação Temática, foram utilizadas

diferentes técnicas/dinâmicas<sup>41</sup> para obtenção de informações, que serão apresentadas no momento em que descrevo cada etapa. No entanto, duas técnicas de coleta de informações foram empregadas predominantemente ao longo de todo o período de trabalho de campo, sendo elas a “observação participante” da pesquisadora- mediadora e o “diálogo em grupo”.

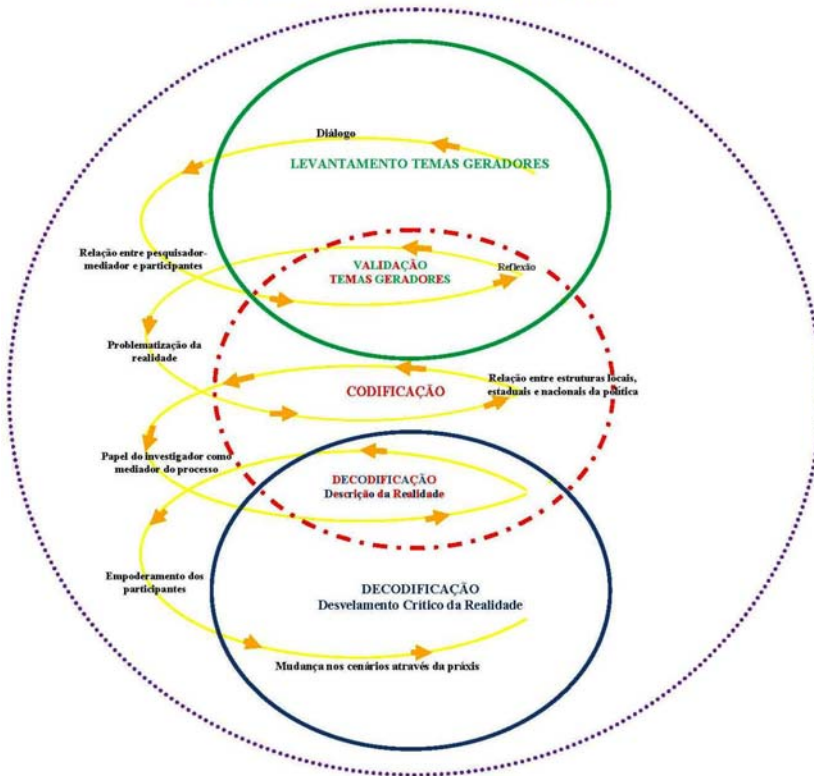
Independentemente da aplicação das etapas da Investigação Temática, estive presente, como participante-observadora<sup>42</sup>, em todos os momentos em que os membros da pesquisa se reuniram para trabalhar assuntos relativos às CIES como, por exemplo, reuniões ordinárias, extraordinárias e de grupos de trabalho das CIES, reuniões do Fórum das CIES do Estado de Santa Catarina (atual CIES Estadual) e oficinas, de modo a registrar o contexto e o processo de desenvolvimento de suas ações.

---

<sup>41</sup> Demo (1987, p. 124) apresenta que, entre as características da pesquisa participante construídas por Tandon (1982), encontra-se a possibilidade de “empregar métodos tradicionais na coleta de dados, mas enfatiza posturas qualitativas e hermenêuticas, e a comunicação interpessoal”, como imprescindíveis, pois, na pesquisa participante, tenta-se eliminar ou pelo menos reduzir as limitações da pesquisa tradicional.

<sup>42</sup> Na observação participante, a minha inserção no campo como pesquisadora-mediadora ocorreu como “participante-observadora”, que para Gold citado por Minayo (2004, p. 142), é aquela que “deixa claro para si e para o grupo sua relação como meramente de campo. A participação, no entanto, tende a ser a mais profunda possível através da observação informal, da vivência juntos de acontecimentos julgados importantes pelos [sujeitos] e no acompanhamento das rotinas cotidianas. A consciência, dos dois lados, de uma relação temporária (enquanto dura o trabalho de campo) ajuda a minimizar os problemas de envolvimento que inevitavelmente acontecem, colocando sempre em questão a suposta ‘objetividade’ nas relações” [grifo meu].

## CÍRCULO DE INVESTIGAÇÃO TEMÁTICA



**Figura 5.2:** Esquema teórico-metodológico do Círculo de Investigação e das etapas da Investigação Temática.

Para Freire (2001, 2005a, 2007a, 2007b), é necessário que, nos Círculos de Investigação, o diálogo entre os sujeitos ocorra de forma autêntica, por meio do reconhecimento do outro e de si no outro, pois este diálogo é compreendido como decisão e compromisso de colaborar na construção do mundo comum. Em alguns momentos, percebi que a autenticidade proposta por Paulo Freire era difícil de ocorrer nas reuniões de trabalho das duas CIES, porque as pessoas ponderavam o que falavam em um grupo e nem sempre verbalizavam tudo aquilo que pensavam. No entanto, com o passar dos encontros, notei que muitas coisas que eram comentadas entre poucos sujeitos, ao término das reuniões, começaram a ser discutidas na dinâmica da reunião, sendo

apresentadas a todos, gerando por vezes embates e discussões, mas, ao final, percebíamos como necessárias ao desenvolvimento das CIES.

Consciente de que, em pesquisas qualitativas do tipo pesquisa participante, o envolvimento entre os membros da investigação, tanto por meio da observação participante como dos diálogos em grupo, “em lugar de ser tomado como uma falha ou um risco comprometedor da objetividade é pensado como condição de aprofundamento de uma relação intersubjetiva” (MINAYO, 2004, p. 124), percebi meu envolvimento como uma condição importante para o êxito do trabalho de campo.

Constatai, ao longo dos sete meses em que estive em campo (maio a dezembro de 2009), que, para utilizar a técnica de participante-observador, precisei reunir certas condições, entre as quais, além de dispor dos órgãos sensoriais em perfeito estado, preparar-me teoricamente para fazer questionamentos sobre as realidades apresentadas, possuir sagacidade, curiosidade, persistência, paciência e um elevado grau de humildade, buscando atitudes autocorretivas e éticas, como Minayo (2004) salienta em sua obra.

Ainda, como a observação participante pode ser considerada parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa, foi indispensável percebê-la como um processo construído duplamente por mim enquanto pesquisadora-mediadora e pelos participantes da investigação. Nesta etapa, “os investigadores ora incidem sua visão crítica, observadora, diretamente, sobre certos momentos [do contexto], ora o fazem através de diálogos informais com [os sujeitos sociais]” (FREIRE, 2005a, p. 121) [grifo meu].

Vivenciei, no trabalho de campo, que a observação participante, como uma técnica utilizada em pesquisas qualitativas, não é neutra. Assim, tenho consciência de que os registros subjetivos realizados em diários de campo das observações participantes dos dezesseis (16) encontros da CIES Grande Florianópolis, dezessete (17) encontros da CIES Carbonífera, quatro (4) reuniões do Fórum Estadual das CIES e uma (1) Oficina Estadual para Elaboração do PEEPS, sempre estiveram permeados pelos meus esquemas teóricos, preconceitos e pressupostos enquanto pesquisadora-mediadora.

Essa postura também foi ratificada pelo referencial dialógico adotado neste estudo, pois o processo de participante-observadora dos aspectos objetivos foi controlado apenas parcialmente por mim como pesquisadora-mediadora, uma vez que foi marcado pelos próprios referenciais dos participantes dos Círculos de Investigação, que foram expressos nos diálogos em grupo e nas posturas que assumiam perante o

grupo.

Tanto nas reuniões de trabalho como os encontros específicos em que foram realizadas as etapas da Investigação Temática, fiz uso de dois gravadores digitais que foram acionados em treze (13) reuniões/encontros em ambas as CIES. Os demais encontros não foram gravados pelos seguintes motivos: a) maior parte das pessoas que estavam na reunião/encontro não era participante da pesquisa; b) eram reuniões com advogados para discutir aspectos burocráticos de financiamento de projetos, nas quais não fui autorizada a gravar. Ainda, pelo motivo da maioria dos participantes dos encontros não fazer parte da investigação, também não gravei as reuniões do Fórum das CIES do Estado de SC, nem a Oficina estadual para elaboração do PEEPS. Assim, fiz apenas uma descrição, mais detalhada possível, em diário de campo, dos aspectos objetivos e subjetivos desses encontros em que não foi possível gravar.

Nos encontros/reuniões que obtive autorização dos participantes para gravar, conforme será apresentado em detalhes no item sobre as dimensões éticas do estudo, optei em fazer os registros em diário de campo no formato de narrativas-descritivas. Tais registros foram organizados em arquivos no Microsoft Word®, nos quais expus especificamente os aspectos objetivos das informações obtidas no trabalho de campo, descritas inicialmente em cadernos de notas específicos utilizados durante as reuniões/encontros em cada CIES, bem como apresentei os diálogos literais dos participantes da investigação transcritos das gravações.

Descrevi as minhas impressões pessoais sobre os aspectos subjetivos vivenciados no trabalho de campo em arquivos separados dos aspectos objetivos. Esta decisão deve-se ao fato de que, na sequência das etapas da Investigação Temática, após compilação e organização, eu devolvia aos participantes as informações vivenciadas por eles e descritas por mim, de forma que apreciassem, validassem, analisassem, refletissem e discutissem sobre os aspectos que se apresentavam, emergindo da análise temas centrais – temas geradores – que seriam trabalhadas nas etapas seguintes do Círculo de Investigação. Desse modo, evitei que as ações e discussões dos participantes da Investigação Temática fossem influenciadas pelas minhas observações subjetivas do processo, pois os temas que deveriam ser discutidos nos Círculos de Investigação eram os aspectos apresentados pelos próprios participantes da investigação, conforme proposto pelo referencial teórico-metodológico do estudo (FREIRE, 2005a).

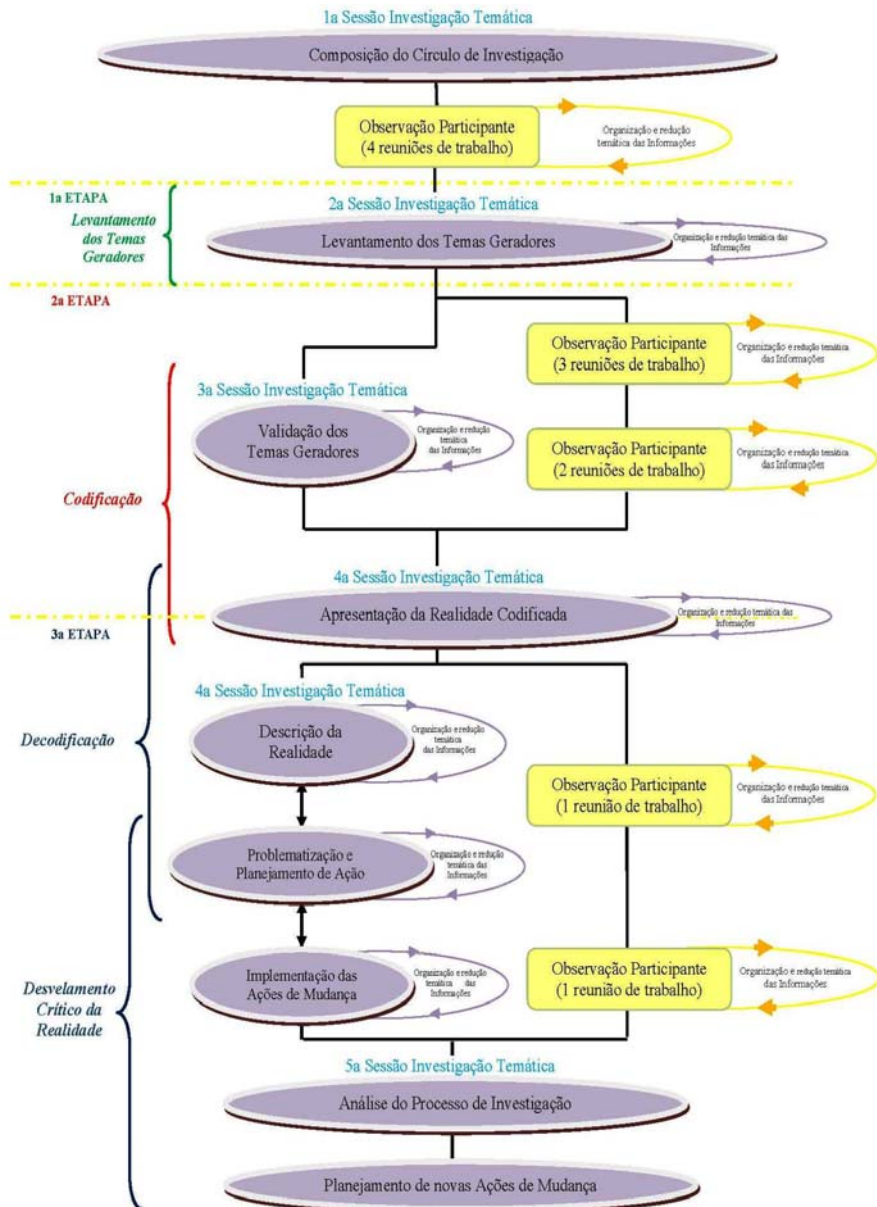
Para conseguir registrar informações pertinentes ao foco da

investigação, através da observação participante, fiz uso de um guia de observação participante (Apêndice 2), o qual estava fixado na contracapa dos cadernos de notas das distintas CIES e me facilitou a percepção da realidade.

Outra forma de coleta de informações ocorreu através de registros feitos pelas articuladoras das CIES. No entanto, explicito que se tratou de informações que considerei secundárias, as quais serviram basicamente para retificar algumas informações coletadas nas etapas da Investigação Temática e/ou nos momentos exclusivos de observação participante e diálogos em grupo como, por exemplo, o número exato de participantes da CIES e suas representatividades, nomes de instituições e cidades que compõem as CIES, número de participantes das reuniões ou encontros, entre outras informações dessa natureza.

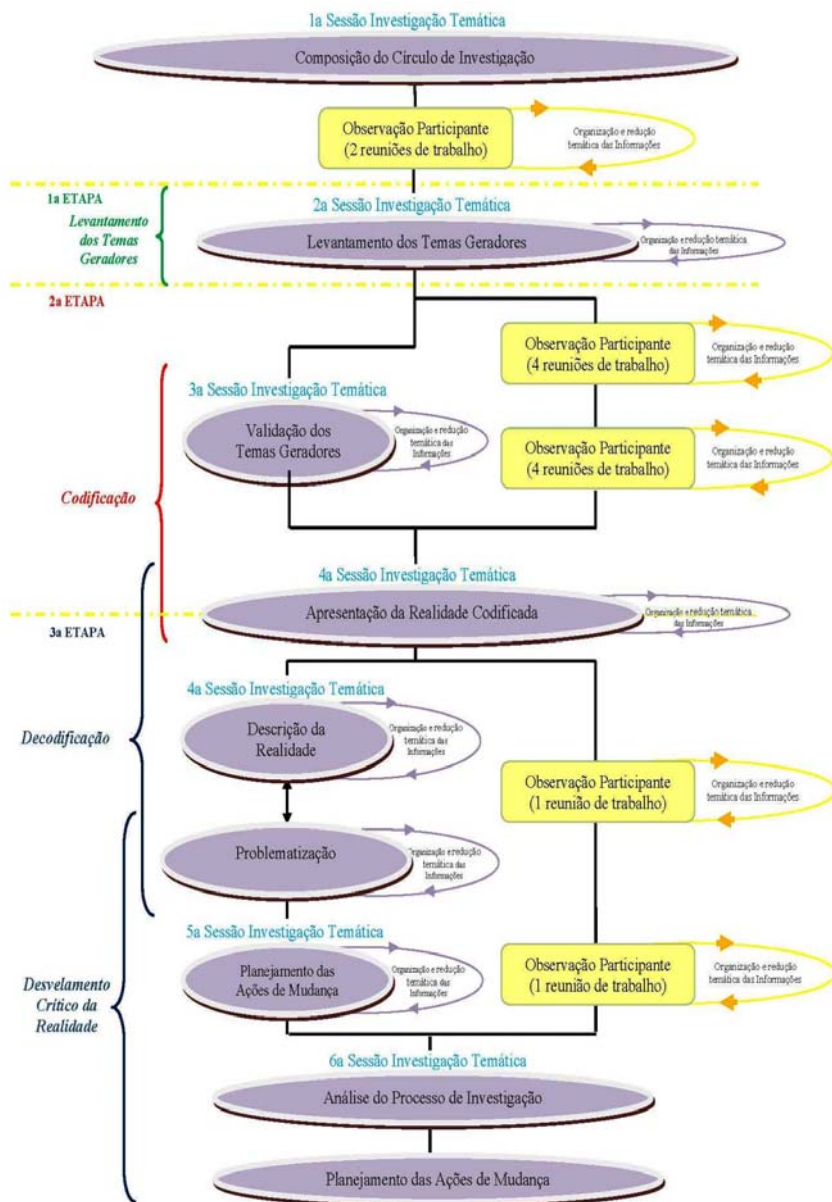
Todavia, os materiais documentados (planos, projetos, cartazes, entre outros) “produzidos” pelos participantes no Círculo de Investigação foram todos arquivados em pastas no computador, ou aqueles que tinham exclusivamente apresentação impressa, em pastas-arquivo. Cumpre destacar que estes documentos sempre foram discutidos no Círculo de Investigação, tanto nos encontros específicos de desenvolvimento da Investigação Temática quanto nas reuniões ordinárias, extraordinárias e dos grupos de trabalho das CIES em que estive presente como participante-observadora.

A seguir, descrevo como foram desenvolvidas as etapas da Investigação Temática. As Figuras 5.3 e 5.4 apresentam de forma esquemática os passos realizados no desenvolvimento da Investigação Temática na CIES Grande Florianópolis e Carbonífera, respectivamente.



**Figura 5.3:** Esquema metodológico dos passos realizados para o desenvolvimento da Investigação Temática na CIES Grande Florianópolis.





**Figura 5.4:** Esquema metodológico dos passos realizados para o desenvolvimento da Investigação Temática na CIES Carbonífera.

### 5.4.1 Composição do Círculo de Investigação

A composição dos Círculos de Investigação que ocorreu na reunião ordinária de trabalho, no mês de maio de 2009, nos diferentes contextos das CIES Grande Florianópolis e Carbonífera, oficializou o início do meu trabalho de campo para coleta de informações. Tal organização se constituiu como o último ponto de pauta na CIES Grande Florianópolis e como o primeiro ponto de pauta na CIES Carbonífera. Desse modo, como pesquisadora-mediadora, propus a composição dos Círculos e participei formalmente das reuniões ordinárias como participante-observadora.

Os Círculos de Investigação foram constituídos a partir do momento em que entreguei o resumo (Apêndice 3) e rerepresentei<sup>43</sup> a proposta de investigação aos membros das CIES que aceitaram participar do estudo. Ainda, entreguei o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Consentimento para uso de Imagens (TCI) (Apêndice 4), sendo que os participantes leram e, após esclarecerem algumas dúvidas, ratificaram formalmente sua participação como membros da investigação, assinando os termos de consentimentos.

Neste primeiro encontro de composição dos Círculos de Investigação, estavam presentes nove (9) participantes na CIES Grande Florianópolis e doze (12) na CIES Carbonífera. Para a formação do Círculo de Investigação, utilizei como ferramenta uma dinâmica (Apêndice 5) de apresentação pessoal e pactuação de um “contrato do Círculo de Investigação”, em que participei em ambas realidades.

Elaborei esta dinâmica junto com a minha orientadora com o objetivo de proporcionar uma aproximação entre os participantes, por meio do conhecimento de aspectos pessoais que normalmente não são falados em ambientes dessa natureza, mas, principalmente, para criar um espírito de envolvimento e responsabilidade com o Círculo de Investigação que foi instituído por meio de um “contrato” entre seus membros. Considero que consegui atingir o objetivo de aproximação dos membros da CIES, porém o objetivo de envolvimento com a pesquisa não percebi como algo instituído neste primeiro momento, logo, precisei resgatar esse “contrato” de responsabilidade nos dois encontros subsequentes, nos distintos Círculos de Investigação em que

---

<sup>43</sup> Refiro-me a re-apresentar, visto que o projeto foi apresentado formalmente aos membros das CIES nas reuniões no mês de abril, nas quais realizei o convite oficial aos participantes e solicitei a Declaração de Anuência e Autorização da Instituição.

foram desenvolvidas etapas da Investigação Temática.

A dinâmica de apresentação pessoal e pactuação do “contrato do grupo” ocorreu da seguinte forma nas duas realidades:

a) os participantes receberam uma folha com frases para serem completadas sobre aspectos pessoais que refletem um pouco da personalidade dos participantes. Também havia duas frases específicas sobre qual a “pretensão” do membro da CIES em estar participando da investigação e o que não podia ser esquecido no “contrato” que estávamos firmando no encontro. Ainda, havia uma frase perguntando quem os participantes indicavam como auxiliares da pesquisa. Neste primeiro momento, os membros das CIES completaram individualmente os aspectos que as frases solicitavam;

b) depois que todos preencheram, eu como pesquisadora-mediadora, solicitei aos participantes que livremente apresentassem o que responderam, sendo que fui a última a apresentar o que havia preenchido. O fato de ter participado da dinâmica gerou comentários positivos entre os membros das CIES, pois referiram que era muito bom conhecer informações pessoais sobre a pesquisadora-mediadora, visto que iríamos conviver até o final do ano de 2009. A participação me proporcionou uma aproximação e interação positiva com os integrantes do Círculo de Investigação;

c) no terceiro momento da dinâmica, os participantes em ambas as CIES indicaram, entre os membros que aceitaram participar da Investigação Temática, aqueles que seriam os “auxiliares da investigação”<sup>44</sup>. Na CIES Grande Florianópolis, dois membros foram indicados e, na CIES Carbonífera, quatro participantes foram indicados, e todos aceitaram assumir esta função na Investigação Temática.

Ao final da dinâmica, combinamos que eu iria copilar as respostas de todos os membros de modo a formar um documento único, o qual seria o nosso “contrato do Círculo de Investigação” e seria entregue aos participantes na próxima sessão específica da Investigação Temática. Neste momento, os participantes relataram que consideraram

---

<sup>44</sup> Os auxiliares da Investigação Temática foram os membros das duas CIES que se responsabilizaram por me apresentar informações sobre a estrutura técnico-burocrática das CIES, os documentos que julgaram importante eu conhecer, como atas do ano de 2008, e ainda, dispuseram-se a me relatar como as CIES desenvolveram suas atividades no ano anterior, para que eu compreendesse melhor o momento que estavam vivendo no ano do trabalho de campo. Dispuseram-se a me auxiliar no que fosse necessário para a pesquisa, assim, sempre que necessitava de informações técnicas sobre alguns termos que eu não compreendia e que foram referidos pelos participantes das reuniões, recorria a esses sujeitos para que me explicassem, por exemplo, organização das estruturas administrativas do Estado de Santa Catarina e dos municípios que integravam as CIES, inclusive dos CGR.

a dinâmica muito boa, pois fez com que refletissem sobre aspectos pessoais em que normalmente não param para pensar, bem como conhecer os colegas da CIES de um modo menos formal, além de assumirem uma postura distinta nas CIES, pois verbalizaram o que pretendiam neste grupo e o que estavam assumindo junto aos demais membros das CIES.

Com os relatos que ocorreram no final da dinâmica, percebi que houve um envolvimento diferente entre as pessoas que participaram. Inclusive em relação à minha posição dentro das CIES, pois o fato de ter participado ativamente desse momento facilitou o estabelecimento da minha relação como participante-observadora junto aos Círculos de Investigação das CIES, sendo que foi o primeiro movimento que realizei para conseguir assumir uma posição de participante junto às diferentes realidades.

Ainda, ao final da sessão, pactuamos que os encontros específicos para desenvolver as etapas da Investigação Temática seriam realizados nos mesmos dias das reuniões ordinárias ou extraordinárias das CIES, sendo que as sessões específicas para desenvolver as etapas da Investigação Temática foram apresentadas como pontos de pauta das reuniões durante todo o processo de coleta das informações. Ainda, ficou estabelecido que o principal meio de comunicação dos participantes dos Círculos de Investigação seria via e-mail.

Encerrei as sessões de formação dos Círculos de Investigação nas duas CIES, dizendo que a partir da formação desses círculos, os participantes da investigação estavam assumindo um compromisso com todos os membros dos círculos e não apenas comigo. Logo, como explicitado ao assinarem os termos de consentimento para a pesquisa, eles eram livres para desistir a qualquer momento de participar da investigação, no entanto, deveriam comunicar todo o grupo sobre a sua desistência.

O fato de pactuarmos a realização dos encontros da Investigação Temática no mesmo dia das reuniões da CIES deixou-me preocupada, pois tinha receio de não conseguir desenvolver as etapas da pesquisa, visto que normalmente as reuniões de trabalho das CIES duravam cerca de 3 a 4 horas. Porém, os participantes verbalizaram que seria impossível dispor de mais um dia em suas agendas para participar exclusivamente de um encontro de pesquisa, desse modo, aceitei prontamente a proposta.

Frente a essa situação, considero que os auxiliares da investigação tiveram uma função primordial em ambas as CIES, uma vez que prestaram apoio incondicional para que os momentos destinados

à realização das etapas da Investigação Temática fossem cumpridos pelos Círculos de Investigação, pois os auxiliares sempre lembravam o grupo do compromisso que assumiram em participar ativamente do estudo. Com esse apoio, consegui realizar as etapas da Investigação Temática dentro das reuniões das CIES sem maiores problemas.

#### **5.4.2 Levantamento dos Temas Geradores**

Entre o encontro de composição do Círculo de Investigação e o encontro de Levantamento dos Temas Geradores, ocorreram quatro (4) reuniões gerais de trabalho na CIES Florianópolis e duas (2) reuniões gerais de trabalho da CIES Carbonífera, nas quais estabeleci uma relação mais de observadora do que de participante (Figuras 5.3 e 5.4). Essa minha postura nas reuniões iniciais deveu-se ao fato de que procurei interferir o mínimo possível nos aspectos de andamento das CIES, sendo que me manifestei apenas quando havia uma solicitação dos membros sobre a minha opinião a respeito do que estava sendo discutido.

A minha intenção, neste momento inicial da Investigação Temática, foi manter uma postura de descrever objetivamente o processo que estava observando nas reuniões, de modo que essa descrição da realidade iria ser utilizada para desencadear a dinâmica de Levantamento dos Temas Geradores na primeira etapa da Investigação Temática. Assim, evitei apresentar a minha interpretação dos processos que eu estava observando, bem como limitei a minha interferência verbal nas ações que estavam sendo realizadas.

Não tenho como afirmar que não houve nenhuma interferência, visto que a minha presença não era neutra no processo, pois estava me inserindo na realidade das diferentes CIES, logo, muitas das ações que estavam sendo desenvolvidas nas reuniões das CIES poderiam estar ligadas ao fato de estarem participando de uma investigação. No entanto, devido às demais etapas que seriam vivenciadas da Investigação Temática, considero que essa postura de alguns participantes não interferiu de forma a “mascarar” uma informação que pudesse ser constatada e analisada ao longo do estudo.

Nestas reuniões de trabalho que ocorreram entre as etapas específicas da Investigação Temática, sempre me apresentei aos membros das CIES que estavam participando pela primeira vez no ano nas duas comissões como pesquisadora-mediadora participante-

observadora. Também apresentei o projeto de investigação, entregando cópia do resumo e fazendo o convite a participarem da investigação. Nas quatro reuniões da CIES Grande Florianópolis que ocorreram antes do levantamento dos temas geradores, apenas dois (2) membros ingressaram na investigação, já nas duas reuniões da CIES Carbonífera dez (10) membros aceitaram participar da investigação, sendo que todos assinaram os termos de consentimentos.

A etapa de Levantamento dos Temas Geradores foi ponto de pauta da 6ª reunião da CIES Grande Florianópolis e na 4ª reunião da CIES Carbonífera, como pode ser observado na Tabela 5.1. Apenas a partir dessa etapa consegui estabelecer uma relação efetiva de participante-observadora junto aos Círculos de Investigação das CIES. Observei que, com as dinâmicas propostas, iniciei o que considero ter sido minha maior contribuição junto às CIES, enquanto pesquisadora-mediadora, pois comecei a questionar os participantes da investigação, sendo que tais perguntas ocorriam tanto nos encontros das reuniões gerais de trabalho das CIES quanto nas sessões específicas dos Círculos de Investigação, de forma oral, ou por meio de instrumentos utilizados nas dinâmicas de desenvolvimento das etapas de Investigação Temática, sendo que os questionamentos eram elaborados para a nova etapa, a partir das informações discutidas e analisadas pelos participantes na etapa anterior da investigação.

As perguntas realizadas verbalmente tinham a seguinte estrutura: Quais vivências ou fatores os participantes consideram temas geradores? O que os incomoda em diferentes níveis na realidade da CIES? Por que estão tomando determinada decisão? Quais são as repercussões das decisões que estão tomando? Quais fatores estão por trás das estruturas que vivenciam? O que poderiam fazer para modificar a realidade? Como estão atuando? Os preceitos teóricos que estão guiando suas ações são os mesmos da PNEPS?, entre muitas outras perguntas que realizei nos diferentes encontros de que participei como pesquisadora-mediadora participante-observadora no período de julho a dezembro. Os questionamentos realizados na forma escrita serão apresentados em apêndices no momento em que descrevo as dinâmicas ao longo das etapas.

Devido a esta posição de questionadora, sendo que, necessariamente, não exigia respostas dos participantes às minhas perguntas, pois apenas os instigava a ampliar a discussão sobre as decisões que estavam realizando, ganhei “apelidos” nas diferentes CIES. Uns passaram a me chamar de “consciência”, diziam que sempre quando consideravam que tudo estava certo, eu questionava alguma

coisa que os fazia refletir novamente sobre o processo. Também passaram a me chamar de “neura”, referindo que, devido aos meus questionamentos, eu parecia uma “neurose”, pois relatavam que as perguntas que eu lançava nas reuniões ou nos encontros os acompanhavam mesmo depois das reuniões.

O processo inicial da etapa de Levantamento dos Temas Geradores da Investigação Temática foi o mesmo para ambas as CIES. No entanto, as dinâmicas desenvolvidas nesta etapa foram distintas para cada realidade. Independentemente desse fato, ambas atingiram o propósito da etapa da investigação.

Nas duas CIES, iniciei a etapa de Levantamento dos Temas Geradores entregando uma cópia do “contrato” assumido pelos membros da pesquisa na dinâmica de formação do Círculo de Investigação a todos os participantes do encontro, tivessem ou não estado presentes no momento inicial da pesquisa. No “contrato”, estavam as informações copiladas de todas as respostas dos participantes da dinâmica de composição do Círculo de Investigação.

Solicitei, em ambas as CIES, que um membro do Círculo de Investigação, voluntariamente, realizasse a leitura desse material que foi copilado por mim. Após a leitura, abri para manifestações. Os participantes das duas CIES verbalizaram que não imaginavam que este material, depois de reunido, poderia retratar tão bem a “essência” do grupo, verbalizaram que se identificaram dentro do contrato, bem como foi possível identificar os “valores” do grupo na leitura.

Aproveitei o final desse primeiro momento da etapa de Levantamento dos Temas Geradores para fazer o convite aos membros que não participaram das reuniões anteriores das CIES a se integrarem ao Círculo de Investigação. Entre os membros convidados, dois (2) membros de cada CIES aceitaram verbalmente participar da pesquisa no momento em que fiz o convite.

Ainda, tanto os membros que aceitaram participar da investigação nesta etapa quanto aqueles que se tornaram participantes nas reuniões anteriores de trabalho em que estive como participante-observadora, comentaram que se identificaram com os aspectos apresentados no “contrato do Círculo de Investigação”, logo, assumiram o contrato junto ao grupo. Aos que aceitaram o convite neste encontro, entreguei o TCLE e o TCI para que fizessem uma leitura e, ao final, esclareci dúvidas relativas à pesquisa, desse modo assinaram os consentimentos de forma consciente e autônoma.

Assim, encerrei este primeiro momento da etapa de Levantamento dos Temas Geradores que ocorreu de modo semelhante

em ambas as realidades. A seguir, descrevo o desenvolvimento das demais dinâmicas utilizadas para realização dessa etapa nas duas realidades, visto que ocorreram de modos distintos.

### *CIES Grande Florianópolis*

Inicialmente, havíamos combinado em desenvolver esta etapa da investigação na última reunião do mês de junho. Tínhamos agendado a reunião em duas etapas: na primeira, seria realizado o momento específico da pesquisa, na segunda, a CIES receberia um grupo de técnicos municipais de saúde que trabalhariam na elaboração de um projeto específico de EPS com os membros da CIES, sendo que eu permaneceria no segundo momento como participante-observadora.

Para minha surpresa, neste dia só estavam presentes para o primeiro momento da reunião três participantes da investigação. Os presentes mostraram-se extremamente constrangidos e disseram que não esperavam que isso acontecesse. Dialogamos e eles consideraram que seria prudente deixarmos o encontro da pesquisa para a próxima reunião da CIES. Desse modo, aceitei a sugestão dos participantes e conversamos informalmente até a chegada dos convidados para a reunião extraordinária de trabalho da CIES. Acompanhei a reunião normalmente, no entanto, como a maioria dos participantes não eram membros da pesquisa, optei por não gravar a reunião, fazendo apenas os devidos registros no meu caderno de campo, os quais posteriormente foram redigidos no formato pré-estabelecido para o diário de campo apresentado anteriormente.

O “Levantamento dos Temas Geradores” ocorreu no mês de julho, quando estavam presentes sete (7) membros da CIES, como pode ser observado nas Tabelas 5.4 e 5.5 . A etapa foi realizada por meio de uma dinâmica (Apêndice 6) que teve por objetivo instigar os participantes da investigação a pensar sobre a sua realidade vivida na estrutura da CIES, sendo que lhes possibilitou revisitarem as suas próprias ações, apresentadas por mim na forma de narrativas-descritivas, em meus diários de campo das quatro primeiras reuniões da CIES em que estive presente como participante-observadora.

A dinâmica foi elaborada por mim e pela minha orientadora e se constituiu por diferentes momentos:

a) distribuição dos membros do Círculo de Investigação em subcírculos conforme estiveram presentes nas quatro primeiras reuniões da CIES. Optou-se por essa divisão, visto que os quatro diários de campo tinham entre 8 e 22 páginas, logo, era impossível que todos os integrantes do



Círculo realizassem a leitura de todos os diários no tempo que tínhamos destinado à investigação. Os membros que aceitaram participar do Círculo de Investigação no atual encontro estavam livres para se integrar ao subcírculos que desejassem;

b) entrega dos diários de campo aos subcírculos conforme a participação dos membros nas reuniões para que realizassem a leitura, discussão e validação do material. Ainda, nos subcírculos, após a leitura, era solicitado que os participantes destacassem dos diários de campo os pontos que considerassem possíveis “temas geradores”;

c) apresentação e discussão dos “temas geradores” destacados pelos subcírculos a todos os membros no Círculo de Investigação;

d) discussão dos “temas geradores” pelos membros do Círculo de Investigação e definição da ordem de prioridade dos temas para serem trabalhados.

Foram constituídos quatro (4) subcírculos, três (3) formados por duplas e, devido ao número de membros no encontro, uma (1) participante fez a leitura do diário sozinha. Os membros que estavam em duplas dialogaram e destacaram os pontos que consideraram “temas geradores” dentro dos diários de campo. Neste momento inicial, a participante que leu o diário de campo sozinha apenas destacou os pontos que considerou possíveis “temas geradores” para apresentar ao círculo posteriormente.

Após esse momento inicial, os membros dos subcírculos apresentaram aos demais participantes do Círculo de Investigação o que haviam destacado como possíveis “temas geradores”. A minha participação nesta etapa ocorreu de duas formas: a) como mediadora: procurei mediar as discussões de modo que todos os participantes pudessem se expressar e apresentar o que haviam dialogado nos pequenos círculos; b) como questionadora: perguntava por que chegaram à conclusão de que um determinado aspecto era um tema gerador e se não havia outras possibilidades a serem pensadas e discutidas da realidade da CIES como temas geradores.

No decorrer dos diálogos do Círculo de Investigação, percebi que os pontos destacados pelos participantes nos diários de campo foram apenas desencadeadores de discussão, pois os “temas geradores” emergiram da discussão do círculo, sendo que, ao final do encontro, os membros apresentaram vinte e dois (22) “temas geradores”, sendo um número bem superior aos que tinham verbalizado no início da discussão.

Após 3h e 30min de discussão, encerrei este momento perguntando aos participantes como estavam se sentindo. Referiram que consideraram o encontro extremamente produtivo, que os fez refletir

sobre a sua realidade e que gostariam de começar a resolver os problemas que passaram a enxergar. Disse-lhes que teríamos momentos para realizar as ações, no entanto, antes precisávamos estar conscientes de se realmente eram aquelas as “situações limites” que precisaríamos enfrentar.

Assim, encerrei a etapa de Levantamento dos Temas Geradores com a CIES Grande Florianópolis, solicitando aos participantes que deixássemos agendada uma reunião extraordinária de trabalho da CIES para o mês de julho, visto que os demais pontos de pauta previstos para a reunião que ocorreu neste dia foram suspensos para a realização da etapa da Investigação Temática. Os membros da CIES prontamente agendaram uma reunião extraordinária para discutir os pontos de trabalho que ficaram pendentes nesta reunião.

Ao final, agradei a colaboração da articuladora em suspender os demais pontos da reunião para que conseguíssemos realizar a etapa da Investigação Temática e ela me agradeceu por estimular os participantes a agendar uma reunião extraordinária para trabalhar tais pontos.

### *CIES Carbonífera*

O “Levantamento dos Temas Geradores” também foi realizado no mês de julho. Inicialmente, havíamos programado a etapa da Investigação Temática como segundo ponto de pauta, no entanto, nesse momento específico da pauta, consegui realizar apenas a parte de leitura do “Contrato do Círculo de Investigação”, como já descrito anteriormente. Após a leitura e diálogo sobre o “contrato”, os participantes de uma Instituição de Ensino Superior solicitaram que a pauta fosse invertida, visto que teriam uma reunião em sua instituição, no final da tarde, e precisavam levar para a reunião os pontos discutidos nesta reunião de trabalho da CIES.

Consultei os participantes da investigação se estariam presentes no momento final da reunião e se aceitavam a inversão do ponto de pauta. Como a maioria referiu que estaria presente no momento final da reunião, aceitaram a inversão da pauta. Assim, os demais pontos de pauta foram discutidos e a realização das dinâmicas para o Levantamento dos Temas Geradores ficou como último ponto da pauta.

A etapa da Investigação Temática iniciou às 16h45min, sendo que treze (13) participantes estavam presentes no início das dinâmicas propostas. Porém, devido ao adiantado da hora, apenas sete (7) permaneceram até ao final da discussão. Mesmo com esse imprevisto da reunião ter sido extensa e a Investigação Temática ter ficado como

último ponto na pauta, considerei que os objetivos dessa etapa foram atingidos, pois as pessoas que ficaram até o final conseguiram discutir no círculo os possíveis “temas geradores” que haviam sido destacados dentro dos subcírculos no momento inicial das dinâmicas.

O Levantamento dos Temas Geradores foi desenvolvido a partir de duas dinâmicas distintas, porém ambas tinham por objetivo instigar os participantes a refletir sobre a sua realidade vivida na estrutura da CIES. A primeira dinâmica (Apêndice 7) foi uma proposta idêntica à desenvolvida com a CIES Grande Florianópolis, ou seja, consistiu na possibilidade de revisitarem as suas próprias ações, apresentadas por mim na forma de narrativas-descritivas em meus diários de campo das duas primeiras reuniões da CIES em que estive presente como participante-observadora. A segunda dinâmica (Apêndice 8) também foi estruturada com o objetivo dessa revisão, porém isso ocorreu pela memorização das ações realizadas pelos membros da CIES que participaram da reunião do mês de junho. Para facilitar a memorização, entreguei aos membros que participaram do encontro que seria memorizado um instrumento contendo quatorze (14) perguntas abertas, que serviram de guia na discussão do subcírculo.

O processo das duas dinâmicas foi o mesmo. Inicialmente, houve a distribuição dos membros do Círculo de Investigação em subcírculos conforme estiveram presentes nas três primeiras reuniões da CIES. Formaram-se dois subcírculos, um com cinco (5) participantes e o outro com três (3) membros, que fizeram a leitura, discussão, validação e destacaram dos diários de campo os pontos que consideraram possíveis “temas geradores”.

O terceiro subcírculo foi formado por cinco (5) participantes e desenvolveu a dinâmica de re-memorização. Discutiram, refletiram e descreveram os momentos vivenciados na última reunião da CIES guiados pela pergunta “qual a opinião e percepção deste grupo sobre”; na sequência, foram apresentados quatorze (14) itens descritos no Apêndice 8. Ao final da discussão do subcírculo, solicitei que destacassem os possíveis “temas geradores” que emergiram do diálogo realizado para serem apresentados aos demais membros do Círculo de Investigação.

O fato que chamou a atenção foi que, mesmo com duas dinâmicas distintas, o processo de emergência dos “temas geradores” não saiu das discussões dos subcírculos que realizaram a leitura ou memorização das três reuniões, mas as dinâmicas foram apenas um estímulo para que ocorresse a discussão no Círculo de Investigação e foi dessa discussão que “emergiram vinte e seis (26) os temas geradores”.

Encerrei este momento perguntando aos participantes como estavam se sentindo. Referiram que estavam cansados, mas consideraram o encontro muito bom, pois esse momento fez com que refletissem sobre a sua realidade e destacassem os pontos que realmente precisam mudar.

Verbalizaram que, neste momento final, perceberam que foi uma pena a pauta da pesquisa ter ficado por último na reunião, pois era uma discussão em que mais pessoas deveriam estar presentes. Porém, devido ao adiantado da hora, apenas sete (7) membros conseguiram participar da discussão final do Círculo de Investigação para definição dos “temas geradores”, pois os demais participaram apenas da discussão nos subcírculos. Devido a isso, solicitaram que eu retomasse os pontos destacados pelo Círculo de Investigação em outro momento, pois isso geraria uma nova discussão que certamente seria produtiva para CIES.

Assim, encerrei a etapa de Levantamento dos Temas Geradores com a CIES Carbonífera. Agradei aos participantes a persistência em se manter no encontro e verbalizei que retomaria os Temas Geradores destacados nesse momento, de modo que voltássemos a discuti-los para nos certificarmos de que são estas as situações-limites que precisam ser trabalhadas na realidade da CIES.

### **5.4.3 Codificação**

Entre a etapa de Levantamento dos Temas Geradores e a sessão inicial de Codificação em que se realizou a validação dos Temas Geradores, ocorreram três (3) reuniões gerais de trabalho na CIES Grande Florianópolis e quatro (4) reuniões de trabalho da CIES Carbonífera. Já na etapa de Codificação, entre a sessão de Validação dos Temas Geradores e a sessão de Apresentação da Realidade Codificada aos participantes, ocorreram mais duas (2) reuniões gerais de trabalho na CIES Grande Florianópolis e quatro (4) reuniões gerais de trabalho na CIES Carbonífera, como pode ser observado tanto na Tabela 5.1 quanto nas Figuras 5.3 e 5.4.

Estive presente como participante-observadora em todas as reuniões referidas no parágrafo anterior. Realizei os registros objetivos dessas reuniões em diários de campo no formato de narrativas-descriptivas e continuei apresentando as falas literais dos participantes das reuniões em que tive autorização para gravar. Ao todo, no intervalo em que desenvolvi as sessões relativas à etapa de Codificação na

Investigação Temática, possuía cinco (5) diários de campo referentes às reuniões de trabalho da CIES Grande Florianópolis e oito (8) diários de campo sobre o mesmo tipo de reunião na CIES Carbonífera. Devido ao tempo de duração das reuniões, cada diário de campo sobre as questões objetivas das reuniões apresentava mais de 30 páginas. Cumpre lembrar que os registros das minhas impressões subjetivas sobre as reuniões gerais de trabalho das CIES continuaram ocorrendo em arquivos separados dos registros objetivos.

Devido à extensão dos diários de campo, percebi que necessitava fazer uma primeira organização e seleção de itens que mais se destacavam nos registros objetivos dos diários, os quais emergiam dos diálogos nas reuniões de trabalho das CIES no sentido de reapresentá-los aos participantes da investigação na forma de “codificação”, juntamente com os temas geradores que emergiram dos Círculos de Investigação. Para tanto, organizei os diários ouvindo as gravações e, depois, fiz a revisão de todos os diários de campo, ouvindo novamente a gravação para assegurar-me de que estava mantendo a estrutura objetiva dos aspectos que ocorriam nas reuniões. Após, fiz nova leitura, destacando os pontos de discussão que mais se repetiam nas diferentes reuniões, os aspectos particulares e os temas que evitavam ser discutidos, bem como “falas” dos membros das CIES que expressavam os itens que os participantes haviam validado como temas geradores, de modo a apresentá-los em um “painel” de codificação da realidade vivida, para discussão, reflexão e análise dos membros dos Círculos de Investigação nas etapas de codificação e decodificação da realidade.

Devido ao movimento dinâmico que ocorreu entre as etapas da Investigação Temática, considero que o processo de Codificação “iniciou” na terceira sessão em que “validei os temas geradores” com os participantes em ambas as CIES. Tiveram sequência, na quarta sessão em que expus aos participantes da pesquisa, os “temas geradores” que emergiram das discussões dos Círculos de Investigação, junto com os aspectos pré-categorizados que se destacaram nas reuniões das CIES, de modo que os apresentei “codificados” no formato de “painéis” (Figuras 5.5 e 5.6). Na sequência, descrevo como se desenvolveu esse processo.

### *Validação dos Temas Geradores*

Após o Levantamento dos Temas Geradores nas duas CIES, organizei as informações coletadas desta etapa em diário de campo no formato de narrativas-descritivas. Ao organizar as informações, percebi que se fazia necessário validar com os participantes os “temas

geradores” destacados nas diferentes CIES antes de estruturar a Codificação da realidade apresentada nos Círculos de Investigação, visto que precisava me certificar de que realmente aqueles “temas geradores” expressavam as situações-limites vivenciadas em ambas CIES.

Como os diários de campos das duas CIES sobre a etapa de Levantamento dos Temas Geradores tiveram mais de 30 páginas, percebi que seria extremamente desgastante e cansativo aos participantes fazerem novamente a leitura dos meus diários de campos no processo de validação. Assim, optei por compilar especificamente as partes dos diários de campos em que os participantes discutiram e chegaram a um consenso sobre quais pontos que emergiram seriam considerados “temas geradores” nos dois Círculos de Investigação.

Desse modo, nas duas CIES, organizei os temas geradores por tópicos da forma como os participantes haviam referido nos Círculos de Investigação. No mês de setembro, fiz a validação na CIES Grande Florianópolis em que estavam presente quinze (15) membros da pesquisa, e, anteriormente, no mês de agosto, havia feito a validação dos Temas Geradores na CIES Carbonífera, onde estavam presentes dezessete (17) participantes da investigação.

O momento da validação foi o primeiro item de pauta em ambas as realidades, sendo que consistiu na apresentação formal e devolução impressa dos “temas geradores” aos membros em cada CIES. Após a apresentação, abri para o diálogo em grupo, referindo que este momento era para os participantes analisarem se realmente aquelas eram as situações-limites vivenciadas nas CIES, logo, estavam livres para fazer as mudanças que os Círculos de Investigação julgassem necessárias.

Os participantes, em ambas as CIES, fizeram uma leitura muito atenta do que foi levantado na etapa anterior da Investigação Temática e começaram a indagar uns aos outros se os pontos eram aqueles mesmos ou se havia algo além, velado, naquelas declarações. Assim, os membros das CIES ficaram por cerca de 1h discutindo tema por tema que estava apresentado, e, nas duas realidades, ocorreram mudanças e adequações nos temas geradores conforme consensos dos participantes da pesquisa sobre a realidade que se apresentava nas CIES.

Os temas geradores validados na CIES Grande Florianópolis foram:

1. dificuldade da DEPS em participar das ações/reuniões promovidas pela CIES para sensibilização do CGR sobre a PNEPS;
2. dificuldade da DEP em desenvolver todas as suas ações e prestar orientações técnicas sobre distintos temas devido ao limitado número de

- pessoas (1 pessoa) envolvidas diretamente com a PNEPS;
3. necessidade de revisão do PAREPS e do Regimento Interno;
  4. necessidade de fortalecer a “imagem” da CIES, diferenciando-a da EFOS;
  5. falta descrever/estabelecer formalmente como deve ser aplicado o valor de 5% do orçamento da PNEPS destinado à manutenção da CIES;
  6. limitada autonomia da CIES em relação ao CGR x dificuldade de priorização das questões de EPS nas reuniões do CGR;
  7. dificuldade de alguns membros da CIES exporem temas de interesse coletivo na plenária;
  8. conhecimento limitado ou desconhecimento da maioria dos sujeitos sociais participantes das CIES e do CGR sobre a PNEPS;
  9. os municípios não possuem estruturas organizadas administrativamente, responsáveis pela PNEPS em nível local, que promovam a disseminação de conhecimento sobre o tema;
  10. deficiência de ferramentas de divulgação e informação a respeito da estrutura histórica e organizativa das CIES e da PNEPS;
  11. dificuldade dos representantes gestores participarem efetivamente da CIES e defenderem a CIES nas reuniões do CGR;
  12. confusão na defesa de interesses do segmento dos usuários do SUS, visto que os representantes do controle social na CIES são profissionais da saúde que participam dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS);
  13. ausência de participação das Instituições de Ensino Superior (IES) com cursos na área da saúde na CIES, por conseguinte, desconhecimento formal dos membros das CIES sobre os programas envolvendo ensino-serviço que estão sendo realizados pelas universidades na região e como estas estruturam suas grades curriculares de modo a contemplar os aspectos do SUS;
  14. pouco conhecimento do segmento das IES sobre sua função na CIES;
  15. dificuldade dos sujeitos sociais assumirem a CIES de forma participativa e comprometida, não deixando apenas nas mãos da articuladora a representatividade da CIES e a responsabilidade pelas decisões tomadas coletivamente;
  16. indefinição de mecanismos burocráticos legais de utilização dos recursos financeiros destinados às ações de EPS propostas pela CIES, bem como dos valores destinados especificamente para a manutenção da comissão.

Na CIES Carbonífera, foram validados os temas geradores a seguir:

1. dificuldade da DEPS em participar das ações/reuniões promovidas pela CIES para sensibilização do CGR sobre a PNEPS;
2. dificuldade da DEP em desenvolver todas as suas ações e prestar orientações técnicas sobre distintos temas devido ao limitado número de pessoas (1 pessoa) envolvidas diretamente com a PNEPS;
3. necessidade de revisão do PAREPS e do Regimento Interno;
4. falta de um registro formal sobre a utilização do espaço da 21ª Gerência Regional de Saúde como sede da secretaria executiva da CIES, bem como da utilização dos equipamentos da CIES pela regional;
5. autonomia da CIES em relação ao CGR x pouca articulação entre CGR e CIES;
6. relação de opressão estabelecida no interior da CIES por alguns membros em relação a outros, inibindo a expressão de alguns participantes;
7. conhecimento limitado ou desconhecimento da maioria dos sujeitos sociais participantes das CIES e do CGR sobre a PNEPS;
8. os municípios não possuem estruturas organizadas administrativamente, responsáveis pela PNEPS em nível local, que promovam a disseminação de conhecimento sobre o tema;
9. deficiência de ferramentas de divulgação e informação a respeito da estrutura histórica e organizativa das CIES e da PNEPS;
11. dificuldade de alguns gestores dispensarem um momento de atenção para que os trabalhadores que estão assumindo dupla representação na CIES (gestão e serviço) repassem as informações discutidas nas reuniões da comissão;
12. pouca participação do segmento do controle social (usuários do SUS) na CIES;
13. dificuldade de alguns membros da CIES exercerem cogestão e protagonismo, ou seja, necessidade de mudança de postura de alguns sujeitos envolvidos com a PNEPS na CIES;
14. dificuldade de priorizar e se envolver com as questões referentes à PNEPS e CIES devido ao número de funções que assumem no seu trabalho;
15. dificuldade de gestão dos recursos da PNEPS destinados às ações de EPS elaboradas pela a CIES.

Nesse processo de validação dos temas geradores, assumi novamente a posição de mediadora do diálogo que ocorreu nos Círculos de Investigação, de modo que todos os participantes pudessem manifestar a sua opinião. Nesta sessão da Investigação Temática,



convidei nove (9) membros da CIES Grande Florianópolis e três (3) membros da CIES Carbonífera para participarem do Círculo de Investigação, sendo que, para dois (2) membros da CIES Grande Florianópolis e os três (3) integrantes da CIES Carbonífera, esta era a primeira reunião de que participavam, pois os demais membros da CIES Grande Florianópolis haviam participado de reuniões anteriores de trabalho, porém apenas consentiam verbalmente na gravação das reuniões, sem efetivar a participação na pesquisa por meio da assinatura dos termos de consentimentos, o que foi realizado nesta sessão.

Percebi que os membros das CIES que não estiveram presentes nas dinâmicas que desencadearam a emergência dos temas geradores conseguiram participar do processo de validação, visto que os temas tratavam da realidade vivida pelas CIES, no entanto, os novos integrantes das CIES se limitaram a ouvir o que estava sendo discutido e, por suas expressões não verbais, não estavam compreendendo o processo, porém não fizeram questionamentos, mesmo sendo estimulados por mim. Nas duas CIES, ao final da sessão de validação, os participantes estipularam a ordem de prioridade dos temas geradores que consideravam necessários serem trabalhados para modificar a realidade apresentada.

Assim, com os “temas geradores” validados, comuniquei que as próximas sessões da Investigação Temática seriam os processos de apresentação da realidade codificada e a Decodificação, estruturadas a partir dos temas geradores e dos registros objetivos que realizei nos meus diários de campo das reuniões de trabalho das CIES.

Ao final dessa sessão, perguntei aos sujeitos se tinham mais algum comentário a fazer e em ambas as realidades a resposta foi que propostas de estudo como esta os fazem refletir sobre a realidade e lhes mostra o quanto ainda precisam melhorar. Agradei o espaço que tive e devolvi a coordenação das reuniões às articuladoras das CIES, de modo que deram sequência aos pontos de pautas estipulados.

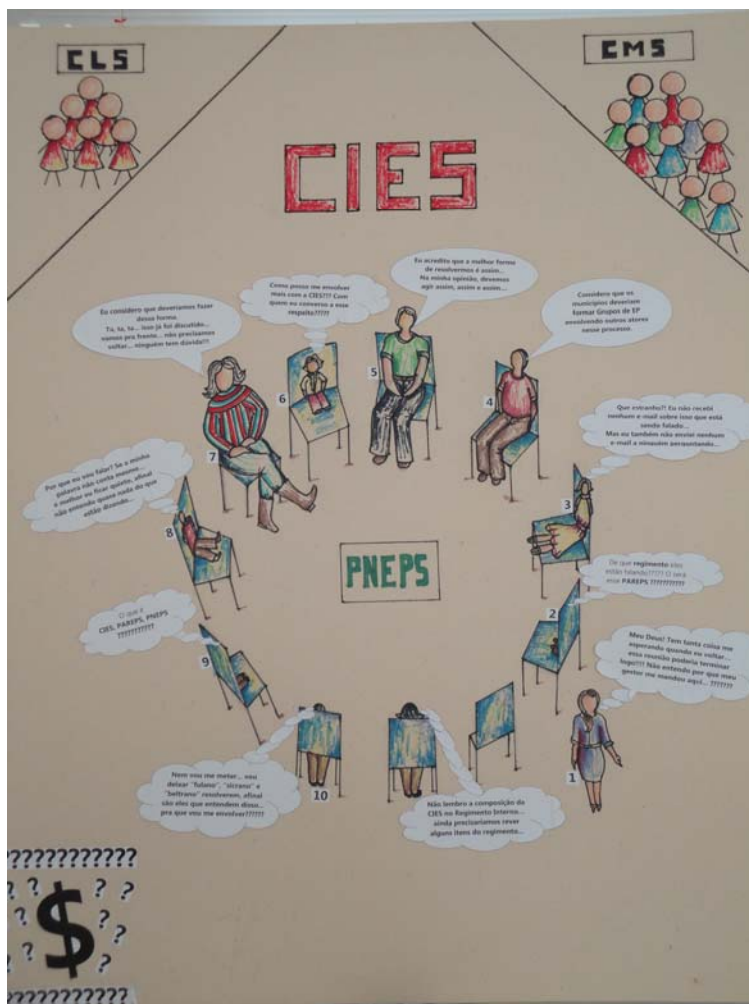
### *Apresentação da Realidade Codificada*

A sessão de apresentação da realidade codificada, na etapa de Codificação, ocorreu no mês de outubro, em ambas as CIES (Tabela 5.1). Para expor todos os temas geradores validados pelos participantes em ambas as realidades e os aspectos compilados das reuniões de trabalho das CIES, optei por desenvolver uma dinâmica que envolveu técnica projetiva, trabalho em subcírculos e diálogo nos Círculos de Investigação. Na CIES Florianópolis, oito (8) participantes estiveram presentes nessa sessão, e na CIES Carbonífera, dezesseis (16) membros participaram.

A “representação” de situações vividas pelos participantes da Investigação Temática nas distintas CIES ocorreu a partir da elaboração de dois painéis, os quais apresentavam um desenho que projetava a realidade discutida e validada pelos participantes a partir dos Temas Geradores e aspectos destacados das observações objetivas que realizei nas reuniões de trabalho das CIES. As Figuras 5.5 e 5.6 expõem, respectivamente, os painéis das realidades codificadas nas CIES Grande Florianópolis e CIES Carbonífera.



**Figura 5.5:** Painel de apresentação da realidade codificada na CIES Grande Florianópolis.



**Figura 5.6:** Painel de apresenta o da realidade codificada na CIES Carbonifera.

A dinâmica aplicada nessa sessão (Apêndice 9) foi criada por mim e pela minha orientadora, sendo que tinha por objetivo fazer os participantes da Investiga o Temática observarem novamente suas realidades, agora “codificadas”, refletir e, posteriormente, discutir novamente no Círculo de Investiga o, buscando descrevê-la criticamente. Esta dinâmica foi composta por quatro fases:

- 1) apreciação dos painéis nas diferentes CIES pelos participantes dos Círculos de Investigação;
- 2) preenchimento individual de um questionário com cinco perguntas referentes à representação elucidada nos painéis das duas CIES;
- 3) divisão aleatória do Círculo de Investigação nas duas CIES, em subcírculos, de modo que os membros respondessem às mesmas perguntas, a partir de uma visão de grupo, no qual se realizou reflexão e discussão das respostas individuais para constituição de respostas que exponham a interpretação de todos os membros dos subcírculos;
- 4) apresentação, reflexão e diálogo das percepções discutidas nos subcírculos a todos os membros dos Círculos de Investigação. A partir do diálogo coletivo, as CIES estruturaram uma percepção dos Círculos de Investigação sobre as realidades codificadas que abrangeu certos aspectos de problemas que se estruturam no interior das CIES, bem como permitiu conhecer alguns momentos do contexto concreto através da tomada de consciência dos participantes da investigação, sendo que apontaram estratégias de solução aos pontos críticos percebidos.

Na vivência do trabalho de campo, foi possível perceber a “fluidez” e dinamicidade das etapas da Investigação Temática, pois não há como definir com precisão quando terminou uma etapa e quando a outra iniciou, como foi representado na Figura 5.2. Por mais que me esforce para que isso fique “didaticamente” explicitado no presente trabalho acadêmico, é preciso registrar que, na prática, constatei que a etapa da “codificação” iniciou no momento em que estava “validando os temas geradores” com os participantes da investigação e teve continuidade no processo que denominei didaticamente de “apresentação da realidade codificada”, bem como a etapa de “decodificação” iniciou no momento em que apresentei a realidade “codificada” no formato de um painel aos participantes nas duas CIES e teve continuidade no momento em que considerei como sendo de “decodificação e desvelamento crítico da realidade”.

Desse modo, deixo registrado que optei por descrever, na etapa de “codificação”, a dinâmica (Apêndice 9) criada para apresentação da realidade codificada. No entanto, o processo vivenciado nessa dinâmica, que iniciou com a apreciação do painel pelos participantes da investigação, será descrito no próximo tópico por ser compreendida com o primeiro momento do processo de “decodificação da realidade” pelos participantes dos Círculos de Investigação.

#### 5.4.4 Decodificação e Desvelamento Crítico da Realidade

Teoricamente, a etapa de “decodificação e desvelamento crítico da realidade” estava prevista para ocorrer em dois momentos. O primeiro seria “descritivo”, onde inicialmente se olha para a realidade e mais se narra do que se analisa o que está sendo projetado. E o segundo seria “problematizador”, no qual se consegue atingir a estrutura profunda da codificação e os participantes conseguiriam propor ações de mudança (FREIRE, 2005a).

A etapa de “decodificação e desvelamento crítico da realidade” ocorreu de forma distinta nas duas CIES, conforme descrito a seguir:

##### *CIES Grande Florianópolis*

A etapa da Investigação Temática foi o segundo ponto de pauta da reunião extraordinária de outubro. O primeiro momento da etapa de decodificação iniciou com o desenvolvimento da dinâmica (Apêndice 9) de apresentação da realidade codificada aos participantes do Círculo de Investigação. Como no início dessa etapa, estavam presentes apenas seis (6) participantes da investigação, decidi que faria uma adequação na dinâmica, suprimindo o momento de divisão do Círculo de Investigação em subcírculos, visto que era possível trabalhar o diálogo e reflexão para responder às perguntas específicas de percepção do grupo entre todos.

Inicialmente, reapresentei aos participantes as etapas da Investigação Temática, retomando o que havíamos feito até o presente encontro, destacando o momento da investigação que realizaríamos nesta sessão. Todos os presentes haviam participado de algum dos momentos anteriores e verbalizaram que estavam ansiosos e curiosos sobre o que desenvolveriam nesse encontro.

Entreguei uma cópia impressa da dinâmica para cada participante e coloquei o painel no centro do círculo (Figura 5.5). Os participantes observaram atentamente o painel e solicitaram que eu fizesse a leitura oral dos pensamentos e frases que estavam expressas em balões ligados a diferentes pessoas no painel. Na sequência, solicitei que respondessem individualmente às primeiras perguntas da dinâmica.

Os participantes levantaram-se e consultaram a realidade codificada no painel diversas vezes para responder às perguntas. Nesse momento, chegaram dois (2) membros da CIES, pediram desculpas pelo atraso e se integraram ao grupo. Ambos eram membros da investigação e também já haviam participado de outras etapas. Apresentei

individualmente a proposta desse encontro e lhes entreguei a dinâmica impressa.

Após todos responderem às perguntas individualmente, iniciamos o diálogo no Círculo de Investigação desencadeado pelas perguntas coletivas propostas na dinâmica. Como ocorreu nas etapas anteriores, tais perguntas serviram para instigar a discussão, sendo que os participantes ampliaram o diálogo e reflexão, extrapolando as questões iniciais.

Iniciaram descrevendo a realidade codificada, referindo que se identificaram profundamente com o que estava apresentado no painel. Porém não se limitaram em apenas descrever o que estavam enxergando, mas iniciaram o segundo momento da decodificação, denominado desvelamento crítico da realidade, pois dialogaram de forma crítica e reflexiva por cerca de 1h30min sobre o processo que estavam vivendo e, ao final do encontro, foram tomados de um ímpeto de mudança. Definiram estratégias para começar a mudar a realidade apresentada no painel naquela própria reunião, as quais começariam a ser implementadas nas duas próximas reuniões da CIES e seguiriam ao longo do ano de 2010.

A minha presença nessa etapa novamente foi de mediar o diálogo que ocorreu no Círculo de Investigação, de modo que todos os participantes manifestaram a sua opinião, bem como estimular a discussão por meio de perguntas. Ao final da sessão, abri para manifestações sobre o processo de investigação que vivenciamos e todos verbalizaram que gostaram muito do encontro e que se sentiram mobilizados a desenvolver mudanças na realidade da CIES. Encerrei a sessão agradecendo aos participantes, pois novamente suspenderam o último ponto da pauta para que conseguíssemos manter o nível das discussões que haviam se instalado no Círculo de Investigação.

O processo de desvelamento crítico da realidade foi desenvolvido nas reuniões ordinárias de trabalho nos meses de novembro e dezembro como haviam planejado. No mês de novembro, estavam presentes na reunião geral de trabalho onze (11) participantes da pesquisa e um (1) membro da CIES que não participava da investigação, mas autorizou verbalmente a gravação da reunião, sendo que o momento de desenvolvimento da ação educativa estabelecida como prioridade na etapa de decodificação estruturou-se como o segundo ponto de pauta e foi organizado e desenvolvido pelos membros da CIES.

A minha presença neste encontro foi como participante-observadora, sendo que, após o momento de ação estabelecido pelo Círculo de Investigação, assumi uma postura de porta-voz dos membros

da CIES frente a uma estrutura de conflito que se estabeleceu e está relatada nas questões éticas do presente estudo.

O último encontro do Círculo de Investigação realizado no mês de dezembro teve três momentos: o primeiro, que ocorreu no turno da manhã, iniciou com as discussões de trabalho estabelecidas na pauta. O segundo ocorreu por cerca de 4h, no qual foi desenvolvida a ação educativa proposta como prioridade no Círculo de Investigação, sendo que, por solicitação dos membros da CIES, participei ativamente desse momento, instigando-os a refletir e compartilhando conhecimentos que eu tinha sobre o tema que estava sendo estudado. No terceiro momento, realizei o encerramento da Investigação Temática, sendo que fiz a apresentação formal das informações coletadas ao longo de todas as etapas da investigação e entreguei um instrumento de avaliação (Apêndice 10), o qual tinha por finalidade fazer uma análise do processo de investigação que ocorreu, bem como qual a percepção dos participantes sobre o processo desenvolvimento no Círculo de Investigação nesta trajetória, que ações ainda eram necessárias ser implantadas, o que cada um poderia fazer para que isso acontecesse. O processo de desenvolvimento desse momento ocorreu como nas demais etapas da Investigação Temática. Inicialmente, os participantes tiveram um tempo para elaborar suas respostas de forma individual e, posteriormente, por meio do diálogo no Círculo de Investigação, todos expuseram a sua opinião.

Ao final, os membros da CIES estabeleceram uma agenda de ações de mudanças que seriam implementadas ao longo do ano de 2010, que foram destacadas na etapa de decodificação da realidade no Círculo de Investigação.

### *CIES Carbonífera*

A etapa da Investigação Temática foi o segundo ponto de pauta da reunião ordinária de outubro. Estavam presentes na reunião dezesseis (16) participantes da investigação, sendo que, entre esses, três (3) aceitaram formalmente participar da pesquisa assinando os termos de consentimentos nessa reunião.

O primeiro momento da etapa de decodificação iniciou com o desenvolvimento da dinâmica (Apêndice 9) de apresentação da realidade codificada aos participantes do Círculo de Investigação. A dinâmica ocorreu como descrita no item de apresentação da realidade codificada, sendo que, no início, rerepresentei aos participantes as etapas da Investigação Temática, retomando o que havíamos feito até o presente

encontro, destacando o momento da investigação que realizaríamos nesta sessão. Entre os membros presentes, treze (13) haviam participado de algum dos momentos anteriores e verbalizaram que as etapas da pesquisa sempre são importantes para a CIES.

Nesse encontro, os participantes estavam dispostos em um semicírculo. Entreguei uma cópia impressa da dinâmica para cada participante e coloquei o painel (Figura 5.6) fixado na parede em que o semicírculo estava aberto, de modo que todos puderam visualizar. Os participantes observaram atentamente o painel e solicitaram que eu fizesse a leitura oral dos pensamentos e frases que estavam expressas em balões ligados a diferentes pessoas no painel. Fiz a leitura conforme solicitado e, na sequência, pedi que respondessem individualmente às primeiras perguntas da dinâmica.

Os participantes levantaram-se e consultaram a realidade codificada no painel diversas vezes para responder às perguntas. Após todos responderem às perguntas individualmente, o Círculo de Investigação foi dividido em quatro subcírculos, por meio de sorteio aleatório. Rapidamente, os membros se organizaram e começaram a dialogar, refletir e responder às cinco perguntas referentes ao processo codificado no painel de modo que estruturassem uma unidade de respostas dos subcírculos.

No momento seguinte, voltamos a constituir a unidade do Círculo de Investigação e os participantes dialogaram sobre os pontos que haviam discutido nos subcírculos. Novamente, as perguntas serviram para instigar a discussão, pois, neste momento, os participantes ampliaram o diálogo e a reflexão, extrapolando as questões iniciais.

Iniciaram descrevendo a realidade codificada, referindo que se identificaram com o que estava apresentado no painel, sendo que dois (2) referiram que ficaram tristes em tomar consciência de tal realidade. Os membros da CIES não se limitaram em apenas descrever o que estavam enxergando, pois também iniciaram o segundo momento da decodificação, denominado desvelamento crítico da realidade, dialogando de forma crítica e reflexiva por cerca de 45min no momento final do Círculo de Investigação sobre o processo que estavam vivendo.

A minha presença foi de mediadora dos diálogos que ocorreram no Círculo de Investigação, de modo que estimei que todos os participantes pudessem manifestar a sua opinião. Também instigui a discussão por meio de perguntas sobre aspectos que estavam expostos no painel e, por algum motivo, os membros não haviam referido.

Ao final da sessão, os participantes verbalizaram as ações que necessitavam mudar da realidade apresentada no painel, as quais



poderiam começar a ser implementadas nas próximas reuniões da CIES. Não percebi que os participantes assumiram a responsabilidade real das mudanças, tive a impressão de que verbalizaram que mudanças eram necessárias, mas não assumiram a implantação das mudanças.

Ainda, abri para manifestações sobre o processo de investigação que vivenciamos e todos verbalizaram que gostaram muito do encontro e que se sentiram mobilizados a desenvolver mudanças na realidade da CIES. No entanto, estavam preocupados porque havia apenas uma hora de reunião e ainda havia dois pontos de pauta importantes para serem discutidos. A articuladora se manifestou, dizendo que momentos como esse eram extremamente importantes para a CIES, no entanto, o ideal seria ter agendado um encontro específico para a pesquisa, como eu havia solicitado no início da formação do Círculo de Investigação.

Encerrei a sessão agradecendo aos participantes e solicitando que permanecessem para discussão dos demais itens de pauta, visto que não poderiam ser trabalhados em uma reunião extraordinária por estar no limite de apresentar as propostas. Dez (10) membros conseguiram participar da discussão do terceiro item da pauta e apenas seis (6) estavam presentes no final da reunião.

Na reunião de trabalho do mês de outubro, desenvolvi a quinta sessão da investigação temática com os participantes do Círculo de Investigação. A sessão foi definida como o segundo item de pauta, porém novamente por solicitação dos representantes das instituições de ensino superior presentes na reunião, o ponto da pesquisa foi passado para último item da pauta. A articuladora consultou os membros da CIES se iriam conseguir estar presentes ao final da reunião, e, como a maioria respondeu que sim, a investigação foi transferida para o final da reunião.

No momento inicial da reunião, quatorze (14) participantes da investigação estavam presentes, sendo que onze (11) participaram na sessão da Investigação Temática ao final da reunião. Iniciei a sessão devolvendo as informações que foram compiladas das discussões do processo de decodificação da realidade desenvolvido na reunião anterior da CIES e apresentando oralmente os temas aos participantes. A partir da leitura das informações compiladas, os membros discutiram quais processos de ações desencadeariam para provocar mudanças na realidade que havia sido discutida no encontro anterior.

Os participantes discutiram por 50min e propuseram uma série de ações que começariam a ser realizadas na reunião da CIES, no mês de dezembro. Participei da reunião como mediadora de modo que todos pudessem se manifestar. Encerramos a sessão após o momento que os

participantes dividiram responsabilidades sobre a condução do processo de mudança, sendo que eu agradei a presença de todos nessa sessão específica da Investigação Temática.

Ainda, no mês de novembro, ocorreu uma reunião extraordinária da CIES em que estive presente como participante-observadora. Nessa reunião, entreguei o material impresso compilado aos participantes da investigação que não puderam permanecer no encontro anterior, para se aproximarem do que o Círculo de Investigação havia discutido.

A reunião ordinária de trabalho de dezembro teve uma pauta oficial, mas também foi desenvolvida com um caráter de confraternização, pois ocorreu um jantar ao final da reunião. O primeiro ponto de pauta era o desenvolvimento de uma ação que desencadearia o processo de mudança considerado prioritário na última sessão do Círculo de Investigação. Este ponto foi suspenso, visto que os membros que assumiram a responsabilidade em desenvolver essa ação não compareceram na reunião.

O segundo ponto de pauta da reunião foi a sexta etapa da Investigação Temática. Estavam presentes nesse momento dez (10) participantes do Círculo de Investigação e oito (8) membros que não participavam da pesquisa, para os quais pedi autorização verbal para gravar o encontro. Realizei o encerramento da Investigação Temática, apresentando formalmente as informações coletadas ao longo de todas as etapas da investigação e entreguei um instrumento de avaliação (Apêndice 10), o qual tinha por finalidade fazer uma análise do processo de investigação que ocorreu, bem como qual a percepção dos participantes sobre o desenvolvimento do Círculo de Investigação, que ações ainda eram necessárias ser implantadas, o que cada um poderia fazer para que este processo acontecesse.

O desenvolvimento desse momento ocorreu como nas demais etapas da Investigação Temática. Inicialmente, os participantes tiveram um tempo para elaborar suas respostas de forma individual e, posteriormente, por meio do diálogo no Círculo de Investigação, todos expuseram a sua opinião. Ao final, os membros reafirmaram a importância que o estudo teve para o processo de desenvolvimento da CIES, pois, mesmo não tendo conseguido iniciar as ações definidas no encontro anterior, perceberam que pequenas ações foram modificadas ao longo do ano, ações que certamente impactaram no fortalecimento da CIES Carbonífera.

Também referiram que estavam impressionados sobre como uma metodologia de pesquisa com esse caráter conseguiu explicitar com tanta clareza a realidade vivenciada na CIES. Verbalizaram que o fato

de estar deixando os dados coletados ao longo do ano, que foram expressos por eles nas diferentes sessões do Círculo de Investigação, os motivava a iniciar o próximo ano estabelecendo uma agenda de ações de mudanças que seriam implementadas ao longo de 2010. Agradeceram a oportunidade de participar de uma pesquisa dessa natureza e se comprometeram em trabalhar para mudar a realidade diagnosticada por eles por meio da investigação.

Agradei a oportunidade e participação de todos para efetivação da Investigação Temática nessa realidade e referi que enviaria o convite formal da minha banca de defesa aos participantes da pesquisa. Com isso, passei a palavra à articuladora da CIES, a qual deu seguimento ao último ponto de pauta da reunião.

## 5.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise e interpretação inicial dos temas geradores ocorreram de forma dialógica, concomitante ao processo de coleta de informações nas etapas da Investigação Temática. Após cada participação nas reuniões gerais de trabalho das CIES, nas sessões específicas dos Círculos de Investigação, nas reuniões do Fórum das CIES e na Oficina Estadual da Elaboração do PEEPS, organizei arquivos no Microsoft Word® denominados “diários de campo” em que apresentava as informações no formato de narrativas-descritivas, expondo os diálogos dos participantes. Tais informações foram coletadas por meio das observações-participantes e das gravações das reuniões, quando autorizadas pelos participantes.

Cada arquivo era identificado com o número da reunião, o nome da CIES, o tipo de reunião e a data da reunião, por exemplo, “1ReuniaoCIES-Carbonifera-PlenariaOrdinaria-26maio2009”. A organização das informações iniciava contendo o número da observação, o nome da CIES, a data, o horário de início e de término da reunião e o local em que foi realizada.

Na sequência, estruturei um quadro com duas colunas, uma apresentava os aspectos objetivos das reuniões (narrativas-descritivas e diálogos dos participantes), a outra tinha a função de sistematizar as informações que mais se destacavam nos diálogos dos Círculos de Investigação, as particularidades que eram dialogadas e os pontos de discussão que terminaram em silêncio, que os membros das CIES evitavam dialogar.

Essa sistematização das informações em cada etapa da Investigação Temática ocorreu guiada pela proposta de Saupe (1999, s/p.), a qual apresenta que o processo de redução temática pode ser realizado por meio de polos de concentração, que se trata de agrupamento conforme os significados das informações referidas pelos sujeitos da investigação. Os polos de investigação são denominados por Saupe (1999, s/p.) como:

- a) universais ou gerais: quando presentes com frequência, caracterizando a unidade, homogeneidade, igualdade e uniformidade dos dados;
- b) particulares ou específicos: quando indicam a diversidade ou singularidade dos dados;
- c) omissos: quando aspectos que deveriam ou poderiam estar presentes não foram evidenciados nos dados.

Convém destacar que, conforme apregoado por Saupe (1999, s/p), este processo ocorreu ao longo de toda a Investigação Temática, ou seja, desde o levantamento dos temas geradores até o desvelamento crítico da realidade, pois, assim, foi possível apreender a perspectiva coletiva, sem negar contribuições singulares expressas pelos sujeitos dos Círculos de Investigação, bem como aquelas originárias das observações participantes da pesquisadora-mediadora.

Para garantir o rigor dos registros, após a organização de cada arquivo, fazia a revisão dos diários de campo, ouvindo novamente as gravações de cada reunião, de modo a confirmar a objetividade das informações registradas. Ao concluir a conferência, o momento seguinte de redução temática, realizei de modo distinto de acordo o tipo de encontro das CIES, registrados nos diários de campo.

Para os diários de campo referentes às reuniões gerais de trabalho das CIES, as reuniões do Fórum das CIES e da Oficina Estadual para Elaboração do PEEPS, em que estava presente como participante-observadora, iniciava o processo de redução temática fazendo uma leitura geral do diário. Na sequência, fazia uma nova leitura, destacando, no espaço específico para sistematização, as informações que os participantes da Investigação Temática mais enfatizavam, bem como as particularidades e os assuntos que evitavam discutir em cada reunião.

Em relação aos diários de campo específicos das sessões dos Círculos de Investigação, também iniciava o processo de redução temática fazendo uma leitura geral do diário, na sequência, fazia uma nova leitura, destacando, no espaço específico para sistematização, as informações que os participantes da Investigação Temática mais enfatizavam na sessão do Círculo. No terceiro momento, estruturava, em

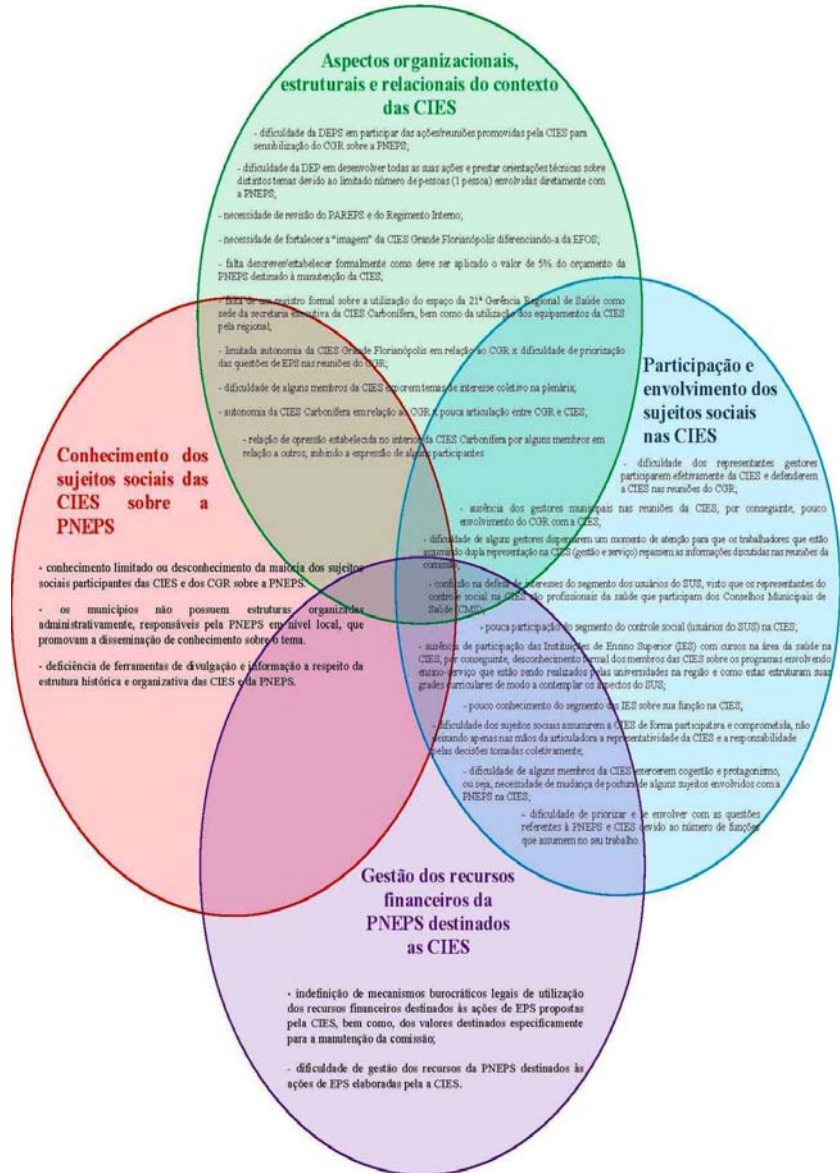
arquivo específico, as temáticas destacadas pelos participantes da investigação conforme a etapa que estávamos vivenciando. Imprimia os arquivos a fim de retorná-los aos participantes dos Círculos de Investigação nas dinâmicas desenvolvidas na terceira e na quinta sessões específicas da Investigação Temática na CIES Grande Florianópolis e na terceira, na quinta e na sexta sessões da Investigação Temática na CIES Carbonífera, de modo que pudessem refletir, dialogar e analisar as informações que estavam recebendo.

Relembro que, na etapa de Levantamento de Temas Geradores, realizada na segunda sessão específica em cada CIES, apresentei para reflexão, discussão e análise os diários de campo completos das primeiras reuniões em que estive como participante-observadora. Para tanto, na coluna destinada à sistematização das informações, escrevi “Temas Geradores”. Assim, os participantes puderam destacar nesse espaço os pontos que os subcírculos consideravam possíveis temas geradores, os quais, nas mesmas sessões, foram discutidos entre todos, até chegarem a um consenso sobre quais pontos foram considerados Temas Geradores, ou seja, nessa etapa, o processo de redução temática foi realizado pelos próprios participantes.

Na quarta sessão da Investigação Temática, em que “apresentei a realidade codificada”, utilizei para a “representação” das situações vividas pelos participantes tanto as informações obtidas das sessões específicas de validação dos temas geradores como de todas as informações em que realizei a redução temática das reuniões das CIES em que estive como participante-observadora. Assim, todo o material retornou aos Círculos de Investigação para novamente ser refletido, discutido e analisado pelos participantes da pesquisa na forma de codificação.

Ao final, as informações foram compiladas e analisadas no próprio processo de Investigação Temática, sendo que os temas geradores foram agrupados em quatro (4) grandes temáticas (Figura 5.7) que emergiram da perspectiva dos sujeitos sociais participantes do estudo. As grandes temáticas são: – aspectos organizacionais, estruturais e relacionais do contexto das CIES; – conhecimento dos sujeitos sociais das CIES sobre a PNEPS; – participação e envolvimento dos sujeitos sociais nas CIES; – gestão dos recursos financeiros da PNEPS destinados as CIES.

Para composição final dos resultados do trabalho de tese, foi procedida a reorganização dos registros na forma discursiva e descritiva, utilizando-se da discussão, da inferência e da interpretação (SAUPE, 1999, s/p).



**Figura 5.7:** Esquema das grandes temáticas estruturadas a partir dos temas geradores que emergiram dos Círculos de Investigação no processo da análise dos dados da Investigação Temática.

## 5.6 DIMENSÃO ÉTICA DO ESTUDO

Para apresentação deste tópico, realizei leituras que me fizeram refletir sobre a ética na pesquisa com seres humanos. Corroborando com autores como Padilha *et al.* (2005), compreendo que, mais importante do que incorporar neste documento de tese um grande número de citações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil, o comportamento ético deve estar intrínseco em minhas ações desenvolvidas, tanto no trabalho de campo quanto neste momento final de apresentação dos resultados, no formato de um estudo científico.

Compreendo que a ética se instalou na investigação que realizei a partir do momento em que eu, como pesquisadora-mediadora participante-observadora, estabeleci um diálogo problematizador com os participantes da investigação sobre suas realidades, suas visões de mundo, com o objetivo de fazer emergir em ambos (eu e participantes) a consciência do compromisso com os outros e com o mundo que nos cerca (FREIRE, 1998; FREIRE; SHOR, 2008). Considerei pertinente apresentar neste tópico tanto os aspectos éticos formais previstos na Resolução 196/96 e exigidos pelo comitê de ética que aprovou o presente estudo quanto as dificuldades e os dilemas que vivenciei ao longo do trabalho de campo, visto que não ocupei uma posição neutra na investigação.

Consciente das disposições éticas que compreendem a Resolução 196/96 e da importância da dimensão ética intrínseca em todas as minhas ações referentes ao estudo, apresentei formalmente o projeto ao representante da Divisão de Educação Permanente em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (DEP/SES/SC), na segunda semana do mês de fevereiro de 2009, após a aprovação do projeto de tese pela banca de doutores examinadores, para que estivesse ciente que seria realizado no Estado de Santa Catarina um trabalho de investigação sobre o tema de Educação Permanente em Saúde e, a partir de sua aprovação, tivesse seu apoio para o desenvolvimento do estudo.

No mês de abril, realizei uma apresentação do projeto e fiz o convite formal aos membros que compõem as duas CIES para participarem como “sujeitos” da investigação. Expliquei que a pesquisa seria desenvolvida por meio de um processo ativo de participação dos membros das CIES e esclareci dúvidas a respeito da minha participação no processo de investigação.

Após o aceite verbal dos membros das CIES em participar da

Investigação Temática, solicitei um documento formal, denominado “Declaração de Anuência e Autorização da Instituição”, que foi assinada pelas articuladoras das CIES em papel timbrado das comissões. A declaração é uma exigência do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e foi anexada aos demais documentos entregues para apreciação do referido comitê.

Ao final do mês de abril de 2009, o projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da SES/SC sob parecer nº 0028.1604-09 (Anexo 4). Após a aprovação, entreguei uma cópia do projeto e da Declaração de Aprovação do Comitê de Ética, à DEP/SES/SC e às CIES participantes do estudo, na primeira reunião que ocorreu em maio de 2009, em ambas as CIES. Nesta reunião, fiz a reapresentação formal do projeto nas CIES, na qual ainda esclareci algumas dúvidas que os participantes tinham sobre o referencial teórico-metodológico que seria utilizado e o papel que eu desenvolveria dentro dos Círculos de Investigação – como pesquisadora-mediadora e participante-observadora.

Também, atendendo às exigências formais da ética em pesquisa com seres humanos, neste primeiro encontro, fiz a entrega e a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Consentimento de Imagens (Apêndice 4) aos participantes da investigação. Expliquei verbalmente que eles tinham a liberdade de participar ou não, bem como de desistir a qualquer momento do estudo, sendo que, para isso, bastava comunicar a mim e aos demais participantes da CIES sobre a sua desistência, visto que o processo de coleta das informações ocorreria a partir de movimentos realizados nos Círculos de Investigação, logo, não envolveria os participantes individualmente. Ainda, referi que a pesquisa não oferecia nenhum tipo de risco às suas vidas ou às posições que assumem em seus empregos.

Com a assinatura dos referidos termos, assumi o compromisso em relação ao anonimato das identidades e a confidencialidade das informações. Em relação ao sigilo das identidades, na primeira sessão em que ocorreu a composição do Círculo de Investigação Temática, os participantes das duas CIES solicitaram que as CIES fossem identificadas. Devido a isso, ao longo de toda a metodologia e na apresentação dos resultados, as duas CIES estão descritas.

Quanto ao sigilo das identidades dos participantes do estudo, solicitei, em diferentes momentos, que escolhessem um “nome fictício ou codinome” pelo qual foram identificados. Estas solicitações ocorreram de modo formal, na primeira sessão específica de composição



do Círculo de Investigação, na quarta sessão da Investigação Temática, visto que muitos participantes haviam se inserido nos Círculo de Investigação, e ainda, na quinta e sexta sessões realizadas, respectivamente, nas CIES Grande Florianópolis e Carbonífera, sendo que, nesse momento, entreguei-lhes uma folha, na qual estavam registrados seus nomes e os codinomes que haviam escolhido. Solicitei que confirmassem se eu poderia identificá-los do modo apresentado, dando-lhes a possibilidade de alteração do codinome escolhido inicialmente.

Ainda solicitei, por meio dos termos de consentimentos, a autorização para gravar em áudio e fazer o registro fotográfico dos encontros dos Círculos de Investigação. Para tanto, foi assegurado aos participantes o direito de solicitarem que o gravador fosse desligado quando desejassem que algo não fosse registrado, sendo que assim o fiz. Em relação aos registros fotográficos, caso fossem apresentados nos resultados do estudo, suas identidades seriam preservadas com um círculo branco em torno de seus rostos.

Nas reuniões ordinárias, extraordinárias ou dos grupos de trabalho das CIES em que não desenvolvi sessões específicas da Investigação Temática, mas estive presente como participante-observadora, muitas vezes havia a presença de membros externos à pesquisa, aos quais me apresentava como pesquisadora-mediadora participante-observadora daquele momento e lhes pedia autorização verbal para gravar a reunião, devido ao fato de que a maioria dos presentes era participante da pesquisa. Em todos os momentos em que solicitei, os membros externos autorizaram a gravação.

Em três (3) reuniões gerais de trabalho das CIES Grande Florianópolis e em quatro (4) reuniões da CIES Carbonífera, bem como nas reuniões do Fórum Estadual das CIES e na Oficina Estadual para elaboração do PEEPS, visto que a maioria dos presentes não era participante da investigação, ou por não ter recebido autorização para gravar em áudio, limitei-me a utilizar apenas registros em cadernos de anotações. Em todos os momentos que não eram específicos de reuniões das CIES participantes da investigação (reuniões do Fórum, do CGR e na oficina estadual), sempre me apresentei aos presentes como uma pesquisadora-mediadora que estaria acompanhando o encontro como participante-observadora, visto que estava realizando um estudo junto aos membros das CIES Grande Florianópolis e Carbonífera.

Em relação aos meus deveres de pesquisadora junto ao Estado e aos participantes da investigação, assegurei ao representante do DEP/SES/SC e aos participantes da Investigação Temática que as

informações coletadas seriam utilizadas exclusivamente para fins da pesquisa. Vale ressaltar que os dados foram arquivados em computadores com senha de acesso e os materiais impressos ficarão guardados em pastas lacradas no período de cinco anos e depois serão incinerados, aos quais apenas eu terei acesso por ser a pesquisadora principal. Assim, a pesquisa iniciou formalmente a partir do momento em que os membros das CIES aceitaram participar da investigação e assinaram os termos de consentimentos no mês de maio de 2009.

Devido ao referencial metodológico adotado no presente estudo, considero que cumpri a disposição ética que se refere à validação das informações coletadas, pois, ao longo de todo o trabalho de campo, devolvi, no início dos encontros específicos de realização das etapas da Investigação Temática, o material compilado aos participantes da pesquisa para validação. No entanto, como esta validação se configurou num processo crítico-reflexivo e problematizador, visto que os participantes apreciavam por meio de uma leitura crítica, refletiam e discutiam os aspectos apresentados nos materiais compilados, considerei essa validação como o primeiro momento de análise dos dados que estavam emergindo do processo de coleta das informações.

Considero que mantive uma postura ética, a partir do referencial teórico-metodológico que adotei para o estudo, no momento em que:

- a) mediei os diálogos nos Círculos de Investigação de modo que todos pudessem manifestar as suas opiniões, e estimei, por meio de questionamentos, a reflexão crítica dos participantes sobre os temas que emergiram nas etapas da investigação;
- b) respeitei a solicitação dos participantes das CIES, no momento em que precisavam inverter os pontos de pauta, deixando a sessão da Investigação Temática como último item, bem como solicitavam que determinados aspectos não fossem gravados ou considerados para a pesquisa;
- c) respeitei a autonomia dos participantes dos Círculos de Investigação em desistir de participar da pesquisa;
- d) compartilhei conhecimentos e estimei os participantes dos Círculos de Investigação a dialogarem com outras CIES no Estado de SC, a fim de conhecer como conseguiram resolver alguns aspectos que as CIES participantes do estudo estavam apresentando como problemas;
- e) nos registros e devolução do material compilado aos participantes (diários de campo ou material compilado), mantive explicitamente as questões objetivas dialogadas entre os membros das CIES;
- f) mobilizei o envolvimento de todos os membros das CIES como “sujeitos” nos processos de Educação Permanente em Saúde, não

deixando toda a responsabilidade das ações apenas para a figura daquela pessoa que era vista como “articuladora” das CIES;

g) respeitei o momento em que cada CIES conseguiu atingir, no processo de Investigação Temática, sem conduzir as discussões a partir de conclusões subjetivas que eu possuía dos contextos, ou de modo a forçar que chegassem ao resultado que eu gostaria que chegassem.

Entre os dilemas éticos que vivenciei ao longo do trabalho de campo como pesquisadora-mediadora e participante-observadora, apresento os seguintes aspectos:

a) mediar conflitos que existiram entre os membros nas CIES, evitando um posicionamento pessoal na estrutura discutida;

b) respeitar o posicionamento de alguns membros das CIES, que me procuravam em particular para falar sobre assuntos “delicados”, pois não consideravam propício expor tais assuntos a todos os membros das CIES. A minha posição, nessas situações, foi sempre de incentivá-los a expor tais aspectos a todos os membros da CIES, mas respeitei o momento dessas pessoas, guardando em sigilo o que me falavam, sendo que fiquei muito feliz ao perceber que, com o passar dos encontros em que refletíamos criticamente a realidade vivenciada pelas CIES, essas pessoas expuseram para todos os membros tais pontos críticos, de modo que todos puderam assumir o que estava ocorrendo e colaborar na resolução de tais situações;

c) realizar um enfrentamento junto a um membro, que possui uma posição extremamente opressora em relação aos demais participantes, e esteve presente em apenas uma reunião no final do ano, em uma das CIES participantes da investigação. Considero que esse enfrentamento foi importante por dois motivos principais: primeiro, para que essa pessoa respeitasse o momento que a CIES estava vivenciando e buscasse compreender a importância desse processo antes de julgá-lo, e, segundo, o meu posicionamento estimulou o empoderamento dos membros da CIES, de modo que saíram de uma condição de oprimidos, que aceitavam passivamente o que esta pessoa estava expondo, e passaram a questioná-la e argumentar sobre todo o processo que vivenciaram ao longo do ano, sendo que defenderam que, neste momento, precisavam superar algumas limitações para planejar as ações que desenvolveriam na CIES futuramente.

Após o término da Investigação Temática nas duas CIES participantes do estudo e a partir da análise e discussão final do material coletado, apresento os resultados que respondem à questão inicial da pesquisa por meio da composição do presente trabalho de tese. Depois da aprovação por uma banca de avaliadores e apresentação pública da

tese, comprometo-me a entregar uma cópia da tese (no formato impresso e digital) aos representantes das CIES participantes do estudo, bem como para a Divisão de Educação Permanente em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, para divulgação e socialização do trabalho, visto que os resultados dessa investigação podem servir de subsídios para as demais CIES do Estado de Santa Catarina repensarem os seus processos de desenvolvimento.

Ainda, a tese será enviada ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), órgão que me proporcionou uma bolsa para fins de custeio pessoal durante o meu doutorado, bem como será enviada à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) a fim de ser publicizada na íntegra.

Igualmente, como houve manifestações de interesse, comprometo-me em apresentar, na forma oral, os resultados encontrados nos Colegiados de Gestão Regional a que pertencem as duas CIES e no Fórum Estadual das CIES de Santa Catarina, atualmente denominado de CIES Estadual. E, ainda, como a maioria dos participantes solicitou, enviarei (via e-mail) a tese no formato pdf aos respectivos membros da investigação.

Cabe ressaltar que os resultados serão socializados na comunidade científica, por meio da apresentação e publicação do trabalho em eventos nacionais e internacionais, além da publicação de artigos em periódicos científicos de circulação internacional, de modo a difundir o conhecimento e contribuir com o debate em torno desta importante temática, pois, desse modo, assumo a responsabilidade com a produção do conhecimento realizada a partir deste estudo.

## 6 RESULTADOS

"A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria".

(Paulo Freire)

O processo de busca desenvolvido junto aos sujeitos sociais das duas CIES participantes da investigação temática proporcionou achados que dialogicamente voltaram a ser problematizados e modificados. A partir do momento em que os participantes tomaram consciência das situações-limite que estavam desvelando coletivamente, foram desencadeando distintos processos de mudanças que, por vezes, geraram alegrias e surpresas nos sujeitos sociais, pois o processo de investigação, antes de tudo, foi um processo de ensinar e aprender desenvolvido entre a pesquisadora-mediadora, os sujeitos sociais participantes e o contexto em que estavam inseridos.

Os resultados apresentados a seguir foram estruturados no formato de quatro manuscritos científicos, que respondem aos objetivos do presente trabalho. Os estudos derivaram do mesmo processo metodológico de coleta de informações, ou seja, da investigação temática desenvolvida junto a duas CIES do Estado de Santa Catarina.

O primeiro manuscrito intitulado "Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço: o contexto de duas realidades do estado de Santa Catarina" apresenta nos resultados o contexto da educação permanente em saúde em nível estadual, a caracterização das CIES participantes do estudo, bem como aspectos do contexto referente à organização, infraestrutura e relacionamentos das CIES dialogados e refletidos nos Círculos de Investigação.

O manuscrito "Participo de uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço: qual meu conhecimento sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde?" é o segundo trabalho apresentado e seus resultados evidenciam o limitado conhecimento sobre a PNEPS da maioria dos membros das CIES. A problematização realizada nas etapas de codificação e decodificação evidenciou outros dois temas, um relacionado à inexistência de estruturas organizativas nos municípios que se responsabilizam pela articulação e disseminação

de conhecimento sobre a PNEPS e o outro, a deficiência de ferramentas de divulgação da estrutura histórica e organizativa das CIES e da PNEPS.

O terceiro manuscrito foi denominado de “Educação permanente em saúde: participação e envolvimento dos sujeitos sociais em Comissões de Integração Ensino-Serviço”, e os resultados apresentam uma estrutura complexa referente à ausência e dificuldade de participação e envolvimento dos segmentos gestor, ensino e controle social nas CIES. O movimento realizado nas etapas de codificação e decodificação instigou os sujeitos a deixarem a posição de sujeitos e assumirem ações que demonstram um movimento de implicação com as CIES e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) por meio de “atos comprometidos” engajados com a realidade localregional.

O último manuscrito do capítulo foi intitulado “Desafio das Comissões de Integração Ensino-Serviço na gestão de recursos financeiros da educação permanente em saúde”, e os resultados apontam realidades muito semelhantes vivenciadas pelas duas CIES em relação a esse tema no período da investigação, sendo que os principais aspectos que tornam a gestão de recursos um desafio, segundo os membros das CIES, é a burocratização, a indefinição de formas de gestão financeira e a morosidade que permeia as estruturas públicas regionais responsáveis pela gestão dos recursos.

Conforme exigência do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, por meio da Instrução Normativa 06/PEN/2009 (Anexo 2), comunicamos que o material produzido como resultados desta tese, após a análise da banca de examinadores, será submetido para avaliação a fim de publicação em diferentes periódicos científicos da área da saúde.

## 6.1 MANUSCRITO 2: COMISSÕES PERMANENTES DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: O CONTEXTO DE DUAS REALIDADES DO ESTADO DE SANTA CATARINA

### **COMISSÕES PERMANENTES DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: O CONTEXTO DE DUAS REALIDADES DO ESTADO DE SANTA CATARINA**

#### ***PERMANENT INTEGRATION COMMITTEES OF SERVICE-LEARNING: THE CONTEXT OF TWO REALITIES IN THE STATE OF SANTA CATARINA***

#### ***COMISIONES PERMANENTES DE INTEGRACIÓN ENSEÑANZA-SERVICIO: EL CONTEXTO DE DOS REALIDADES DE LA PROVINCIA DE SANTA CATARINA***

### **RESUMO**

Estudo qualitativo, tipo pesquisa participante, desenvolvido através da adequação da Investigação Temática (IT) de Paulo Freire, com o objetivo de analisar os aspectos organizacionais, estruturais e relacionais do contexto em que estão inseridas duas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), de Santa Catarina/Brasil. A IT ocorreu de maio-dezembro/2009, envolveu 56 membros das CIES divididos em dois círculos de investigação, que participaram das etapas levantamento dos temas geradores, codificação, decodificação e desvelamento crítico da realidade. Os resultados da problematização sobre a organização evidenciaram um movimento de revisão do Plano Regional e Regimento Interno e necessidade de melhorias na infraestrutura e divulgação das CIES. Nas relações estabelecidas, destaca-se a superação das relações de opressão, através do empoderamento dos sujeitos conscientes da mudança da realidade.

**Descritores:** Educação Continuada. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. Política de Saúde. Sistema Único de Saúde. Pesquisa participativa baseada na comunidade.

### **ABSTRACT**

*This is a qualitative Study, participatory research like, developed through the adaptation of Paulo Freire's Thematic Research (TR), with*

*the aim of analyzing the organizational, structural and relational context in which operate two Permanent Integration Committee of Service-Learning (ICSL) in Santa Catarina, Brazil. The TR occurred from May to December 2009; involved 56 members of ICSL divided in two research groups, who participated of the survey of the generators themes, encoding, decoding, and critical disclosure of reality. The questioning results about the organization showed a revision movement of the Regional Plan and Bylaws and the need for infrastructure improvements and ICSL divulgation. On the established relationships, we highlight the overcoming of oppressive relations through the empowerment of the citizens aware of the changing reality.*

**Descriptors:** Education, Continuing. Health Human Resource Training. Health Policy. Unified Health System. Community-Based Participatory Research.

## **RESUMEN**

*Estudio cualitativo, tipo investigación participante, desarrollado por medio de la adecuación de la Investigación Temática (IT) de Paulo Freire, con el objetivo de analizar los aspectos organizacionales, estructurales y relacionales del contexto en que están inseridas dos Comisiones Permanentes de Integración Enseñanza-Servicio (CIES), de Santa Catarina/Brasil. La IT ocurrió de Mayo–Diciembre/2009, envolvió 56 miembros de las CIES divididos en dos círculos de investigación, que participarán de las etapas: levantamiento de los temas generadores, codificación, decodificación y desvelamento crítico de la realidad. Los resultados de la problematización sobre la organización evidenciaran un movimiento de revisión del Plano Regional y Regimiento Interno y necesidad de mejoría en la infraestructura y divulgación de las CIES. En las relaciones establecidas, se destacan la superación de las relaciones de opresión, por medio del empoderamiento de los participantes, conscientes del cambio de la realidad.*

**Descriptor:** Educación Continua. Capacitación de Recursos Humanos en Salud. Política de Salud. Sistema Único de Salud. Investigación Participativa Basada en la Comunidad.

## **INTRODUÇÃO**

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o modelo de saúde brasileiro há mais de 20 anos e estabeleceu uma mudança de paradigma nos serviços prestados à saúde da população. Esta mudança gerou a



necessidade de o trabalho em saúde ser desenvolvido com uma visão de clínica ampliada, incorporando os princípios da integralidade, universalidade e equidade nas ações e serviços prestados à população brasileira<sup>(1)</sup>.

Tal necessidade definiu a importância da articulação entre o ensino e o serviço para efetivação do SUS. Neste sentido, desde o final da década de 1980, estimulada pelo contexto interno e com a disseminação do arcabouço teórico-metodológico sobre Educação Permanente em Saúde (EPS) que guiou os programas desenvolvidos pela Organização Pan-Americana de Saúde e a Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) na região das Américas, foram realizadas diversas ações, programas e políticas coordenados pela área de desenvolvimento de recursos humanos do Ministério da Saúde (MS), a fim de suprir a necessidade de educação formal e permanente para atender à nova lógica do sistema de saúde brasileiro<sup>(2,3)</sup>.

No Brasil, a EPS foi fortalecida com a aprovação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos em Saúde (NOB/RH/SUS), em 2002, e com a mudança de gestor federal em 2003. Esses aspectos mobilizaram a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), como um componente estratégico do MS, que tem por responsabilidade formular as políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação, apoiando técnica e financeiramente ações que integram a educação e o trabalho em saúde no país. A função e posição da SGTES junto ao MS configura o reconhecimento do governo federal sobre a importância da articulação entre trabalho-educação-saúde para efetivação de mudanças nas práticas de saúde no país<sup>(4,5)</sup>.

Com a criação da SGTES, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída no país em 2004, por meio da Portaria GM/MS nº 198/04<sup>(6)</sup>. Essa política assumiu e ampliou o arcabouço teórico metodológico da OPAS/OMS sobre EPS, bem como estabeleceu estratégias de ação, denominadas de Polos de Educação Permanente em Saúde (Pólos de EPS), que buscaram articular e ordenar a educação formal e permanente na área da saúde, com envolvimento de distintos sujeitos sociais dos segmentos da gestão, atenção, ensino e controle sociais em seus espaços locais, microrregionais e regionais, a fim de estabelecer mudanças da realidade, melhorando o cuidado prestado à população<sup>(7,8)</sup>.

A proposta teórico-metodológica da PNEPS apresenta que a EPS, ao ser “incorporada ao cotidiano da gestão setorial e da condução gerencial dos serviços de saúde, colocaria o SUS como um interlocutor

nato das instituições formadoras, na formulação e implantação de projetos e não simplesmente campo de estágio ou aprendizagem prática<sup>(7)</sup>, fato que atende ao disposto no artigo 200 da Constituição Federal, que estabelece ser competência do SUS “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”.

A reestruturação da SGTES em 2005, as disposições apresentadas no Pacto pela Saúde, especialmente as referentes ao Pacto de Gestão em 2006 e a avaliação da estratégia de ação da Portaria GM/MS nº 198/04, que apontou muitas conquistas na área de educação e trabalho, bem como importantes fragilidades na estratégia de ação dos Polos de EPS<sup>(9)</sup>, estimularam a elaboração e aprovação da Portaria GM/MS nº 1.996/07, que instituiu novas estratégias de ação e de financiamento da PNEPS, sendo que sua condução se efetiva por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) e das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES)<sup>(5,10)</sup>.

O CGR composto pelo conjunto de gestores municipais de saúde de uma determinada região e o representante do gestor estadual deve considerar as especificidades locais e a PNEPS para elaborar o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), coerente com os aspectos de EPS apresentados nos planos de saúde municipais e estadual. Já as CIES são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes para a cogestão da PNEPS, formadas por sujeitos sociais representantes dos segmentos da gestão, atenção, ensino e controle social, que participam da formulação, condução, desenvolvimento e avaliação da política nas localidades, bem como fornecem informações ao CGR de modo a orientar suas decisões em relação ao PAREPS<sup>(5,10)</sup>.

Esta apresentação inicial da EPS no Brasil tem por finalidade contextualizar como esse tema está organizado teoricamente na esfera federal a fim de facilitar a compreensão dos aspectos contextuais das CIES participantes deste estudo em nível regional. Acreditamos que a análise do contexto das CIES possibilita a compreensão de um, entre outros aspectos, que influencia o processo de desenvolvimento da referida política nas regiões. Ainda, a possibilidade de diálogo e reflexão sobre esse tema no interior das CIES torna-se fundamental, haja vista a responsabilidade que os sujeitos sociais possuem na consolidação de propostas de EPS em suas localidades.

Salientamos que a investigação não tem a pretensão de realizar comparações entre as duas CIES participantes, apenas apresentamos aspectos das realidades escolhidas a fim de discutir potencialidades e fragilidades vivenciadas no interior de cada CIES, bem como destacar a forma como os membros se organizaram para buscar soluções. O estudo é

justificado pela possibilidade de despertar a discussão e reflexão dos aspectos vivenciados e apresentados nesse trabalho em outras CIES do Estado ou do País, e ainda, estimular a realização de ações de mudança no interior das comissões envolvidas, haja vista o caráter participativo da metodologia aplicada na investigação estar sustentado no referencial de Paulo Freire.

## **OBJETIVO**

Analisar os aspectos organizacionais, estruturais e relacionais do contexto em que estão inseridas duas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço no Estado de Santa Catarina, Brasil.

## **METODOLOGIA**

Estudo qualitativo, do tipo pesquisa participante<sup>(11)</sup>, desenvolvido por meio de uma adequação da Investigação Temática (IT) elaborada por Paulo Freire. A investigação iniciou com a composição do Círculo de Investigação Temática e foi estruturada em três etapas que se articularam ao longo do trabalho de campo: a) Levantamento dos Temas Geradores; b) Codificação; e, c) Decodificação e Desvelamento Crítico da Realidade<sup>(12,13)</sup>.

A Investigação Temática ocorreu no período de maio a dezembro de 2009, em duas CIES, no Estado de Santa Catarina/Brasil. A escolha das CIES foi intencional, visto a facilidade de estada da pesquisadora-mediadora em suas cidades-sede para o acompanhamento e registro das ações desenvolvidas.

A coleta de informações iniciou com a formação de um círculo de investigação em cada uma das CIES participante e ocorreu a partir de três estruturas: a) participação da pesquisadora como mediadora em 16 e 17 reuniões de trabalho das CIES Grande Florianópolis e Carbonífera, respectivamente, 4 reuniões do Fórum Estadual das CIES (atual CIES Estadual) e uma Oficina Estadual de EPS; b) realização das etapas da IT em 5 reuniões na CIES Grande Florianópolis e 6 reuniões na CIES Carbonífera, em que a investigação foi ponto de pauta; c) análise de documentos das CIES (Regimento Interno, Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde - PAREPS, Atas e Relatórios do ano de 2008) e documentos da Divisão de Educação Permanente da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (Atas, Relatórios e Deliberações), que nos possibilitaram descrever o contexto em que as CIES estão inseridas.

Os sujeitos da pesquisa foram os membros titulares e suplentes representantes do ensino, gestão, serviços e controle social, configurando-se

21 participantes da CIES Grande Florianópolis e 35 da CIES Carbonífera. Essa participação variou entre as reuniões de trabalho e a realização das etapas da investigação temática propriamente dita, sendo que, nos encontros específicos de IT, que tiveram uma duração que variou de 1 a 3h, participaram 7 a 15 sujeitos na CIES Florianópolis e 10 a 17 sujeitos na CIES Carbonífera.

Utilizamos triangulação de técnicas para obtenção das temáticas, sendo as principais a observação participante e o diálogo entre os membros dos círculos motivados a partir de perguntas instigadoras. Fizemos registros objetivos e subjetivos em cadernos de campo, que, após cada observação, foram reorganizados em documentos específicos no Microsoft Word® e revisados a fim de garantir ao máximo a descrição dos aspectos observados.

Ainda, sempre que autorizado pelos participantes, as reuniões de trabalho e as etapas da IT foram gravadas em arquivo digital e posteriormente transcritas, os depoimentos eram compilados juntamente com as observações objetivas de modo a serem devolvidos aos círculos no processo da investigação, enquanto os registros subjetivos fomentavam os questionamentos realizados pela pesquisadora-mediadora a fim de estimular o diálogo e a reflexão sobre a realidade vivida pelos participantes dos círculos de IT.

Ao longo das etapas específicas de IT<sup>(12,13)</sup>, além das técnicas já explicitadas, utilizamos diferentes dinâmicas a seguir descritas para composição do corpus de dados da investigação:

1) Levantamento dos temas geradores: os registros objetivos das reuniões de trabalho e da formação dos círculos de investigação efetuados pela pesquisadora-mediadora foram apresentados de forma escrita aos participantes dos círculos. Os membros se dividiram em subcírculos conforme estiveram presentes nas reuniões para efetuarem uma leitura dos registros, destacando aspectos que lhes causavam desconforto e incômodo, denominados de “situações-limite” que estão intrinsecamente ligadas aos “temas geradores”<sup>(12)</sup>. Após discussão e análise do material, os participantes formaram novamente o círculo de investigação e apresentaram de forma dialógica os temas geradores destacados pelos subcírculos. O diálogo realizado nos círculos de investigação permitiu a emergência de novos temas geradores e novas situações-limites além das apontadas nos subcírculos.

2) Codificação: essa etapa iniciou no momento em que os participantes validaram uma lista de 16 e 15 temas geradores das CIES Grande Florianópolis e Carbonífera, respectivamente. Contudo, no presente trabalho, devido à limitação estrutural imposta para composição de um artigo científico, apresentamos e discutimos as características gerais das comissões, três temas geradores comuns às duas CIES, quatro temas

específicos da CIES Grande Florianópolis e três temas específicos da CIES Carbonífera. A etapa de codificação propriamente dita ocorreu por meio de uma técnica projetiva na qual apresentamos um painel com as informações codificadas referentes a cada CIES na forma de desenhos. Essa técnica foi elaborada a partir dos temas geradores validados, da organização das informações extraídas das observações participantes e das gravações das reuniões de trabalho. Os painéis foram trabalhados juntamente com perguntas norteadoras apresentadas de forma impressa e respondidas inicialmente de forma individual, posteriormente discutidas em subcírculos e, ao final, dialogadas entre todos os membros dos círculos de IT das CIES. Assim, foi possível evidenciar a compreensão dos participantes sobre os temas geradores que emergiram em cada realidade.

3) Decodificação e Desvelamento crítico da realidade: devido ao caráter dinâmico da metodologia, a decodificação iniciou articulada à codificação em ambas as CIES, pois os participantes descreveram os aspectos que estavam vivenciando a partir da sua própria identificação na projeção que lhes foi apresentada, logo, “tomaram consciência” de tais aspectos. O desvelamento crítico teve início no momento em que os participantes se “conscientizaram”, ou seja, posicionaram-se de modo crítico a respeito dos temas geradores, sendo que dialogaram e, após divisão de responsabilidades, efetivaram um movimento de mudança da realidade anteriormente descrita por eles. Porém, esse momento ocorreu em diferentes dimensões em cada CIES e no interior de cada sujeito social, e, devido a isso, na última reunião de ambas as CIES realizada em dezembro de 2009, após um processo de avaliação coletiva da IT, os membros das CIES analisaram as ações desenvolvidas e estabeleceram uma agenda de ações com propostas de mudanças que seriam implementadas ao longo do ano de 2010, a partir dos aspectos dialogados no desvelamento crítico da realidade.

Em relação à análise qualitativa dos dados, o processo ocorreu concomitante à coleta, pois, quando os temas geradores foram codificados, apresentados e rediscutidos pelos membros dos círculos de investigação das CIES, emergiram temáticas que passaram por um processo de análise coletiva e movimento de mudança que atingiram diferentes dimensões<sup>(14)</sup>. Desse modo, os resultados apresentados foram analisados e estruturados ao longo das etapas da IT, sendo que, no processo final de análise, estabelecemos a compilação dos temas geradores descritos no presente trabalho de modo a compor a grande temática sobre a “aspectos organizacionais, estruturais e relacionais do contexto das CIES”, articulada a uma discussão teórica, que possibilitou a discussão dos achados com outros autores.

Esse estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da SES/SC, processo nº 0028.1604-09, atendendo aos critérios da Resolução do CNS nº 196/96. As identidades dos participantes estão preservadas por pseudônimos escolhidos pelos próprios sujeitos sociais da investigação.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Contexto da educação permanente em saúde no Estado de Santa Catarina

Com a aprovação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), em 2003, o Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina (CES/SC), em dezembro do mesmo ano, aprovou a estruturação de 12 Polos Locorregionais de Educação Permanente em Saúde (Pólos de EPS) no Estado<sup>a</sup>. Estes Polos foram definidos por meio de encontros coletivos organizados pela até então denominada Divisão de Educação e Promoção da Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde. Participaram desses encontros sujeitos sociais envolvidos com a temática nas diferentes regiões do Estado, sendo que as discussões seguiram a lógica da regionalização e tiveram o apoio técnico do Ministério da Saúde (MS). Assim, tais Polos abrangeram todos os municípios e se responsabilizaram pela condução das ações de EPS preconizadas na Portaria GM/MS nº 198/04<sup>6</sup>.

Em 2007, em substituição aos Polos de EPS, foram instituídos, em Santa Catarina (SC), 15 Colegiados de Gestão Regional (CGR), aos quais se articularam 15 Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES)<sup>b</sup>, órgãos responsáveis pela formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS em nível locorregional<sup>(10)</sup>. A definição de tal estrutura atendeu ao Plano Diretor de Regionalização de 2002

<sup>a</sup> *Fonte:* Santa Catarina (SC). Conselho Estadual de Saúde (CES). Resolução 009/CES/03, de 17 de dezembro de 2003. Dispõe sobre a criação de 12 Pólos de Educação Permanente em Saúde no Estado de Santa Catarina. [documento internet]. 2003. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br>>. Acesso em: 15 nov. 2009.

<sup>b</sup> *Fontes:* Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Secretaria de Estado da Saúde, Governo de Santa Catarina (SES-SC). Deliberação 127/CIB/07, de 04 de outubro de 2007. Homologa os Colegiados de Gestão Regional em número de 15, aprovados na Deliberação 044/CIB de 22 de Junho de 2007. Deliberação 225/CIB/07, de 17 de dezembro de 2007. Define que as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço atenderão os municípios de acordo com a lógica da regionalização do estado, de forma que nenhum município, assim como nenhum Colegiado de Gestão Regional – CGR, fique sem sua referência a uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço. [documento internet] 2007. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/conselhos\\_de\\_saude](http://www.saude.sc.gov.br/conselhos_de_saude)>. Acesso em: 27 jul. 2008.

(PDR/SC/2002), ao Pacto de Gestão do SUS, lançado como um dos três eixos do Pacto pela Saúde em 2006, e à Portaria GM/MS nº 1.996/07, que definiu novas estratégias para a condução da PNEPS em 2007.

Os 15 CGR e CIES organizaram-se em torno das antigas estruturas existentes dos Polos de EPS, mantendo a cobertura de EPS em 100% (293) dos municípios do Estado. Assim, algumas CIES permaneceram com a mesma dimensão estrutural dos antigos Polos de EPS, enquanto outras foram modificadas, agregando ou perdendo municípios conforme aspectos da regionalização. O processo de implementação do PDR/SC/2008 evidenciou a necessidade de revisão estrutural de alguns CGR e, por conseguinte, suas CIES. Devido a isso, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no uso de suas atribuições, homologou, em 2009, a formação do 16º CGR e sua respectiva CIES<sup>c</sup>.

Atualmente, a PNEPS é desenvolvida em Santa Catarina por meio de 16 CGR e 16 CIES, sendo que a Diretoria de Educação Permanente em Saúde (DEPS) da SES/SC é a responsável pela PNEPS em âmbito estadual, designando a Divisão de Educação Permanente (DEP), composta apenas pelo seu coordenador, a responsabilidade pela articulação da política junto a outras estruturas administrativas estaduais e ao MS, bem como prestando assessoria direta a todas as CIES no Estado, conduzindo a elaboração e a execução das ações de EPS propostas no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), secretariando a CIES Estadual, entre outras funções.

Durante os anos de 2008 e 2009, o coordenador da DEP realizou encontros periódicos (mensais ou bimensais) entre os articuladores das CIES Regionais, e essa estrutura era denominada de Fórum das CIES, sendo que, nesse período, tal estrutura não estava de fato instituída pela CIB/SC. Devido a isso, em reuniões realizadas no ano de 2009, os membros elaboraram uma proposta de estruturação da CIES Estadual, como prevê a Portaria GM/MS nº 1.996/07<sup>(10)</sup>. Após várias discussões, em julho de 2010, a CIES Estadual foi aprovada pela CIB, sendo vinculada à Câmara Técnica de Recursos Humanos da CIB/SC com a

---

<sup>c</sup> *Fontes:* Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Secretaria de Estado da Saúde, Governo de Santa Catarina (SES-SC). Deliberação 079/CIB/09, de 16 de julho de 2009. Define a constituição do Colegiado de Gestão Regional – CGR Extremo Oeste – 03, composto pela Região de Saúde formada pelos municípios das Secretarias de Desenvolvimento Regional de São Lourenço do Oeste e Xanxerê, resultando no 16º CGR no Estado de Santa Catarina. Deliberação 205/CIB/09, de 10 de dezembro de 2009. Define a distribuição dos recursos financeiros da PNEPS para o estado de SC referente ao ano de 2009 e homologa criação da 16ª CIES em função da instituição do 16º CGR que agregou as Regiões de Saúde de São Lourenço do Oeste e Xanxerê. [documento internet] 2009. Disponível em: < <http://www.saude.sc.gov.br>>. Acesso em: 23 ago. 2010.

função de apoiá-la nas questões relacionadas à Educação Permanente em Saúde<sup>d</sup>.

A CIB/SC deliberou que, a partir de 2008, 10% dos recursos destinados à PNEPS pelo MS ficam no Fundo Estadual de Saúde para ser utilizados na realização de ações de EPS em nível estadual, previstas no PEEPS, bem como para manutenção da CIES Estadual<sup>e</sup>. No período do trabalho de campo, não houve investimentos financeiros estaduais e municipais destinados à PNEPS.

Em Santa Catarina, a CIB homologou que os recursos provenientes da PNEPS, específicos para formação em nível médio em saúde, sejam repassados a duas Escolas Técnicas do SUS (ET-SUS), uma desde 2007, vinculada diretamente à DEPS/SES-SC – Escola de Formação em Saúde (EFOS) – e outra ao município de Blumenau – Escola Técnica de Saúde de Blumenau (ET-SUS/Blumenau). A EFOS atende, de forma descentralizada, as necessidades de formação em nível fundamental e médio para área da saúde de 240 municípios, enquanto que a ET-SUS/ Blumenau, também de forma descentralizada, abrange 53 municípios das regiões do Alto e Médio Vale do Rio Itajaí, e da Foz do Rio Itajaí de SC. Ainda, a DEPS é responsável pela Escola de Saúde Pública (ESP-SC), atende às necessidades de pós-graduação *lato sensu* na área de saúde pública no Estado, sendo que também desenvolve suas ações de forma descentralizada e está vinculada à DEPS/SES-SC.

As necessidades de educação profissional em nível médio das duas CIES participantes do estudo (Grande Florianópolis e Carbonífera) são atendidas de forma descentralizada pela EFOS. Neste sentido, torna-se fundamental a parceria estabelecida com os CGR e com as CIES, que apoiam o desenvolvimento da educação profissional como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação em serviço. No entanto, um aspecto dialogado nos círculos de investigação é que tais parcerias ainda ocorrem de modo informal, sendo mobilizadas pela demanda, sem uma referência em cada localidade que se responsabilize pela articulação das ações de educação profissional entre os municípios.

O Estado de Santa Catarina há anos vem desenvolvendo uma

---

<sup>d</sup> Fonte: Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Secretaria de Estado da Saúde, Governo de Santa Catarina (SES-SC). Deliberação 312/CIB/10, de 08 de julho de 2010. Aprova a composição da Comissão de Integração Ensino-Serviço Estadual. [documento internet] 2010. Disponível em: [www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br) >. Acesso em: 03 out. 2010.

<sup>e</sup> Fonte: Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Secretaria de Estado da Saúde, Governo de Santa Catarina (SES-SC). Deliberação nº 248/CIB/08, de 03 de dezembro de 2008. Define o valor orçamentário repassado do Fundo Estadual de Saúde às CIES Regionais e Estadual. [documento internet] 2008. Disponível em: [www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br) >. Acesso em: 23 ago. 2010.



estratégia de governo descentralizada, que atualmente se expressa na composição de 36 Secretarias de Estado de Desenvolvimento Regionais (SDR). Na EPS, a lógica da descentralização pode ser percebida na organização dos 16 CGR e CIES, pois, para a divisão dessa estrutura, foram consideradas as características de cada localidade, de modo que todos os CGR/CIES são formados por um número de municípios que garanta a participação dos sujeitos sociais representantes dos segmentos da gestão, atenção, ensino e controle social, como preconizado no referencial teórico-metodológico da PNEPS<sup>(7,10)</sup>.

A lógica da descentralização para a PNEPS em SC é um aspecto que merece destaque positivo, pois atende aos pressupostos instituídos com a criação do próprio Sistema Único de Saúde (SUS) e busca envolver e responsabilizar um número maior de sujeitos sociais pelo desenvolvimento das ações de EPS em diferentes localidades do Estado. O fato da SES/SC apresentar em seu organograma uma diretoria (DEPS), responsável por atender os aspectos relacionados à educação e saúde no Estado, denota uma tentativa de alinhamento à estrutura federal responsável pela PNEPS, apontando que o Estado de Santa Catarina se preocupa com essa temática.

A responsabilidade da DEP em reunir periodicamente as diferentes comissões (atual CIES Estadual) para “estimular a cooperação e a conjugação de esforços, a não-fragmentação das propostas e a compatibilização das iniciativas com a política de saúde, atendendo aos interesses e necessidade de fortalecimento do SUS e da Reforma Sanitária Brasileira, sempre respeitando as necessidades locais”<sup>(15)</sup> é percebida pelos membros das CIES como um aspecto positivo que vem ao encontro da PNEPS, desde sua instituição e se manteve na Portaria GM/MS nº 1.996/04.

A partir da análise desse contexto, identificamos que a SES/SC precisaria dar maior atenção e apoio para alguns aspectos que ainda se encontram frágeis em relação às questões de EPS no Estado. Pois, sem o apoio da CIB/SC, dificilmente a DEPS consegue ampliar a capacidade de resolução de alguns problemas de gestão, entre eles o referente à ampliação de recursos financeiros do Estado e dos Municípios destinados às ações de EPS, visto que, no período desta investigação, esses recursos foram destinados do MS por meio da PNEPS, sem uma contrapartida instituída pelo Estado e Municípios.

Outro aspecto que merece atenção diz respeito ao limitado número de profissionais alocados para coordenar/desenvolver as atividades referentes à educação profissional na EFOS e na Escola de Saúde Pública. Esse aspecto foi problematizado tanto no interior das

CIES participantes da IT, quanto nos encontros do Fórum das CIES (atual CIES Estadual), pois o movimento dialógico instalado no interior desses espaços apontou a necessidade de reorganização estrutural das duas instituições de ensino ligadas à SES/SC (EFOS e ESP), que poderiam seguir uma lógica de descentralização, com núcleos responsáveis pelas ações de educação na saúde e EPS em cada regional de saúde. A literatura aponta exemplos de estruturas descentralizadas nessa área, como os Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva (NURESC) ligados à Escola de Saúde Pública no Rio Grande do Sul<sup>(16)</sup>, ou os Sistemas Municipais de Saúde-Escola em Fortaleza/Ceará<sup>(17)</sup>, entre outras propostas.

### Caracterização das CIES participantes do estudo

Entre as 16 CIES do Estado de Santa Catarina, duas foram convidadas e aceitaram participar da IT, sendo que as características gerais das comissões estão descritas na Tabela 6.1.1.

**Tabela 6.1.1** - Características gerais das duas CIES do Estado de Santa Catarina participantes da investigação, em 2009.

(continua)

CARACTERÍSTICAS	CIES GRANDE FLORIANÓPOLIS	CIES CARBONÍFERA
Instituída pela CIB	Dezembro de 2007	Dezembro de 2007
Pertencente à Macrorregião de Saúde	Grande Florianópolis	Sul
Ligada ao CGR	Grande Florianópolis	Carbonífera
Constituída pelo CGR	Junho de 2008	Janeiro de 2008*
Município sede	Florianópolis	Criciúma
Nº Municípios	22	11
Pequeno porte (até 20.000 hab)	16	8
Médio porte (20.001 a 100.000 hab)	3	2
Grande porte (mais de 100.001 hab)	3	1
Regimento Interno	Concluído pela CIES e aprovado pelo CGR maio em 2009	Concluído pela CIES e aprovado pelo CGR em julho 2009
Secretaria Executiva	Instituída pelo CGR junto a Escola de Formação em Saúde (EFOS) no município de São José	Estruturada na sede da 18ª Regional de Saúde desde a época do antigo Polo de EPS no município de Criciúma
Estrutura das Reuniões	Organizadas e conduzidas pela articuladora, com pauta enviada previamente e realizadas na EFOS	Itinerante entre os municípios que compõe a CIES, organizadas e conduzidas por uma comissão de articuladores, com pauta enviada previamente

**Tabela 6.1.1** - Características gerais das duas CIES do Estado de Santa Catarina participantes da investigação, em 2009.

(conclusão)

CARACTERÍSTICAS	CIES GRANDE FLORIANÓPOLIS	CIES CARBONÍFERA
Nº Oficial de Membros Titular e Suplente	Maio (2009): 22 membros Dezembro (2009): 28 membros	Maio (2009): 42 membros; Dezembro (2009): 44 membros
Representação Titular Maio (2009)	2 CGR, 1 Gerência Regional de Saúde, 2 CMS, 1 EFOS, 1 Escola Saúde Pública, 1 Universidade com curso na área da saúde, 1 Serviço Hospitais, 2 Técnicos Municipais de Saúde (municípios membros da CIES), 1 Associação dos Municípios	3 Gerência Regional de Saúde, 1 CMS, 3 Universidade com curso na área da saúde, 1 Escola Técnica, 2 Serviço Hospitais, 11 Técnicos Municipais de Saúde (municípios membros da CIES)
Representação Titular Dezembro (2009)	2 CGR, 1 Gerência Regional de Saúde, 2 CMS, 1 EFOS, 1 Escola Saúde Pública, 1 Universidade Pública, 1 Universidade Privada, 1 Serviço Hospitais, 3 Técnicos Municipais de Saúde (municípios membros da CIES), 1 Associação dos Municípios	3 Gerência Regional de Saúde, 1 Secretaria Estadual de Educação, 1 CMS, 3 Universidade com curso na área da saúde, 1 Escola Técnica São José, 2 Serviço Hospitais, 11 Técnicos Municipais de Saúde (municípios membros da CIES)
Recursos da PNEPS	Recebido para ser investido em EPS no ano de 2009: - 2007 – R\$ 117.993,31 - 2008 – R\$ 108.213,77	Recebido para ser investido em EPS no ano de 2009: - 2007 – R\$ 60.483,97 - 2008 – R\$ 55.470,93
Porcentagem de recursos (2007/2008) gastos em 2009/2010	6,94 % - em 2009 68,67% - em 2010	100% - em 2010
Ações de EPS implementadas ou acompanhadas pela CIES	<b>Em 2009:</b> 1. Mini-curso de sobre PNH para membros do CGR e CIES; 2. Início do Curso sobre Sistemas de Informações em Saúde (SIS); 3. Encontro de estudo sobre a PNEPS na CIES. <b>Em 2010:</b> 1. Continuação do Curso sobre SIS; 2. Curso de Saúde Mental; 3. Curso SUS e PNH	<b>Em 2010:</b> 1. Capacitação em Vigilância em Saúde 2. Capacitação dos Conselhos Locais de Saúde 3. Curso de Sensibilização em Saúde Mental
Definição orçamentária manutenção da CIES	CGR instituiu no regimento interno 5% dos recursos à manutenção da CIES	Não há especificação à CIES
PAREPS	Elaborado pela CIES, aprovado pelo CGR e enviado à DEP em junho de 2009 para homologação da CIB.	Elaborado pela CIES, aprovado pelo CGR e enviado a DEP em 2009 para homologação da CIB.
Formação profissional em nível médio	Atendida pela Escola de Formação em Saúde (EFOS) de forma descentralizada	Escola de Formação em Saúde (EFOS) de forma descentralizada

**Fonte:** Regimento interno, PAREPS, Atas de reuniões e relatórios dos anos de 2008 e 2009 das duas CIES, mar-dez de 2009.

\*Após a homologação da CIB e definição da constituição do CGR e CIES da Região Carbonífera, a CIES se organizou sobre a estrutura do antigo Polo de EPS, mudando apenas o nome e algumas representações, logo, não houve uma definição e constituição formal da CIES Carbonífera pelo CGR nesse período. Apenas em abril de 2009, o CGR oficializou a criação da CIES Carbonífera como uma Câmara Técnica responsável pela EPS na região.

A Tabela 6.1.1 reflete características semelhantes e as particularidades de cada comissão participante da investigação. Entre as semelhanças, podemos destacar que ambas, teoricamente, buscam manter representações dos distintos segmentos da gestão, atenção, ensino e controle social. No entanto, diferenciam no movimento de inclusão dos participantes, pois, na CIES Grande Florianópolis, os membros são definidos e/ou aceitos pelo CGR, tendo um número limite de representação de cada segmento. Já na CIES Carbonífera, há uma definição sobre quais segmentos devem compor a comissão, no entanto, a lógica é de inclusão, o que vem mais ao encontro dos preceitos teórico-metodológicos da PNEPS.

Os participantes consideram bom o número de municípios que compõem cada região das CIES, pois há possibilidade de desenvolver as ações de EPS de modo descentralizado, com um número significativo de vagas para cada município. Em relação às semelhanças, destacamos que ambas têm uma secretaria executiva, que se responsabiliza pela organização das reuniões e envio de informações conforme prevê a Portaria GM/MS nº 1.996/07. Ainda, as duas CIES se estruturaram em 2008, no entanto, conseguiram elaborar e aprovar seus Regimentos Internos (RI) e os Planos de Ação Regionais de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) apenas em 2009, o que denota a construção processual que se estabelece no interior das comissões.

Entre as peculiaridades destacam-se o fato da CIES Carbonífera ter sua condução estruturada teoricamente por uma comissão de articuladores, o que faz com que a representação da CIES seja compartilhada. Esse fato não ocorre na CIES Grande Florianópolis, que possui a figura do articulador centrado em uma única pessoa, no entanto, no decorrer das etapas da IT, foi possível constatar que a CIES Grande Florianópolis conseguiu mobilizar alguns membros que passaram a acompanhar e assumir responsabilidades com a articuladora, mesmo não havendo essa estrutura formal de divisão de funções.

Uma conquista importante da CIES Grande Florianópolis é a definição pelo CGR de que uma porcentagem dos recursos da CIES deve ser investida na estruturação da própria comissão. Esse aspecto foi compartilhado nas reuniões do Fórum de EPS (atual CIES Estadual) a fim de incentivar as demais comissões a conquistar recursos para garantir a

manutenção da secretaria executiva da CIES, pois a Portaria GM/MS nº 1.996/07 não prevê um financiamento específico para manutenção e secretaria das CIES.

### Aspectos do contexto das CIES dialogados e refletidos nos Círculos de Investigação

Os temas geradores descritos na Tabela 6.1.2 foram dialogados e apresentados nos círculos de investigação e se referem ao contexto das estruturas estaduais de EPS que envolvem as CIES participantes da IT. Optamos por apresentá-los como pertencente a ambas, devido à semelhança como foram referidos nas etapas da investigação.

**Tabela 6.1.2** - Aspectos sobre o contexto estadual dialogados nos Círculos de Investigação das CIES.

<b>CIES GRANDE FLORIANÓPOLIS e CIES CARBONÍFERA</b>	
<b>Temas Geradores:</b> dificuldade da DEPS em participar das reuniões promovidas pela CIES para sensibilização do CGR sobre a PNEPS; dificuldade da DEP em desenvolver todas as suas ações e prestar orientações técnicas sobre distintos temas devido ao limitado número de pessoas (1 pessoa) envolvidas diretamente com a PNEPS.	
<b>Codificação</b>	<b>Decodificação</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- percepção pelos membros das CIES que o Diretor da DEPS é uma “figura de poder”. Desse modo, esperam contar com a presença do diretor em alguns eventos que organizam junto ao CGR para divulgação da importância da PNEPS para as regiões;</li> <li>- necessidade de haver um número maior de pessoas envolvidas com a PNEPS na DEP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dificuldade do Diretor da DEPS conciliar sua agenda para participar das reuniões, a convite da CIES;</li> <li>- o número limitado de pessoas envolvidas com a PNEPS na DEP dificulta o esclarecimento de dúvidas, pois o coordenador atende várias demandas e faz encaminhamentos porque não há um grupo formal com quem possa discutir.</li> </ul>
<b>Desvelamento Crítico da Realidade</b>	
<b>Proposta de Mudança:</b> enviar “ofício convite” à DEPS com 20 dias de antecedência; expor a importância do coordenador da DEP conseguir se organizar de modo a atender às necessidades de orientações técnicas das CIES, sendo mais pró-ativo.	
<b>Ação desenvolvida:</b> apresentado em reuniões do fórum das CIES e em oficinas organizadas pela DEP a importância da presença do diretor da DEPS em eventos organizados pelas comissões junto aos CGR e a possibilidade da DEP ter um número maior de pessoas envolvidas com a PNEPS.	

**Fonte:** Círculos de Investigação Temática realizados nas CIES Grande Florianópolis e CIES Carbonífera, maio a dezembro de 2009.

Durante as etapas de codificação e decodificação, foi possível constatar uma dicotomia nas opiniões dos membros das comissões em relação à participação do órgão estadual responsável pela PNEPS no contexto das CIES, pois, ao mesmo tempo em que dialogavam sobre a importância da lógica da descentralização como um aspecto positivo instituído no Estado, em que as CIES e os CGR têm autonomia em conduzir as propostas relacionadas à EPS conforme a necessidade de suas localregiões, também refletiam e apontavam a relevância da estrutura central estar organizada, de forma que possibilite a busca de informações e diretrizes quando as CIES regionais não conseguem resolver aspectos em suas realidades.

“compreendemos a importância da descentralização e como é bom as regiões tomarem suas decisões, no entanto, às vezes nós precisamos de um maior apoio central, e como não é sempre que pedimos, acho que a DEPS deveria dar maior atenção às nossas solicitações, pois se pedimos é porque naquele momento não temos mais a quem recorrer” (Margarete/CIES-Carbonífera).

“[...] há uma maior atenção do coordenador da DEP em participar de eventos e reuniões [...] nem sempre tem o mesmo efeito junto aos membros do CGR [...] a figura do diretor tem mais força” (Sueli/CIES-Grande Florianópolis).

“compreendo a importância do envolvimento e maior apoio da DEPS/DEP na divulgação da PNEPS, mas não podemos esquecer a lógica da PNEPS enquanto uma política transversal, e não um quadradinho dentro de um determinado local [...] temos que cuidar ao apresentar esse tema gerador, para não parecer que nós ainda pensamos a EPS como uma gerência, dentro de um determinado quadradinho no estado ou municípios e, desse modo, ela não atravessa, no sentido de permear, todas as políticas que nós estamos desenvolvendo, ela não se institui de fato” (Mathias/CIES-Grande Florianópolis).

O movimento dialógico e problematizador empregado pelos participantes da IT fortaleceu a importância de os membros da CIES assumirem a sua função como copartícipes na microgestão<sup>(18)</sup>, expressa na regulação da ação cotidiana de trabalho nas comissões. Os participantes assumiram a importância das comissões se organizarem a fim de adotar o arcabouço teórico-metodológico da PNEPS nas suas localregiões, além de apontarem, no desvelamento crítico, que a participação dos representantes estaduais da EPS em reuniões ou encontros regionais depende também da organização das CIES em enviar com antecedência o convite.

No entanto, o diálogo e as reflexões desenvolvidos na codificação e decodificação também elucidaram que o fato da DEPS desenvolver uma estrutura descentralizada na condução da PNEPS não dirime o

compromisso das estruturas estaduais responsáveis pela política. Cabe aos sujeitos sociais membros das CIES regionais “cobrarem” das estruturas centrais essa organização e compromisso assumido em apoiar o desenvolvimento das ações de EPS nas localregiões. Pois, mesmo conscientes de que “formar é muito diferente de informar”<sup>(7)</sup>, o que as CIES solicitam das estruturas estaduais são informações, tanto administrativo-burocráticas, como em relação à própria PNEPS, que precisariam ser repassadas aos membros do CGR para conquistar maior apoio e participação desses sujeitos sociais nas CIES, ações que nos parecem ser de responsabilidade das referidas estruturas estaduais.

A Tabela 6.1.3 descreve os aspectos dialogados nas etapas de IT em relação à organização das CIES. É possível perceber que os sujeitos sociais definiram os mesmos temas geradores em ambas as comissões, no entanto, o diálogo e a reflexão desenvolvidos no interior dos círculos de investigação nas etapas de codificação e decodificação ocorreram de forma distinta.

**Tabela 6.1.3** - Aspectos da organização das CIES dialogados nos Círculos de Investigação.

(continua)

CIES GRANDE FLORIANÓPOLIS		CIES CARBONÍFERA	
Tema Gerador: necessidade de revisão do PAREPS e do Regimento Interno (RI).			
Codificação	Decodificação	Codificação	Decodificação
<ul style="list-style-type: none"> <li>- dificuldade de elaborar o PAREPS por não haver um modelo ou orientação da DEP;</li> <li>- dificuldade em estruturar teoricamente a problemática dos municípios no PAREPS visto pouca participação de municípios na CIES;</li> <li>- necessidade de ampliar a participação das universidades na CIES para no mínimo uma representação pública e outra privada, bem como de ampliar a participação de técnicos municipais na CIES;</li> <li>- necessidade de reformulação do artigo sobre a composição da CIES</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- não há um modelo na DEP sobre a elaboração do PAREPS, fazendo com que cada comissão estruture o plano conforme interpreta as diretrizes ou obrigando a CIES a pedir a outras comissões exemplos;</li> <li>- devido ao limite de tempo, a elaboração do PAREPS ocorreu sem uma reflexão profunda, sendo construído em uma reunião da CIES em 2009 a partir das necessidades apresentadas por gestores do CGR em 2008, sendo que alguns membros da CIES verbalizaram o contexto da região, porém esse não foi descrito no documento;</li> <li>- o regimento interno da CIES limitou a participação dos profissionais de saúde e.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dificuldade em elaborar o PAREPS por não haver uma orientação mais específica da DEP;</li> <li>- dificuldade da CIES discutir características da região para compor o PAREPS devido ao tempo limitado e à dinâmica de organização interna da CIES para esse fim;</li> <li>- necessidade de definir a forma de organização dos Grupos de Trabalho previstos no RI;</li> <li>- necessidade de revisar o RI em relação à composição da CIES para maior participação dos gestores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- a DEP não consegue prestar uma orientação sobre o PAREPS porque não há uma estrutura modelo que possa ser adaptada à realidade das regiões;</li> <li>- devido ao limite de tempo, a elaboração do PAREPS ocorreu em uma reunião de forma desarticulada, sem organização e reflexão;</li> <li>- o RI define apenas a possibilidade de estruturar grupos de trabalho, porém não apresenta a forma como esses grupos devem se organizar, sendo necessário estabelecer normas à criação, desenvolvimento e atribuições desses grupos, a fim de não dissolver a CIES em pequenos grupos;</li> <li>- a composição da CIES</li> </ul>

**Tabela 6.1.3** - Aspectos da organização das CIES dialogados nos Círculos de Investigação.

(conclusão)

Desvelamento Crítico da Realidade		Desvelamento Crítico da Realidade	
no RI, de forma a repactuar a participação dos representantes de diferentes segmentos.	das universidades. A ampliação do número é defendida pela CIES para fortalecer as discussões		no regimento interno não prevê a participação dos gestores como membros efetivos.
<p><b>Proposta de mudança:</b> revisar, em 2010, o PAREPS para suprir as limitações diagnosticadas; apresentar ao CGR a solicitação de ampliação de representações na CIES.</p> <p><b>Ação desenvolvida:</b> designado membros da CIES para participarem em 2009 na elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde de modo a auxiliar a DEP a elaborar uma estrutura que as CIES possam utilizar como modelo na revisão de seus PAREPS; apresentado ao CGR a solicitação de ampliação de representações na CIES e a mudança do artigo 3º do regimento interno que define essa representação. O CGR aceitou a ampliação da representação das universidades para duas (uma pública e outra privada), mas negou a ampliação dos profissionais da saúde, alegando que a CIES é livre para formar câmaras técnicas quando necessitar de informações específicas. Contrariando a decisão do CGR, a CIES assumiu uma postura de deixar livre para que os técnicos que constituíram câmaras técnicas continuem participando das reuniões.</p>		<p><b>Proposta de mudança:</b> criar um grupo de trabalho para revisar o PAREPS em 2010 a fim de realizar adequações necessárias; criar um grupo de trabalho para revisar o regimento interno em 2010, propondo como um anexo ao regimento, a forma como esses devem ser organizados; definir junto ao CGR a forma como será descrita no regimento interno a participação dos gestores na CIES.</p> <p><b>Ação desenvolvida:</b> designados membros da CIES para participarem em 2009, na elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, de modo a auxiliar a DEP a elaborar uma estrutura que as CIES possam utilizar como modelo na revisão de seus PAREPS; composto Grupos de Trabalho que se responsabilizarão pela revisão do PAREPS e do Regimento Interno no ano de 2010, com definição dos coordenadores e membros de cada grupo.</p>	

**Fonte:** Círculos de Investigação Temática realizados nas CIES Grande Florianópolis e CIES Carbonífera, maio a dezembro de 2009.

O processo empregado nas etapas de codificação e decodificação sobre a organização das CIES participantes da IT apresentou aspectos que envolveram o contexto estadual, bem como a estrutura interna das CIES e a participação dos CGR.

O PAREPS foi elaborado em ambas as CIES, no ano de 2009. Após a sua aprovação nos CGR, foi estabelecido, no interior dos círculos de investigação, um processo de autoanálise, no qual se dialogou sobre as fragilidades relacionadas ao plano, fato que levou os participantes da IT a definirem a necessidade de revisão do PAREPS.

“o PAREPS é de todos nós, então cabe a nós revisarmos as propostas e acrescentar o que se considera necessário. As pessoas que participaram da reunião em que



elaboramos o PAREPS vão lembrar que diferentes pessoas ficaram responsáveis por diferentes partes. Eu fiquei com a responsabilidade de apenas compilar o que os diferentes atores me enviaram. Considero que agora é a hora de fazer esses ajustes, eu senti falta de muitas coisas dentro do PAREPS e concordo que precisaríamos retomá-lo, mas penso que essa construção deve ser coletiva” (Lu/CIES Carbonífera).

Nesse processo, os participantes apontaram que o tempo limitado e a inexperiência dos membros na elaboração de planos foram as principais dificuldades enfrentadas na elaboração do PAREPS. Sentiu-se a necessidade da estrutura estadual responsável pela PNEPS ter um “modelo” que pudesse orientar como as diretrizes do Anexo II da Portaria GM/MS nº 1.996/07 deveriam ser apresentadas. Como esse “modelo” não existia, foi definido no desvelamento crítico da realidade que as CIES designariam membros para trabalhar junto à DEP/SES na elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), desse modo, auxiliariam e compreenderiam o processo de elaboração do plano estadual, o que facilitaria o processo de revisão dos planos regionais. Os membros das CIES, mesmo conscientes da importância da descentralização administrativa e financeira efetuada pela DEPS/DEP, voltaram a dialogar sobre a coresponsabilização das estruturas estaduais que respondem pela PNEPS prestarem maior assistência/orientação sobre a elaboração dos planos.

Teoricamente, a Portaria GM/MS nº 1.996/07 define que o PAREPS deve ser elaborado coletivamente pelo CGR e CIES, para posteriormente ser aplicado pela CIES<sup>(10)</sup>. No entanto, em ambas as CIES, os CGR apenas definiram, em ordem de prioridade, as necessidades de EPS da região, sendo que as CIES foram responsáveis pela elaboração do PAREPS e apresentação aos CGR para aprovação.

O fluxo empregado na elaboração dos planos foi percebido como coerente nas CIES, pois dificilmente o CGR, na dinâmica de suas reuniões, conseguiria elaborar tal plano. Foi importante as CIES assumirem a função prevista na PNEPS de apoiar e colaborar tecnicamente nessa construção<sup>(10)</sup>. Nos diálogos realizados nas etapas de codificação e decodificação, os membros das CIES consideraram que a participação dos gestores poderia ser maior na elaboração do plano, porém, no período em que os PAREPS foram construídos, o CGR não tinha uma representação atuante em nenhuma das CIES, aspecto que também precisava ser modificado nas comissões.

Outro aspecto definido teoricamente na atual portaria da PNEPS é a necessidade de consultar os Planos Regionais de Saúde ao elaborar os PAREPS, porém, nenhuma das CIES participantes da IT revisou tais

documentos para construção do PAREPS. Essa postura denota duas possibilidades, a primeira, que os membros dos CGR e CIES desconheciam ou não compreenderam esse aspecto apresentado na Portaria GM/MS nº 1.996/07; a segunda, que os planos municipais e regionais de saúde foram construídos por outros sujeitos e os atuais membros das CIES e CGR desconhecem os aspectos referentes à EPS previstos em tais planos, bem como não se mobilizaram e nem se responsabilizaram em fazer uma revisão. Tais aspectos nos instigam a refletir e apresentam-se como uma possibilidade de estudo futuro sobre a importância e utilização dos Planos de Saúde elaborados nas três esferas de gestão do SUS, pois, no atual estudo, constatamos que há uma dificuldade dos sujeitos sociais realizarem uma consulta a esses documentos, a fim de estruturar um alinhamento entre as propostas.

Ainda, mesmo que a composição da CIES abranja teoricamente os sujeitos sociais de distintos segmentos (gestão, atenção, ensino e controle social), o número de membros representantes de cada segmento também foi um elemento dificultador. Na CIES Grande Florianópolis, o PAREPS foi construído sem a participação direta das instituições de ensino superior e o número de profissionais da saúde era restrito devido ao limite de participantes estabelecido no Regimento Interno. Tais aspectos elucidam a complexidade de implantar as estruturas teóricas na prática.

“é muito difícil este processo de construção, pois, para realmente a CIES saber da problemática, todos os municípios da região deveriam estar participando do processo [...] atualmente os representantes dos serviços são de dois municípios de grande porte da região, sendo que acho que, se não dá para ter todos, se poderia ter pelo menos mais dois ou três representações de técnicos de municípios menores, o que não invalida a formação de câmaras técnicas para discutir determinados assuntos” (Karina/CIES-Grande Florianópolis).

Em relação ao RI das CIES, um aspecto que chamou atenção foi o de que, mesmo não sendo uma exigência estabelecida na Portaria GM/MS nº 1.996/07, os membros das duas CIES referiram a necessidade de construção e aprovação de um regimento para guiar a atuação das comissões.

“esse regimento não é previsto na Portaria 1.996, mas foi uma necessidade sentida por nós, membros da CIES. Pois, caso contrário, as coisas ficam muito soltas, muito abertas” (Silvia/CIES-Carbonífera).

Os RI de ambas as CIES também foram aprovados no ano de 2009, sendo que, nas etapas da IT, os membros constataram que os RI

precisavam ser revisados, percebendo tal revisão como uma iniciativa que denota o desenvolvimento das CIES.

“como esta comissão está em processo de crescimento e amadurecimento, pela minha compreensão desde quando eu cheguei aqui pela primeira vez, eu considero que estas revisões, inclusive do regimento interno, são positivas, pois mostra que a comissão está ativa e que há mudanças que necessitam ser adequadas, logo, o regimento também precisa ser vivo, não pode ser algo engessado que daqui a 10 anos estamos seguindo as mesmas regras” (Rita/CIES-Grande Florianópolis).

O movimento de revisão do RI foi realizado de modo diferente nas CIES. A CIES-Grande Florianópolis, por ter uma relação de subordinação explícita junto ao CGR, precisa da aprovação do colegiado para fazer qualquer alteração no RI, neste sentido, como pode ser constatado no desvelamento crítico da realidade da Tabela 6.1.3, o CGR aceitou parte da solicitação da CIES e alterou aspectos do RI. Porém, um fato importante no desenvolvimento da autonomia da CIES-Grande Florianópolis foi que, independentemente da deliberação do CGR, a comissão rompeu barreiras, no momento em que manteve o convite aos membros que participaram das diferentes câmaras técnicas estruturadas ao longo do ano de 2009 para que se mantivessem na CIES, caso tivessem interesse sobre a temática de EPS. Na Tabela 6.1.1, pode ser percebido um singelo, porém importante aumento do número de técnicos, no sentido de se estabelecer um movimento de mudança de uma realidade que consideraram necessário ser ampliada.

Após a aprovação do RI, a CIES Carbonífera, por meio dos diálogos estabelecidos no círculo de investigação, constatou que também precisavam fazer ajustes. Os participantes sentiram a necessidade de estabelecer, em anexos ao RI, os aspectos gerais de atribuições que os grupos de trabalho devem assumir. Essa necessidade emergiu do volume de grupos de trabalho que se estruturaram ao longo do ano de 2009 para desenvolver atividades.

“está faltando definir as atribuições dos grupos de trabalho, ainda não estão escritas/registradas em nenhum documento, o que cada grupo vai fazer e como vai fazer” (Jailson/CIES Carbonífera).

Paradoxalmente, os sujeitos sociais, ao mesmo tempo em que defenderam a importância do RI para organização das CIES, problematizaram a dificuldade de fazer cumprir os aspectos norteadores definidos por eles próprios para a CIES, sendo a questão sobre mudanças de representante conforme as ausências, o aspecto mais difícil de ser implementado na prática, segundo os membros das comissões.

A Tabela 6.1.4 apresenta aspectos da infraestrutura que foram enfatizados nos diálogos dos Círculos de Investigação das CIES.

**Tabela 6.1.4** - Aspectos da infraestrutura dialogados nos Círculos de Investigação das CIES.

CIES GRANDE FLORIANÓPOLIS		CIES CARBONÍFERA	
<p><b>Temas Geradores:</b> necessidade de fortalecer a “imagem” da CIES, diferenciando-a da EFOS; falta descrever/estabelecer formalmente como deve ser aplicado o valor de 5% do orçamento da PNEPS destinado à manutenção da CIES.</p>		<p><b>Tema Gerador:</b> falta um registro formal sobre a utilização do espaço da 21ª Gerência Regional de Saúde (GERSA) como sede da secretaria executiva da CIES, bem como da utilização dos equipamentos da CIES pela regional.</p>	
Codificação	Decodificação	Codificação	Decodificação
<p>- confusão da CIES na compreensão do papel da CIES e da EFOS;</p> <p>- dúvida sobre como podem ser aplicado os 5% do orçamento da PNEPS designado pelo CGR para manutenção da CIES.</p>	<p>- devido à sede da secretaria executiva da CIES estar na estrutura física da EFOS, é necessário apresentar a diferença desses espaços e esclarecer que as duas organizações recebem recursos da Portaria 1.996/07, mas são estruturas distintas;</p> <p>- não está explicitado formalmente como deve ser gasto o valor de 5% do orçamento da PNEPS que o CGR designou para manutenção da CIES.</p>	<p>- necessidade de registrar a definição da sede da secretaria executiva da CIES, junto à estrutura física da 21ª Gerência Regional de Saúde.</p>	<p>- com os recursos provenientes do antigo Polo de EPS, a CIES Carbonífera atualmente dispõe de materiais permanentes que estão instalados na sala de reuniões da 21ª GRS. No entanto, o espaço físico é organizado como a sala de reuniões da GERSA, logo, a CIES não tem preferência de uso. Consideram que a CIES deve se estruturar e se identificar melhor.</p>
Desvelamento Crítico da Realidade		Desvelamento Crítico da Realidade	
<p><b>Proposta de mudança:</b> elaborar material informativo sobre a CIES Grande Florianópolis de modo a esclarecer aos novos membros, bem como a outras estruturas interessadas, o que é a CIES e como está organizada.</p> <p><b>Ação desenvolvida:</b> explanação verbal da articuladora da CIES sobre a diferença das estruturas (CIES e EFOS), no entanto, foi avaliado que essa ação não atingiu todos os participantes; elaboração de um documento pelos membros da CIES que foi aprovado em reunião do CGR sobre a forma como o recurso destinado à manutenção da CIES deve ser aplicado.</p>		<p><b>Proposta de mudança:</b> formar um grupo de trabalho responsável pela elaboração de um documento que oficialize a instituição da secretaria executiva da CIES junto à 21ª GRS, estabelecendo a forma como esse espaço será compartilhado com a CIES e a regional de saúde; analisar junto ao CGR se há outros espaços que a CIES poderia utilizar como sede da secretaria executiva, visto que ficou definido que as reuniões ordinárias ocorrem de forma itinerante entre os municípios da região. Entre os membros da CIES, foi cogitada a possibilidade de uma sala na Associação dos Municípios da Região Carbonífera.</p>	

**Fonte:** Círculos de Investigação Temática realizados nas CIES Grande Florianópolis e CIES Carbonífera, maio a dezembro de 2009.

Os diálogos dos círculos de investigação aludiram à necessidade de estruturação das comissões, bem como de estratégias de divulgação das CIES, com informações de como se organizam e onde têm sua sede instalada, entre outros aspectos. A avaliação da estratégia anterior da PNEPS (Polos de EPS) já apontava a necessidade de se considerar a infraestrutura física mínima (instalações, equipamentos) para o adequado funcionamento da estratégia de ação da política<sup>(9)</sup>, sendo que o presente estudo constatou diferentes infraestruturas das CIES participantes da IT.

A CIES Grande Florianópolis ocupa a estrutura física e de materiais permanentes da EFOS, bem como conquistou a aprovação, junto ao CGR, de uma percentagem dos recursos de EPS (5%) para a manutenção da CIES, o que possibilita a compra de materiais de consumo, manutenção de equipamentos, despesas com viagens da articuladora em nome da CIES, entre outros aspectos. Os membros da CIES dialogaram e refletiram que o fato de ter uma estrutura física é um aspecto bom para a CIES, no entanto, é necessária atenção em relação à importância da CIES conquistar uma identidade, não sendo confundida com a EFOS, pois entre os novos membros da comissão, esse aspecto não estava claro. Para tanto, no desvelamento crítico, os sujeitos sociais fizeram algumas sugestões de formas de divulgação e organização burocrática sobre a infraestrutura da CIES de modo a evitar confusões.

“é importante compreender que a EFOS, enquanto instituição de ensino, é mais um ator social dentro da CIES, o CGR escolheu a EFOS para ser a secretaria executiva, porque percebeu, em 2007, como sendo uma possibilidade, mas esta secretaria executiva poderia ser em São José, em Florianópolis, ou em qualquer outro município da região da Grande Florianópolis [...] acredito que devemos criar ferramentas para esclarecer melhor, informar as pessoas novas que chegam sobre as estruturas que permeia a CIES [...] folders e panfletos são ideias rápidas e boas” (Mariza/CIES-Grande Florianópolis).

A CIES Carbonífera também apresenta uma infraestrutura mínima, composta de materiais permanentes instalados na sala de reuniões da 21ª GERSA. No entanto, a maioria dos membros da CIES desconhecia o fato de que a sala não é uma estrutura da CIES na 21ª GERSA, mas, sim, é a sala de reuniões da gerência que é cedida para a CIES instalar seus equipamentos e materiais permanentes, sendo que a comissão não tem preferência de uso da sala. O desvelamento crítico da realidade mobilizou os membros da CIES a formarem um grupo de trabalho que se responsabilizou pela oficialização da situação da infraestrutura da CIES junto à 21ª GERSA, bem como os membros

dialogaram sobre a possibilidade de se pensar novos locais, onde a CIES ganhe uma identidade e espaço próprio.

“provavelmente, a maioria dos profissionais que trabalham na Regional não tem consciência da pactuação. Não há problema em se utilizar os recursos da CIES, a qual empresta os equipamentos e utiliza a sala, trata-se de uma situação de troca, mas o que precisamos é deixar esses termos explícitos para todos [...] assim, é necessário um documento formal a respeito do uso da sala da regional e dos equipamentos da CIES” (Diego/CIES-Carbonífera).

A estruturação e organização de um espaço físico que identifique as comissões foram dialogadas nas duas CIES, sendo que o principal ponto problematizado ficou em torno de por que a PNEPS não prevê orçamento para manutenção das CIES, sendo que há um orçamento para o CGR. Os sujeitos sociais consideraram que talvez a proposta da PNEPS seja estruturar uma única secretaria executiva responsável pela CIES e pelo CGR, justamente para “incentivar” a articulação entre estas duas estruturas, no entanto, isso não é uma realidade nas CIES estudadas, o que dificulta a manutenção das CIES. Dialogaram que, caso essa fosse a intenção da PNEPS, era preciso deixar esse aspecto claro tanto para as CIES quanto para os CGR, pois, atualmente, os colegiados usam o recurso para a sua organização, enquanto a CIES não tem nenhum tipo de recursos financeiros vindos do MS para esse fim. Outrossim, o financiamento de recursos para manutenção das CIES poderia ser uma contrapartida dos municípios que compõem as comissões.

Entre os aspectos relacionais, os temas geradores são apresentados na Tabela 6.1.5 A relação do CGR com a CIES e a própria relação estabelecida no interior das CIES entre seus membros foi dialogada e refletida.

**Tabela 6.1.5** - Aspectos relacionais dialogados nos Círculos de Investigação das CIES.

CIES GRANDE FLORIANÓPOLIS		CIES CARBONÍFERA	
<p><b>Temas Geradores:</b> limitada autonomia da CIES em relação ao CGR e dificuldade de priorização das questões de EPS nas reuniões do CGR; dificuldade de alguns membros da CIES exporem temas de interesse coletivo na plenária.</p>		<p><b>Temas Geradores:</b> autonomia da CIES em relação ao CGR e pouca articulação entre CGR e CIES; relação de opressão estabelecida no interior da CIES que inibe a participação de alguns membros.</p>	
Codificação	Decodificação	Codificação	Decodificação
<ul style="list-style-type: none"> <li>- imposição da vontade do CGR sobre a CIES, dificuldade de diálogo;</li> <li>- necessidade da CIES conquistar mais espaço junto ao CGR;</li> <li>- necessidade de desestimular conversas privadas sobre temas de interesse coletivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- o CGR precisa compartilhar mais as decisões com a CIES;</li> <li>- a CIES precisa conquistar maior autonomia frente ao CGR, apresentando-se como uma comissão que existe não para “servir” ao CGR, mas para compartilhar conhecimentos e prestar apoio técnico;</li> <li>- alguns membros da CIES não expõem as situações difíceis e de interesse coletivo na plenária da CIES, preferem comunicar à articuladora de modo privado, tornando a situação Constrangedora. Há um incentivo da articuladora para haver uma exposição dos problemas na plenária.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- a CIES estabelece sua formação e como os assuntos sobre EPS são trabalhados;</li> <li>- a CIES não tem pauta em todas as reuniões do CGR;</li> <li>- inibição de alguns membros em participar da plenária da CIES por “medo” do outro e por conflitos de interesse pessoal e profissional;</li> <li>- dificuldade em dialogar e de ouvir com atenção a opinião do outro, buscando não impor o que está sendo apresentado na plenária da CIES.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- a CIES tem autonomia e apoio do CGR quando necessita. Porém, é ponto de pauta nas reuniões do CGR apenas quando precisa aprovar algum item, não havendo um efetivo envolvimento do CGR com a CIES;</li> <li>- alguns membros da CIES ficam inibidos em assumir que ignoram aspectos da PNEPS por não haver uma Receptividade dos integrantes que conhecem o conteúdo em compartilhar conhecimentos;</li> <li>- alguns membros da CIES têm dificuldade em ouvir os outros e dialogar sobre as propostas, impondo ao invés de sugerir algumas ações.</li> </ul>
Desvelamento Crítico da Realidade		Desvelamento Crítico da Realidade	
<p><b>Proposta de mudança:</b> ter pontos de pauta em todas as reuniões do CGR; sensibilizar os gestores para compreensão do papel da CIES junto ao CGR.</p> <p><b>Ação desenvolvida:</b> estabelecido, por meio da presença um apoio mais efetivo dos representantes do CGR na CIES, auxiliando a comissão através de manifestações verbais, a conquistar espaço nas reuniões do CGR para o tema de EPS; exposição na plenária da CIES de temas delicados/difíceis de serem abordados, o que possibilitou a responsabilização de todos os membros da comissão e não apenas da pessoa vista como articuladora.</p>		<p><b>Proposta de mudança:</b> solicitar ao CGR que abra um espaço (5 a 15min) em todas as reuniões para que representantes apresentem aspectos discutidos na CIES, que pode ser informes gerais, até pontos que precisam da análise e aprovação do CGR.</p> <p><b>Ação desenvolvida:</b> houve discussões em algumas reuniões em que pessoas que se sentiam oprimidas verbalizaram seus sentimentos. A partir desses enfrentamentos, alguns membros relataram que a sensação de opressão foi dirimida, pois se iniciou um processo de diálogo efetivo, incluindo quem anteriormente não se manifestava.</p>	

**Fonte:** Círculos de Investigação Temática realizados nas CIES Grande Florianópolis e CIES Carbonífera, maio a dezembro de 2009.

Em relação à estrutura interna da CIES Grande Florianópolis, foi possível notar que o respeito e a cordialidade foram características entre os membros que participaram da comissão no período de coleta das informações da IT. No processo de decodificação, foi evidenciado que, mesmo havendo alguns interesses pessoais, os participantes buscaram auxílio mútuo, inclusive porque a maioria ingressou na comissão em 2009, então, estavam procurando conhecer coletivamente os processos que envolvem a PNEPS.

Devido a isso, a situação limite mais dialogada foi sobre os aspectos relacionais que envolvem o contexto da CIES Grande Florianópolis com o CGR, pois os membros da CIES, em determinados momentos, sentiam-se oprimidos pelo CGR.

“Como eu não tenho esse contato com o CGR, eu tenho todo esse receio, sempre fazendo as coisas de acordo com o colegiado quer, mesmo apresentando proposta e não concordando com eles [...] que autonomia é essa, a CIES não tem autonomia, a gente não tem autonomia. A gente trabalha, trabalha em pró de uma causa, mas a gente não tem autonomia e isso por vezes desmotiva, é necessário mudar essa realidade” (Flôr/CIES-Grande Florianópolis).

Esse aspecto também foi refletido em outro estudo sobre colegiados de gestão em saúde, o qual destacou que “o projeto ético-político de construção de espaços de gestão mais solidários, ‘produtores de sujeitos para a reforma sanitária’, de forte base comunicativa e dialógica, de alguma forma não valorizou, em toda a sua dimensão, o poder de reprodução dessa trama de relações de poder que atravessa e constitui o colegiado de gestão”<sup>(19)</sup>.

Os membros da CIES Grande Florianópolis, ao tomar consciência da situação limite, buscaram estratégias para modificá-la, sendo que o movimento realizado pelos participantes ocorreu por meio de um “ato comunicante e coparticipado”<sup>(20)</sup>, no qual a principal ação foi sensibilizar os gestores participantes da CIES para defender os posicionamentos da CIES junto ao CGR. Por conseguinte, conquistaram maior respeito e atenção desse órgão aos aspectos que envolvem a EPS, pois “o processo de autonomia e de conscientização exige uma reflexão crítica da prática [...] deve estar centrada em experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade”<sup>(20)</sup>, possibilidade instalada durante o processo de investigação temática que os sujeitos sociais estavam participando.

“considero que o processo de trabalho da CIES junto ao CGR lentamente está melhorando, percebemos que nas últimas reuniões o CGR começou a perceber a CIES



como algo importante, mas precisamos lutar para que essa compreensão melhore em muitos sentidos” (Sueli/CIES-Grande Florianópolis).

Na problematização sobre o porquê de os CGR das regiões estudadas não priorizarem os temas de EPS nas reuniões, os membros das CIES têm consciência de que os municípios ainda enfrentam muitos problemas de ordem estrutural, de recursos e de gestão do SUS, que afetam diretamente a atenção prestada aos usuários, logo, consideram que os aspectos relacionados à PNEPS acabam não sendo prioridades discutidas nas reuniões. Além disso, o fato da CIES Grande Florianópolis não ter realizado até 2009 nenhuma ação de EPS, o que ocorreu também na época do antigo Polo de EPS, pode configurar a CIES como uma estrutura com pouca credibilidade para desenvolver ações, aspecto problematizado como necessário ser superado, por meio do compromisso e envolvimento de cada um e de todos com a CIES e a EPS.

“infelizmente no CGR, a CIES ainda não é uma prioridade, pois existem muitos temas urgentes nos municípios que precisam ser discutidos [...] vou auxiliar a articuladora a modificar essa realidade, procurando incluir a CIES em mais pontos de pauta” (Stephania/CIES-Grande Florianópolis).

“talvez a maioria dos gestores ainda não dão o devido valor às questões de EPS, porque estamos falando desde 2007 nas CIES, mas nós ainda não vimos uma atividade desenvolvida pela CIES, tampouco o antigo polo realizou atividades. Eu acredito que, a partir do momento em que a CIES começar a desenvolver as ações de EPS previstas, os próprios gestores irão passar a valorizar mais este espaço. Pois, a princípio, parece que as coisas que a CIES faz não são reais, parece algo muito distante”(Mariza/CIES-Grande Florianópolis).

Outro aspecto dialogado nas etapas de codificação e decodificação diz respeito à dificuldade de alguns sujeitos sociais expressarem problemas de interesse da CIES na plenária. Os problemas que são omitidos ao coletivo impedem a responsabilização de todos sobre as ações desenvolvidas. Pois, ao se compartilhar os problemas, todos os membros, por terem conhecimento do que está ocorrendo, ficam implicados na sua resolução, sendo que, havendo mais pessoas envolvidas, é possível, por meio do diálogo e reflexão, encontrar soluções de modo coletivo.

Um estudo realizado no oeste do Estado de Santa Catarina aponta o diálogo como um “desafio na articulação das diferentes políticas públicas, entre trabalhadores de outros setores e, conseqüentemente, entre os fóruns que deliberam políticas setoriais”<sup>(21)</sup>. Assim, é importante compreender o diálogo como uma ferramenta que implica a práxis social, que se configura no compromisso entre a palavra dita e a

ação realizada<sup>(12)</sup>, portanto, a partir do momento em que se estabelece um diálogo verdadeiro entre sujeitos sociais, esse possibilita o compromisso entre os envolvidos a fim de se atingir mudanças possíveis na realidade, fato que mobilizou os membros a socializarem os problemas da CIES na plenária, o que possibilitou que todos assumissem o compromisso com a resolução das dificuldades.

A CIES Carbonífera apontou que a situação limite que precisariam superar também se referia a uma relação de opressão, porém situada no interior das CIES, com a qual muitos membros que ignoravam os processos da PNEPS ou por conflitos pessoais sentiam-se oprimidos.

“As pessoas se sentem inibidas em assumirem que desconhecem e aquelas que têm conhecimento, ao invés de colaborar no sentido de proporcionar discussões que promovam que todos cresçam, assumem uma postura de detentoras do saber que inibe a participação daqueles que não conhecem a fundo as questões de educação permanente [...] muitas vezes, os discursos de algumas pessoas não defendem somente a política pública, mas na verdade têm uma conotação partidária muito forte em seus discursos e ações. E isso também inibe a manifestação dos demais participantes” (Café/CIES-Carbonífera).

A relação de opressão que se buscou superar em ambas as CIES, a partir da etapa de decodificação, implica no empoderamento dos sujeitos sociais, que foi constatada em depoimentos como: *“o grupo expressa um crescimento no sentido de poder se manifestar mais e melhor nos encontros. É visível um processo mais democrático despontando no interior da CIES”* (Silvia/CIES-Carbonífera). O empoderamento se estrutura num movimento maior do que simplesmente repassar informações, pois se deve apoiar pessoas e coletivos a realizarem suas próprias análises, de modo a tomar consciência e posteriormente se conscientizar sobre as situações limites que precisam ser modificadas por meio da práxis<sup>(22)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação ao contexto das CIES, o Estado de Santa Catarina tem uma estrutura que contempla a PNEPS desde sua criação em 2003, sendo que o órgão estadual responsável pela política realizou as adequações apresentadas na Portaria GM/MS nº 1.996/07 ainda no ano de 2007. Porém, mesmo com essa estrutura organizada, ainda existem algumas fragilidades que precisam ser superadas de modo coletivo, implicando a participação e apoio das diferentes esferas de governo e envolvimento dos sujeitos sociais que respondem pelas ações de EPS em nível local.

No interior das CIES estudadas, os sujeitos sociais apontaram diferentes aspectos que indicam o processo de desenvolvimento vivenciado pelas comissões, que ainda precisam ser analisados e superados a fim de se conseguir consolidar as CIES como estratégias de ação da PNEPS. Entre os aspectos da organização, merecem destaque o movimento de revisão do PAREPS e do RI, bem como o envolvimento de membros da CIES com a elaboração do PEEPS. Quanto à infraestrutura, destacamos a necessidade de melhorar a organização das CIES e desenvolver estratégias de divulgação das comissões em nível local. Sobre as relações estabelecidas, é importante apontar a superação de relações de opressão, tanto em relação ao CGR quanto na relação interna, entre alguns membros das CIES, aspecto que foi superado com o empoderamento dos sujeitos a partir da tomada de consciência da realidade que permitiram ações para mudança.

Concluimos que o contexto em que as CIES estão inseridas possibilita um desenvolvimento limitado das comissões, pois mesmo que, em nível estadual, os CGR e CIES estejam estruturados, aspectos relativos ao envolvimento e compromisso dos gestores com o EPS ainda precisam ser melhorados em nível local.

Nesse sentido, cabe aos membros das CIES organizarem-se a fim de proporcionar ações de EPS que sensibilizem os gestores sobre a importância da EPS para o desenvolvimento do SUS, em nível local, bem como realizar avaliações qualitativas e quantitativas sobre as ações desenvolvidas, de modo que tenham argumentos para defender os investimentos em EPS como, por exemplo, a criação de estruturas municipais de EPS as quais se articulam às CIES regionais, sendo que essas, por conseguinte, se articulam à CIES Estadual, bem como a contrapartida de recursos financeiros e humanos que se responsabilizem pela PNEPS em nível local (municípios).

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde (EDEN/PEN/UFSC), exemplo concreto de construção de conhecimentos a partir de processos de ensino-aprendizagem compartilhados. Ao CNPq, pelo auxílio financeiro por meio de uma bolsa de doutorado.

## **REFERÊNCIAS**

1. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-

- operacionais para a reforma do hospital. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007; 12(4):849-59.
2. Lopes SRS, Piovesan ETA, Melo LO, Pereira MF. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. *Com Ciências Saúde*. 2007; 18(2):147-55.
  3. Castro JL. Protagonismo silencioso: a presença da OPAS na formação de Recursos Humanos em saúde no Brasil. [tese doutorado]. Natal (RN): Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2008. 207 p.
  4. Pierantoni CR, Varella TC, Santos MR, França T, Garcia AC. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. *Physis: Rev Saúde Colet*. 2008; 18(4):685-703.
  5. Haddad AE, Brenelli SL, Passarella TM, Ribeiro TCV. Política Nacional de Educação na Saúde. *Rev. Baiana de Saúde Pública*. 2008; 32 supl 1:98-114.
  6. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (BR). Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde – Pólos de educação permanente em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. 66p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
  7. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista Saúde Coletiva*. 2004; 14(1):41-65.
  8. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Ceccim RB. Educación Permanente en Salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Coletiva*. 2006; 2(2):147-60.
  9. Viana, ALD. Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde. São Paulo (SP): Departamento de Medicina Preventiva (USP); abr 2008. 255 p. Relatório Final.
  10. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (BR). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. 64p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
  11. Demo P. Elementos Metodológicos da Pesquisa Participante. In: Brandão CR. *Repensando a Pesquisa Participante*. 3ª ed. São Paulo: Brasiliense; 1987. p. 104-130.

12. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. 41ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005. 213p.
13. Freire P. *Extensão ou Comunicação*. 13ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2006. 93p.
14. Saupe R, Brito VH, Giorgi MDM. Utilizando as concepções do educador Paulo Freire no pensar e agir da Enfermagem. In: Saupe R. *Educação em Enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção*. Florianópolis (SC): Editora da UFSC; 1998. p. 244-72.
15. Campos FE, Pierantoni CR, Haddad AE, Viana ALA, Faria RMB. Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. *Cadernos RH Saúde*. 2006; 3(1):39-51.
16. Ceccim RBA, Armani TB. Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. *Divulg saúde debate*. 2001; dez(23):30-56.
17. Barreto ICHC, Andrade LOM, Loiola F, Paula JB, Miranda AS, Goya N. A educação permanente e a construção de Sistemas Municipais de Saúde-Escola: o caso de Fortaleza (CE). *Divulg saúde debate*. 2006; maio(34):31-46.
18. Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface - Comunic., Saúde, Educ*. 2007; 11(23):427-38.
19. Cecilio LCO. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(3):557-66.
20. Freire P. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 31ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2005. 148 p.
21. Kleba ME, Comerlatto D, Colliselli L. Promoção do empoderamento com conselhos gestores de um pólo de educação permanente em saúde. *Texto contexto - enferm*. 2007; 16(2):335-42.
22. Freire P. *Educação como prática da liberdade*. 30ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2007. 158p.

6.2 MANUSCRITO 3: PARTICIPO DE UMA COMISSÃO PERMANENTE DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: QUAL MEU CONHECIMENTO SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE?

**PARTICIPO DE UMA COMISSÃO PERMANENTE DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: QUAL MEU CONHECIMENTO SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE?**

***I PARTICIPATE OF A PERMANENT INTEGRATION COMMITTEE OF SERVICE-LEARNING: WHAT IS MY KNOWLEDGE ABOUT THE NATIONAL POLICY OF PERMANENT EDUCATION IN HEALTH?***

***PARTICIPO DE UNA COMISIÓN PERMANENTE DE INTEGRACIÓN ENSEÑANZA-SERVICIO: ¿CUÁL ES MI CONOCIMIENTO SOBRE LA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD?***

## **RESUMO**

Estudo qualitativo, do tipo pesquisa participante, desenvolvido através da adequação da Investigação Temática (IT) elaborada por Paulo Freire, com o objetivo de analisar o conhecimento que os sujeitos sociais, participantes de duas Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), no Estado de Santa Catarina, possuem sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). A IT ocorreu de maio-dezembro/2009 e envolveu 56 membros das duas CIES que, após a formação de dois círculos de investigação, participaram das etapas levantamento dos temas geradores, codificação, decodificação e desvelamento crítico da realidade. Por meio do diálogo, os sujeitos sociais perceberam e declararam seu limitado conhecimento sobre a PNEPS, sendo que, inicialmente, ocorreu um choque com a realidade, pois a emersão desse tema gerador os defrontou com uma realidade incompatível com a função que estavam exercendo. A problematização realizada nas etapas de codificação e decodificação deste tema gerador evidenciou outros dois temas relacionados à inexistência de estruturas

organizativas nos municípios que se responsabilizem pela articulação e disseminação de conhecimento sobre a PNEPS e a deficiência de ferramentas de divulgação da estrutura histórica e organizativa das CIES e da PNEPS. Os sujeitos sociais refletiram que, devido aos temas geradores estarem interligados, as ações de mudança propostas ou empregadas para estruturar a Educação Permanente em Saúde (EPS), em nível local (municípios), ou ferramentas de divulgação da CIES e da PNEPS, irá colaborar para a melhoria do conhecimento que possuem sobre a política e o desenvolvimento de ações de EPS.

**Palavras-chave:** Educação Continuada; Capacitação de Recursos Humanos em Saúde; Política de Saúde; Sistema Único de Saúde; Pesquisa participativa baseada na comunidade.

### **ABSTRACT**

*A qualitative study, participatory research like, developed through the adaptation of Paulo Freire's Thematic Research (TR), with the aim of analyzing the knowledge that social subjects, who are participants of two Permanent Integration Committees of Service-Learning (ICSL) in Santa Catarina, have about the National Policy on Permanent Education in Health (NPPEH). The TR happened from May to December 2009 and involved 56 members from two ICSL that after the formation of two research groups, attended the survey of the generators themes, encoding, decoding, and critical disclosure of reality. Through dialogue, the social subjects perceived and declared their limited knowledge about NPPEH, and, initially, there was a clash with reality, because the emergence of this generator theme faced them with a reality incompatible with the role they were playing. The questioning conducted on the steps of encoding and decoding this generator theme revealed two other issues related to the lack of organizational structures in the cities that are responsible for the knowledge coordination and disclosure about the NPPEH and the lack of tools for the dissemination of historical and organizational structure of ICSL and the NPPEH. The social subjects reflected that due to the generative themes are linked together, the changing actions suggested or employed to structure the Continuing Education in Health (CEH) at the local level (cities), or ICSL and NPPEH dissemination tools, will collaborate to improve their knowledge about the policy and actions development of CEH.*

**Descriptors:** Education, Continuing. Health Human Resource Training. Health Policy. Unified Health System. Community-Based Participatory Research.

## **RESUMEN**

*Estudio cualitativo, del tipo investigación participante, desarrollado por medio de la adecuación de la Investigación Temática (IT) elaborada por Paulo Freire, con el objetivo de analizar el conocimiento que los participantes de dos Comisiones de Integración Enseñanza-Servicio (CIES), en la Provincia de Santa Catarina/Brasil tienen sobre la Política Nacional de Educación Permanente en Salud (PNEPS). La IT ocurrió de Mayo-Diciembre/2009 y envolvió 56 miembros de dos CIES que, después de la formación de dos círculos de investigación, participaron de las etapas de levantamiento de los temas generadores, codificación, decodificación y desvelamento crítico de la realidad. Por medio del dialogo, los participantes constataron y declararon su limitado conocimiento sobre la PNEPS, siendo que, inicialmente, ocurrió un choque con la realidad, pues la emersión de este tema generador los colocó en frente a una realidad incompatible con la función que estaban ejerciendo. La problematización realizada en las etapas de codificación y decodificación del tema generador evidenció otros dos temas relacionados a la inexistencia de estructuras organizativas en los municipios que se responsabilicen por la articulación y propagación del conocimiento sobre la PNEPS y la deficiencia de herramientas de divulgación de la estructura histórica y organizativa de las CIES e de la PNEPS. Los participantes hicieron una reflexión que, por los temas generadores si interrelacionaren, las acciones de cambio propuestas o empleadas para estructuraren la Educación Permanente en Salud (EPS), en nivel local (municipios), o herramientas de divulgación de la CIES e de la PNEPS, irán colaborar para la mejoría del conocimiento que tienen sobre la política y el desarrollo de las acciones de EPS.*

**Descriptor:** *Educación Continua. Capacitación de Recursos Humanos en Salud. Política de Salud. Sistema Único de Salud. Investigación Participativa Basada en la Comunidad.*

## **INTRODUÇÃO**

A Organização Pan-Americana de Saúde e a Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) vêm discutindo, na região das Américas, desde a década de 80 do século XX, os aspectos teórico-metodológicos sobre Educação Permanente em Saúde (EPS) (LOPES *et al.*, 2007). No Brasil, tais aspectos foram trabalhados ao longo das últimas décadas por Almeida (1997) e Motta (2002), bem como em



diferentes programas e políticas de capacitação de recursos humanos na área da saúde (BRASIL/MS/SGTES, 2004; LOPES *et al.*, 2007; CASTRO, 2008).

Compondo o Ministério da Saúde (MS), a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) foi criada no Brasil em 2003, com uma Diretoria de Programa e dois departamentos, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e o Departamento da Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS). A SGTES é responsável pela formulação das políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação, apoiando técnica e financeiramente ações que integram a educação e o trabalho em saúde no país, com a finalidade de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL/MS/SGTES, 2004; PIERANTONI *et al.*, 2008; HADDAD *et al.*, 2008).

No ano de criação da SGTES, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e instituída no Brasil, em 2004, por meio da Portaria GM/MS nº 198/04, sendo que assumiu de fato o arcabouço teórico-metodológico para a EPS definido pela OPAS/OMS, no qual as ações devem seguir um processo de aprendizagem-significativa (BRASIL/MS/SGTES, 2004; MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006). A PNEPS preconiza que os sujeitos sociais representantes dos segmentos de ensino, atenção, gestão e controle social vivenciem ativamente o processo de construção e atualização de conhecimentos (CECCIM; FEUERWERKER, 2004), pois as ações de EPS devem ser estruturadas e desenvolvidas a partir de referenciais participativos, com os quais os sujeitos sociais são ativos na construção de propostas em que se problematiza o cotidiano do trabalho e a formação em saúde, visto que a EPS deve estar intrinsecamente ligada e ocorrer no processo de trabalho, buscando a mudança da realidade (CECCIM, 2005).

Em 2007, após o resultado de uma avaliação da PNEPS e considerando os dispositivos apresentados no Pacto pela Saúde, o MS, por meio da DEGES/SGTES, aprova a Portaria GM/MS nº 1.996/07, a qual definiu novas estratégias de ação para a condução da PNEPS (BRASIL/MS/SGTES, 2009; HADDAD *et al.*, 2008). A nova estratégia de ação da política procurou conservar os mesmos preceitos teórico-metodológicos sobre EPS da estratégia anterior, pois reafirmou a Educação Permanente em Saúde como sendo “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL/MS/SGTES, 2004, p. 48; 2009, p. 20). Ainda, manteve para o desenvolvimento das ações de EPS a

metodologia de abordagem participativa, com enfoque problematizador, construído a partir da realidade vivida pelos sujeitos do processo, visando à transformação das práticas de saúde a partir da aprendizagem significativa (HADDAD *et al.*, 2008; BRASIL/MS/SGTES, 2009).

Entre as mudanças, a Portaria GM/MS nº 1.996/07 prevê, no seu Art. 2º, que a condução regional da PNEPS deve ocorrer por meio de Colegiados de Gestão Regional (CGR), definidos como instâncias de pactuação permanente e cogestão solidária e cooperativa. Também para a condução da política, a portaria prevê como “estratégia” a configuração das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), definidas como instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução, desenvolvimento e avaliação da PNEPS nas localidades estabelecidas em nível estadual, sendo que as CIES surgiram em substituição aos Polos Locorregionais de Educação Permanente em Saúde para o SUS (BRASIL/MS/SGTES, 2009).

A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do estado de Santa Catarina (SC), atendendo ao Plano Diretor de Regionalização de 2002 (PDR/2002), ao Pacto de Gestão do SUS e à Portaria GM/MS nº 1.996/07, instituiu, em 2007, a formação de 15 Colegiados de Gestão Regional, aos quais se articularam 15 Comissões Permanente de Integração Ensino-Serviço que abrangeram 100% dos municípios. O processo de implementação do PDR/2008 em SC evidenciou a necessidade de revisão estrutural de alguns CGR e, por conseguinte, suas CIES. Assim, em 2009, com a homologação da Deliberação 205/CIB/09, a PNEPS passou a ser desenvolvida no Estado por meio de 16 CGR e 16 CIES (CIB/SES-SC, 2007, 2009).

A Divisão de Educação Permanente (DEP) subordinada à Diretoria de Educação Permanente em Saúde (DEPS), da Secretaria Estadual de Saúde (SES/SC), é responsável pela PNEPS em âmbito estadual. O coordenador da DEP articula a política junto a outras estruturas administrativas estaduais e a SGTES/MS presta assessoria direta a todas as CIES no Estado, conduz a elaboração e a execução das ações de EPS propostas no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde e é o secretário da CIES Estadual implantada em 2010, entre outras funções.

Optamos em analisar especificamente as CIES, entre tantas estruturas que compõem a PNEPS, por compreendê-las como a instância articuladora dos diferentes segmentos que participam da construção e consolidação do SUS, responsável pela formulação, condução e desenvolvimento das ações de EPS em nível local

(BRASIL/MS/SGTES, 2009). Acreditamos que identificar o conhecimento que os membros da CIES possuem sobre a PNEPS e demais estruturas imbricadas nesse contexto possibilita a compreensão de um, entre outros aspectos, que influencia o processo de desenvolvimento da referida política nas regiões. Ainda, a possibilidade de diálogo e reflexão sobre esse tema no interior das CIES torna-se fundamental, haja vista a responsabilidade que os sujeitos sociais possuem na consolidação de suas propostas.

Entre as 16 CIES do estado, duas foram convidadas e aceitaram participar do estudo. Salientamos que a investigação não teve a pretensão de realizar comparações, apenas apresentamos aspectos das realidades escolhidas a fim de discutir potencialidades e fragilidades vivenciadas no interior de cada CIES, bem como destacar a forma como os participantes se organizaram para buscar soluções. O estudo é justificado pela possibilidade de despertar a discussão e reflexão dos aspectos vivenciados e apresentados neste trabalho em outras CIES do Estado ou do País, bem como estimular a realização de ações de mudança no interior das comissões envolvidas, visto o caráter participativo da metodologia aplicada na investigação estar sustentado no referencial de Paulo Freire.

## **OBJETIVO**

Analisar o conhecimento que os sujeitos sociais, participantes de duas Comissões de Integração Ensino-Serviço no Estado de Santa Catarina, possuem sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

## **METODOLOGIA**

Estudo qualitativo, do tipo pesquisa participante (DEMO, 1987), desenvolvido por meio de uma adequação da Investigação Temática (IT) elaborada por Paulo Freire. A investigação iniciou com a composição do Círculo de Investigação Temática e foi estruturada em três etapas que se articularam ao longo do trabalho de campo: a) Levantamento dos Temas Geradores; b) Codificação; e, c) Decodificação e Desvelamento Crítico da Realidade (FREIRE, 2005, 2006).

A Investigação Temática foi realizada no período de maio a dezembro de 2009, em duas CIES no Estado de Santa Catarina/Brasil, sendo elas: a) CIES Grande Florianópolis – pertencente à região Grande Florianópolis composta por 22 municípios. Esta CIES foi definida pelo

CGR da Grande Florianópolis em junho de 2008, possuindo, no início da investigação, 11 membros titulares em caráter de representação dos segmentos de serviço, ensino, gestão e controle social. A sua secretaria executiva foi instituída pelo mesmo CGR junto à Escola de Formação em Saúde (EFOS); b) CIES Carbonífera – pertencente à região Carbonífera, composta, no período do estudo, por 11 municípios na região sul do Estado. No início da pesquisa, a CIES possuía 21 membros titulares, sendo que sua composição seguiu a lógica de inclusão abrangendo os segmentos de serviço, ensino, gestão e controle sociais. A secretaria executiva encontra-se estruturada junto à 21ª Gerência Regional de Saúde (GERSA), estabelecida desde a época dos antigos Polos de EPS. A escolha das CIES foi intencional, visto a facilidade de estada da pesquisadora-mediadora em suas cidades-sede para o acompanhamento e registro das ações desenvolvidas.

A coleta de informações iniciou em maio de 2009, com a formação dos Círculos de Investigação em cada uma das CIES participantes, sendo desenvolvida a partir da participação da pesquisadora-mediadora em 16 e 17 reuniões de trabalho das CIES Grande Florianópolis e Carbonífera, respectivamente e, com a realização das etapas da IT em 5 reuniões na CIES Grande Florianópolis e de 6 reuniões na CIES Carbonífera, em que a investigação foi ponto de pauta das reuniões, com uma duração que variou entre 1h e 3h cada encontro.

Os sujeitos da pesquisa foram os membros das duas CIES que aceitaram participar do estudo, tendo representantes de ensino, gestão, serviços e controle social, configurando-se 21 participantes da CIES Grande Florianópolis e 35 da CIES Carbonífera. Essa participação variou entre as reuniões de trabalho e a realização das etapas da IT propriamente ditas, sendo que, nos encontros específicos da IT, participaram 7 a 15 sujeitos na CIES Florianópolis e 10 a 17 sujeitos na CIES Carbonífera.

Ao longo da Investigação Temática, foi realizada a triangulação de técnicas para obtenção das temáticas, utilizando-se principalmente de observação participante e o diálogo entre os membros dos círculos motivados a partir de perguntas instigadoras. Essas técnicas foram registradas em cadernos de campo, que, após cada observação, foram reorganizados em documentos específicos no Microsoft Word® e revisados de modo que garantissem ao máximo a descrição dos aspectos observados, separando os registros objetivos dos subjetivos.

Sempre que autorizado pelos participantes, as reuniões de trabalho e as etapas da IT foram gravadas em arquivo digital e posteriormente transcritas. Os depoimentos eram compilados juntamente

com as observações objetivas de modo a serem devolvidos aos círculos no processo da investigação. Os registros subjetivos fomentavam os questionamentos que a pesquisadora-mediadora realizava ao longo das etapas dos círculos de investigação a fim de estimular o diálogo e a reflexão sobre a realidade vivida pelos participantes.

Ao longo das etapas específicas de IT apresentadas por Freire (2005, 2006), além das técnicas já explicitadas, utilizamos diferentes dinâmicas para composição do corpus de dados da investigação:

1) Levantamento dos temas geradores: os registros objetivos das reuniões de trabalho e da formação dos círculos de investigação foram apresentados de forma escrita aos participantes dos círculos. Os membros se dividiram em subcírculos conforme estiveram presentes nas reuniões anteriores das CIES para efetuarem uma leitura dos registros, destacando aspectos que lhes causavam desconforto e incômodo, denominados de “situações-limite” que estão intrinsecamente ligadas aos “temas geradores” (FREIRE, 2005). Após discussão e análise do material, os participantes formaram novamente o círculo de investigação e apresentaram de forma dialógica os aspectos destacados como temas geradores pelos subcírculos, e o diálogo realizado no círculo de investigação permitiu a emergência de novos temas geradores e novas situações-limites.

2) Codificação: essa etapa iniciou no momento em os participantes validaram uma lista de 16 e 15 temas geradores das CIES Grande Florianópolis e Carbonífera, respectivamente. Contudo, no presente trabalho, devido à limitação estrutural imposta para composição de um artigo científico, apresentamos e discutimos os seguintes temas geradores validados em ambas as CIES: - conhecimento limitado ou desconhecimento da maioria dos sujeitos sociais participantes das CIES e dos CGR sobre a PNEPS; - falta de estruturas organizadas administrativamente nos municípios, responsáveis pela PNEPS em nível local que promovam a disseminação de conhecimento sobre o tema; - deficiência de ferramentas de divulgação e informação a respeito da estrutura histórica e organizativa das CIES e da PNEPS. A etapa de codificação propriamente dita ocorreu por meio de uma técnica projetiva na qual apresentamos um painel com as informações codificadas referentes a cada CIES na forma de desenhos. Essa técnica foi elaborada a partir dos temas geradores validados, da organização das informações extraídas das observações participantes e das gravações das reuniões de trabalho. Os painéis foram trabalhados juntamente com perguntas norteadoras apresentadas de forma impressa e respondidas inicialmente de forma individual, posteriormente discutidas em subcírculos e, ao

final, dialogadas entre todos os membros dos círculos de IT das CIES, de modo que foi possível evidenciar a compreensão dos participantes sobre os temas geradores que emergiram em cada realidade.

3) Decodificação e Desvelamento crítico da realidade: devido ao caráter dinâmico da metodologia, a decodificação iniciou articulada à codificação em ambas as CIES, pois os participantes descreveram os aspectos que estavam vivenciando a partir da sua própria identificação na projeção que lhes foi apresentada, logo, “tomaram consciência” de tais aspectos. O desvelamento crítico teve início no momento em que os participantes se “conscientizaram”, ou seja, posicionaram-se de modo crítico a respeito dos temas geradores, sendo que dialogaram e, após divisão de responsabilidades, efetivaram um movimento de mudança da realidade anteriormente descrita por eles. Porém, esse momento ocorreu em diferentes dimensões em cada CIES e no interior de cada sujeito social, e, devido a isso, na última reunião de ambas as CIES realizada em dezembro de 2009, após um processo de avaliação coletiva da IT, os membros das CIES analisaram as ações desenvolvidas e estabeleceram uma agenda de ações com propostas de mudanças que seriam implementadas ao longo do ano de 2010, a partir dos aspectos dialogados no desvelamento crítico da realidade.

Em relação à análise qualitativa dos dados, o processo ocorreu concomitante à coleta, pois, quando os temas geradores foram codificados, apresentados, refletidos e dialogados pelos membros dos círculos de investigação das CIES, emergiram temáticas que passaram por um processo de análise coletiva e movimento de mudança que atingiram diferentes dimensões (SAUPE; BRITO; GIORGI, 1998). Desse modo, os resultados apresentados foram analisados e estruturados ao longo das etapas da IT, sendo que, no processo final de análise, estabelecemos a compilação dos temas geradores descritos neste trabalho de modo a compor a grande temática - “conhecimento dos sujeitos sociais das CIES sobre a PNEPS”, articulada a uma discussão teórica, que possibilitou a discussão dos achados com outros autores.

A IT foi efetivada por meio de várias dimensões que se entrecruzaram constantemente, sendo elas o diálogo, a reflexão, a problematização da realidade, o empoderamento dos participantes, o papel do investigador como mediador do processo e as mudanças realizadas nos cenários investigados através da práxis e da conscientização dos sujeitos, pois, no início e ao longo do processo, esses aspectos serviram para analisar a prática cotidiana dos participantes, a fim de definir quais mudanças eram necessárias, e ao término, os participantes utilizaram os aspectos para identificar quais

pontos foram modificados, o que ainda precisa ser melhorado e qual a avaliação do processo de investigação.

Esse estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da SES/SC, processo nº 0028.1604-09, atendendo aos critérios da Resolução do CNS nº 196/96. As identidades dos participantes estão preservadas por pseudônimos escolhidos pelos próprios sujeitos sociais da investigação.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Como os aspectos que emergiram nos dois círculos de investigação a respeito do conhecimento dos sujeitos sociais sobre a PNEPS foram muito semelhantes, optamos por apresentá-los nas tabelas a seguir como pertencentes às duas CIES, sendo que as diferenças mais significativas ocorreram no desvelamento crítico da realidade. O movimento distinto desenvolvido na referida etapa deveu-se às diferentes maneiras que as transformações podem acontecer no interior dos círculos de investigação, pois elas podem ser evidentes, rápidas e concretas, ou abstratas, envolvendo mais um processo de conscientização do que de mudanças observáveis, logo, podemos considerar que a sensibilização e a elaboração de propostas de mudanças trata-se do primeiro passo para efetivar as transformações possíveis (SAUPE; BRITO; GIORGI, 1998).

**Tabela 6.2.1** - Conhecimento dos sujeitos sociais participantes das CIES sobre a PNEPS, dialogados nos círculos de investigação.

<b>CIES GRANDE FLORIANÓPOLIS e CIES CARBONÍFERA</b>	
<b>Tema Gerador:</b> conhecimento limitado ou desconhecimento da maioria dos sujeitos sociais participantes das CIES e dos CGR sobre a PNEPS.	
Codificação	Decodificação (descrição realidade)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- a maioria dos membros da CIES e do CGR não participou da estratégia anterior da PNEPS (Portaria GM/MS nº 198/04);</li> <li>- conhecimento superficial dos membros da CIES e do CGR sobre distintos aspectos que permeiam a PNEPS;</li> <li>- necessidade de divulgação de informações e realização de estudos regulares sobre a PNEPS junto aos membros da CIES e do CGR;</li> <li>- os membros que participaram de outros programas e/ou políticas de EPS desenvolvidos anteriormente à Portaria GM/MS nº 1.996/07 têm conhecimento limitado sobre a atual estratégia de ação da PNEPS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- os novos membros da CIES e do CGR desconhecem a PNEPS, sendo que não há divulgação ou estudos sobre a EPS nas regiões;</li> <li>- dificuldade dos membros das CIES em propor ações de EPS segundo os preceitos teórico-metodológicos da PNEPS;</li> <li>- baixa prioridade do CGR sobre questões que envolvem a CIES e a PNEPS devido, entre outros fatores, ao limitado conhecimento sobre a importância dessas ações para a consolidação do SUS e valorização dos trabalhadores da saúde;</li> <li>- o conhecimento sobre a PNEPS ocorre conforme o interesse pessoal dos membros, não há um momento de estudo e discussão coletiva.</li> </ul>
<b>Desvelamento Crítico da Realidade</b>	
<b>Propostas de Mudança</b>	
<i>CIES Carbonífera:</i> estruturar uma proposta de EPS para os membros da CIES sobre a PNEPS, sendo definido um grupo de trabalho que se responsabilizará por essa ação.	
<i>CIES Grande Florianópolis:</i> fortalecer a discussão da PNEPS junto aos membros da CIES e organizar ações de EPS para o CGR, no formato de minicurso ou oficinas, sobre os aspectos que envolvem a PNEPS, buscando sensibilizá-los sobre a importância da CIES e de suas ações nos seus municípios.	
<b>Ações desenvolvidas</b>	
<i>Comum para ambas as CIES:</i> exposto no Fórum de EPS (atual CIES Estadual) e em oficinas e seminários promovidos pela DEPS/DEP (2009) a deficiência de conhecimento dos membros das CIES e dos CGR sobre os aspectos teórico-metodológicos da PNEPS, a fim de solicitar uma ação de EPS no âmbito estadual, de modo que seja estabelecida como uma necessidade no Plano Estadual de EPS.	
<i>CIES Carbonífera:</i> formado um grupo de trabalho (com coordenador e membros) para organizar ações de EPS aos membros da CIES sobre a PNEPS de modo a fortalecer conceitualmente o tema.	
<i>CIES Grande Florianópolis:</i> realizadas duas reuniões de estudos nas quais membros da CIES discutiram o arcabouço teórico-metodológico da PNEPS (Portaria GM/MS nº 1.996/07) e estudaram a nova estratégia de ação da mesma, fazendo comparações e contrapontos com a proposta anterior.	

**Fonte:** Círculos de Investigação Temática realizados nas CIES Grande Florianópolis e Carbonífera, mai-dez de 2009.

O movimento dialógico e crítico que se estruturou no interior dos círculos de investigação foram expressos na validação do próprio tema gerador apresentado na Tabela 6.2.1. Devemos considerar que, para os



membros de uma comissão que, teoricamente, são responsáveis pela condução da PNEPS em nível locorregional constatarem coletivamente que uma das situações-limite que vivenciam é o próprio conhecimento limitado ou desconhecimento da referida política, por si só, configura-se um movimento importante para o processo de mudança e para a conquista do inédito-viável por meio de atos-limites, ou seja, da busca por mudanças possíveis a fim de se atingir a realidade desejada (FREIRE, 2001, 2005).

No momento em que, por meio do diálogo, os sujeitos sociais declararam seu limitado conhecimento sobre a PNEPS, inicialmente ocorreu um choque com a realidade, pois a emersão desse tema gerador fez com que os participantes se defrontassem com uma realidade incompatível com a função que estavam exercendo. Assim, ao longo das etapas de codificação e decodificação, problematizaram esse aspecto, buscando encontrar possibilidades de mudança que, no desvelamento crítico, foram instituídas ou limitaram-se conscientemente a propostas reais e possíveis de serem desenvolvidas futuramente.

“posso dizer que o meu conhecimento é mínimo... conheço pouco sobre a política, inclusive essas siglas” (Fabi/CIES-Grande Florianópolis).

“não tem como priorizar ou se comprometer com aquilo que não conhecemos [...] por isso os gestores acabam também não priorizando a CIES e a EPS” (Titi/CIES-Carbonífera).

Ao longo das etapas da IT, os membros das CIES problematizaram que o limitado conhecimento sobre a PNEPS também ocorre em outros programas que envolvem o SUS, pois, na maioria dos municípios, os profissionais assumem diversas funções simultaneamente, e isso faz com que participem de diferentes programas sem ter um conhecimento real sobre o que estão assumindo, logo, inicialmente “fingem” que conhecem determinado assunto, e acabam compreendendo e aprendendo a respeito do tema no processo de participação, sem um estudo ou discussão teórica a priori. Desse modo, instalou-se uma situação gnosiológica, ou seja, uma situação em que os participantes dos círculos de investigação, ao perceber seu caráter histórico-cultural, perceberam-se como inacabados e, portanto, em constante construção, sendo que por meio dessa percepção é que a educação se expressa como ação transformadora possível de ser implementada (FREIRE, 2006).

“o meu conhecimento está sendo construído a cada reunião da CIES, pois não participava antes [época dos polos], mas meu conhecimento ainda é pequeno, acho que preciso me dedicar mais [...] como ocorre com outros programas, vamos aprendendo no processo, conforme vamos participando” (Nina/CIES-Carbonífera).

Esse processo de busca e aprendizagem é legítimo, inclusive muitos podem considerá-lo como um aspecto próprio da EPS – aprender a partir da realidade vivida. No entanto, um aspecto problematizado nos círculos de investigação é a necessidade de se estabelecer ferramentas que proporcionem espaços de ensino-aprendizado individual e/ou coletivo no ambiente de trabalho, e isso incluiu o conhecimento e estudo de programas e políticas lançadas pelo MS, como a própria PNEPS, pelos participantes das CIES, bem como por outros sujeitos sociais na realidade dos municípios ou instituições, a fim de efetivar a proposta teórico-metodológica apresentada pela política.

Caso contrário, consideram que estão presentes nas reuniões, mas por desconhecerem os aspectos básicos que configuram sua participação nas comissões, não realizam uma participação efetiva, por conseguinte, de compromisso com a proposta.

“sei que ela [PNEPS] existe, porque eu já li a portaria, mas não posso dizer que a estudei que discuti ou que entendi todos os mecanismos que ela apresenta [...] isso nos falta, esse conhecimento aprofundado [...] uma coisa é ler mais uma portaria, entre tantas que lemos nos municípios, outra coisa é realmente conhecer e contribuir com o processo” (Juliane/CIES-Carbonífera).

O processo realizado nas etapas de codificação e decodificação proporcionou aos participantes despertar a consciência sobre sua própria inconclusão, aspecto que possibilita ao sujeito “ser mais”, uma vez que se configura na busca do aprimoramento individual ou coletivo para melhoria de estruturas comuns a todos (FREIRE, 2005). Esse processo pode ser constatado nas propostas e ações desenvolvidas pelos círculos de investigação, pois os membros da CIES assumiram suas fragilidades, bem como definiram ações em que se envolveram e mobilizaram distintas instâncias em nível local e estadual.

“sugiro que o grupo apresente alguma coisa das portarias da PNEPS, para podermos fazer uma discussão [...] uma leitura crítica. Uma leitura na nossa realidade, o que estamos fazendo, ou o que já fizemos [...] podemos chamar outras pessoas, convidados, o coordenador da DEP, ou mesmo o diretor da DEPS, para apresentar aspectos gerais e participar da discussão, inclusive para que tenham consciência da nossa limitação, mas que estamos procurando superar” (Mathias/CIES-Grande Florianópolis).

O tema gerador dialogado pelos participantes da IT corrobora os resultados apresentados nos estudos de Ferraz (2005) e Lino *et al.* (2007) que, mesmo referindo-se à estratégia de ação apresentada na Portaria nº 198/04 da política, discutiram a necessidade de disseminação de informações e conhecimentos sobre a PNEPS tanto aos membros participantes da estratégia de ação, quanto nos municípios e instituições que desenvolvem ações sobre EPS, visto que a maioria dos participantes dos referidos estudos também expressaram um conhecimento superficial ou desconhecimento sobre a PNEPS.

As propostas e ações de EPS que foram desenvolvidas no interior das CIES, no processo de desvelamento crítico, são importantes, visto que possibilitam aos sujeitos sociais perceberem a política como uma estratégia que busca a formação dos profissionais da saúde e mudança dos serviços seguindo a lógica da clínica ampliada e da integralidade, pois deveria proporcionar espaços para a discussão de temas que geram “auto-análise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção)” (CECCIM, 2005, p.162). Essa compreensão possibilita à EPS configurar-se como um eixo inovador ao desenvolvimento das ações preconizadas no SUS, em sintonia com a democracia e a mudança das práticas de saúde (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

A problematização realizada nas etapas de codificação e decodificação do tema gerador apresentada na Tabela 6.2.1 evidenciou novos temas geradores intimamente ligados ao conhecimento limitado ou desconhecimento sobre a PNEPS. A opção em apresentá-los como novos temas geradores foi para evitar que tais aspectos fossem diluídos e esquecidos, pois esse destaque possibilitou aos membros da CIES realizar uma reflexão que gerou propostas e ações de mudança específicas para atender tais situações-limite.

**Tabela 6.2.2** - Estruturas organizadas em nível de Secretarias Municipais de Saúde responsáveis pela PNEPS dialogados nos círculos de investigação.

<b>CIES GRANDE FLORIANÓPOLIS e CIES CARBONÍFERA</b>	
<p><b>Tema Gerador:</b> os municípios não possuem estruturas organizadas administrativa e politicamente responsáveis pela PNEPS em nível local que promovam a disseminação de conhecimento sobre o tema.</p>	
<b>Codificação</b>	<b>Decodificação (descrição realidade)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- desconhecimento dos novos membros da CIES sobre a PNEPS por não haver discussões sobre o assunto em nível local;</li> <li>- necessidade de organizar grupos nos municípios que se responsabilizem pelas ações de EPS nessa dimensão e se articule diretamente às CIES da região a que pertence, buscando envolver outros sujeitos sociais além daqueles que participam da comissão;</li> <li>- dificuldade de realizar ações de multiplicadores de conhecimento em nível local (municípios/ instituições).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- não há divulgação da PNEPS nos municípios, mas é necessário que a mesma seja conhecida por todos e divulgada pelos membros da CIES;</li> <li>- os municípios que compõem as CIES não possuem um grupo ou outra estrutura de administração nas SMS que sejam responsáveis pelos aspectos de EPS e que defendam a importância da CIES junto aos gestores;</li> <li>- trabalhadores realizam cursos com a finalidade de se tornar multiplicadores do conhecimento aprendido, porém não encontram estímulo e estrutura para realizar essa função no âmbito local.</li> </ul>
<b>Desvelamento Crítico da Realidade</b>	
<p><b>Proposta de Mudança</b></p> <p><i>Comum para ambas as CIES:</i> estruturar grupos de EPS nas SMS e/ou instituições hospitalares a partir da articulação desenvolvida pelos membros da CIES com outros representantes (trabalhadores, gestores e controle social dos municípios) a fim de que, entre outras funções, apoiem iniciativas de multiplicadores de conhecimentos recebidos em ações de EPS em nível local.</p> <p><i>CIES Carbonífera:</i> aproveitar as reuniões itinerantes para o(s) representante(s) na CIES do município que está sediando a reunião, convidar um grande número de trabalhadores, usuários e o gestor de saúde para participar da reunião e desse modo divulgar a CIES e a EPS.</p> <p><i>CIES Grande Florianópolis:</i> realizar reuniões itinerantes a partir de 2010 a fim de proporcionar uma aproximação e divulgação da CIES nos municípios da região.</p> <p><b>Ação desenvolvida</b></p> <p><i>CIES Carbonífera:</i> realizado reuniões itinerantes da CIES nos municípios da região com o intuito de aproximar a CIES da realidade dos serviços.</p> <p><i>CIES Grande Florianópolis:</i> organizado em dez/2009 o calendário de reuniões itinerantes para 2010.</p>	

**Fonte:** Círculos de Investigação Temática realizados nas CIES Grande Florianópolis e Carbonífera, mai.-dez. de 2009

A instituição da PNEPS nos municípios foi dialogada nos círculos de investigação como sendo uma necessidade, pois os

participantes concluíram que essa é uma importante ação a ser desenvolvida a fim de superar o conhecimento limitado ou desconhecimento da política e, de fato, instituir a PNEPS como uma ferramenta para a consolidação do SUS. Vale lembrar que a avaliação da PNEPS, realizada em 2006/2007, recomendou a necessidade de “fortalecimento das capacitações de planejamento municipais no tocante à definição de prioridades para as atividades de capacitação” (USP/FFM, 2008, p.15), aspecto que corrobora o desenvolvimento de estruturas de EPS em nível municipal, dialogados pelos participantes durante a IT.

“em outra reunião nós levantamos a possibilidade de formar grupos de trabalho que se responsabilizassem em organizar uma forma de percorrer os diferentes municípios da região a fim de auxiliar a estruturação de grupos de EPS em nível municipal, dentro de cada município, sendo que os representantes dos municípios dos diferentes segmentos deveriam se reunir para fortalecer a EPS dentro dos municípios e, por conseguinte, a participação das pessoas na CIES também seria fortalecida” (Café/CIES-Carbonífera).

[...] talvez, por nos faltar maturidade e experiência, precisamos começar instituindo espaços, mas isso precisa ser superado com o tempo [...] considero que esse tema se mescla com o tema gerador sobre o ‘desconhecimento da PNEPS’, pois todas as ações que fossem pensadas dentro das SMS, das instituições hospitalares, deveriam ser pensadas na lógica da EPS, e não que a fulano, beltrano, ou o cicrano, nos apontassem uma fórmula mágica para guiarmos as nossas ações, ou que eles precisem estar presentes para que ela aconteça” (Mathias/CIES-Grande Florianópolis).

Outro aspecto dialogado nas etapas de codificação e decodificação diz respeito ao envolvimento das pessoas que participaram de cursos oferecidos pelo MS sobre a EPS quando a PNEPS foi lançada. Houve relatos de que alguns membros das CIES participaram desses cursos, sendo que, a princípio, assumiram o papel de facilitadores dos processos de mudança em nível local, porém, um dos aspectos problematizados foi justamente a dificuldade de mobilização que esses facilitadores/multiplicadores encontraram, devido a não haver uma estrutura de EPS consolidada nos municípios que estimulasse ou apoiasse o desenvolvimento de propostas de EPS em nível institucional (unidades locais de saúde e hospitais), tampouco um real envolvimento dos gestores para organização dessa estrutura.

“a função de multiplicador é difícil de ser implementada porque, quando retornamos ao serviço, somos ‘engolidos’ pelas atividades que temos que

desenvolver [...] muitos trabalhadores resistem às mudanças, nós propomos: - vamos fazer isso! Os colegas dizem não. Então, vamos fazer aquilo! E recebemos mais um não e muitas vezes não temos apoio das chefias, dos gestores. Depois outro não, e com o tempo nós mesmos nos desmotivamos [...] faltam estruturas institucionais que sustentem essas propostas [EPS], falta políticas institucionais na maioria dos hospitais e acredito que também nos municípios [...] a PNEPS está há anos aí, de algum modo está estruturada nas regiões do nosso estado e tem um órgão central que faz algumas organizações, articulação, no entanto, não foi assumida de fato na grande maioria dos municípios e instituições, como ‘carro chefe’ para mudanças nas ações” (Fátima/CIES-Grande Florianópolis).

Merhy, Feuerwerker e Ceccim (2006) apontam essa dificuldade e referem que a Portaria nº 198/04 previa, além da estruturação dos Polos de EPS, mais duas estratégias de ação: uma, que foi citada pelos participantes do círculo de investigação, era a formação de tutores e facilitadores de EPS em nível local; a outra era a estruturação da rede de municípios colaboradores de EPS, sendo que essa foi elaborada para atingir inicialmente 160 municípios. No entanto, após a revisão da PNEPS e definição da Portaria 1.996/07, Pimenta e Livorato (2009) relataram que houve uma descontinuidade dessas estratégias.

Percebemos, nos diálogos e reflexões realizadas nas etapas de codificação e decodificação do presente estudo, que, devido à descontinuidade, essas ações propostas pela PNEPS não tiveram uma grande repercussão nas regiões estudadas em SC, sendo apontadas pelos participantes como possibilidades que precisariam ser resgatadas. Cumpre esclarecer que a necessidade de estruturar grupos de EPS nos municípios, dialogada pelos membros da CIES, prevê a ação em todos os municípios membros das CIES, pois desse modo seria possível atingir a micropolítica do trabalho em saúde (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006), o que diferencia da proposta lançada pelo grupo que estava coordenando a SGTES em 2005.

Um aspecto que nos chamou atenção no processo de análise da IT é a dificuldade dos participantes da CIES perceberem a PNEPS como uma ferramenta de articulação entre distintos programas e/ou ações que podem ser desenvolvidos nos municípios. Ao longo da IT, os participantes raramente comentaram sobre algum programa ligado à EPS que poderia ou que está sendo realizado em seus municípios, e isso denota duas possibilidades, a primeira, que não ocorrem programas em nível municipal extra aos propostos nas CIES; a segunda, que os membros da CIES não compreendem a permeabilidade que envolve a PNEPS e acabam não percebendo as diferentes ações e programas lançados pelos distintos departamentos da SGTES como possibilidades

de realizar mudanças da realidade por meio da articulação da PNEPS com outros programas, logo, tais propostas podem estar sendo apresentadas de forma fragmentada e, por não haver um espaço nos municípios que se responsabilize pela articulação das ações de EPS, não ficam caracterizadas como ocorrendo nos municípios.

No encontro de encerramento da IT, o tema gerador apresentado na Tabela 6.2.2 foi corroborado com a inserção de um novo membro na CIES Carbonífera representante dos serviços, o qual está realizando o curso de qualificação de gestores, oferecido pela Escola Nacional de Saúde Pública na modalidade EAD. Uma participante do círculo de investigação, que é tutora do novo membro da CIES no curso, expressou que o trabalho de conclusão de curso do profissional buscará “desenvolver uma proposta de estruturação de EPS para o seu município, isso corrobora a necessidade que a ‘ponta’ está enfrentando e que nós aqui constatando este ano, então realmente precisamos desenvolver alguma ação nesse sentido, talvez, futuramente, o trabalho que ele está pensado em fazer poderia ser utilizado pela CIES para auxiliar a atingir a proposta de mudança que estabelecemos como necessária” (Gladys/CIES-Carbonífera).

A interrelação do referido curso com as propostas de ação apresentadas pelas CIES fortalece a importância dos membros da comissão dialogar e buscar conhecer distintos programas desenvolvidos pela SGTES que poderiam colaborar na estruturação das propostas. Para isso, também é necessário que os membros procurem conhecer as estruturas que compõem a SGTES e os programas e políticas propostos por essa secretaria.

Atualmente, o ProgeSUS é um exemplo de programa que, mesmo sendo apresentado e financiado por um departamento distinto do responsável pela PNEPS na SGTES, poderia ser analisado e auxiliar a estruturação de grupos locais nas SMS, que se responsabilizariam pela articulação e mobilização de EPS nos serviços, bem como estariam ligados às CIES, pois o primeiro de quatro componentes do programa “busca auxiliar no atendimento às necessidades para a organização da área de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde. Relaciona-se à instituição formal do setor, a definição de equipe e estrutura física adequada, além da aquisição de equipamentos” nos municípios (BRASIL/MS/SGTES, 2006, p.13), sendo previsto o atendimento das necessidades em quatro etapas, a primeira envolvendo estados, capitais e o Distrito Federal até chegar aos municípios com menos de 500 postos de trabalhos públicos.

Teoricamente, o ProgeSUS está vinculado ao Pacto de Gestão,

desse modo, ambos, entre outros aspectos, buscam “o fortalecimento da educação permanente como política essencial à formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS” (BRASIL/MS/SGTES, 2006, p.18), além do desenvolvimento de maior capacidade de planejamento, programação e acompanhamento das atividades educativas nas secretarias de saúde municipais e estaduais.

**Tabela 6.2.3** - Ferramentas de divulgação das CIES e PNEPS dialogados na investigação temática.

(continua)

<b>CIES GRANDE FLORIANÓPOLIS e CIES CARBONÍFERA</b>	
<b>Temas Geradores:</b> deficiência de ferramentas de divulgação e informação a respeito da estrutura histórica e organizativa das CIES e da PNEPS.	
<b>Codificação</b>	<b>Decodificação (descrição realidade)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- desinformação dos membros das CIES sobre os diferentes aspectos que envolvem a comissão e, por conseguinte, a PNEPS;</li> <li>- falta material informativo sobre as CIES e a PNEPS nas regiões;</li> <li>- dificuldade em manter as atas das reuniões atualizadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- necessidade de elaborar um site para divulgação da CIES e da PNEPS;</li> <li>- necessidade de elaborar materiais informativos sobre a CIES/PNEPS a ser entregue aos novos membros da comissão, de modo a sentirem-se mais acolhidos e integrados;</li> <li>- dificuldade do responsável em manter as atas das reuniões da CIES atualizadas, devido ao elevado número de reuniões que as CIES estão realizando em 2009.</li> </ul>
<b>Desvelamento Crítico da Realidade</b>	
<b>Proposta de Mudança</b>	
<p><i>Comum para ambas as CIES:</i> elaborar uma solicitação formal a ser apresentada ao Fórum da EPS (atual CIES Estadual), requerendo que a DEPS providencie, a partir do valor de 10% do orçamento dos anos de 2008 e 2009 da PNEPS que ficaram para manutenção e ações de EPS em nível estadual, a atualização do site contido na página da SES/SC sobre a PNEPS, de modo que todas as CIES regionais tenham um link, pelo qual possam ser divulgadas; compartilhar a função de elaboração das atas de reunião entre os membros da CIES de modo que cada reunião uma pessoa assuma essa responsabilidade e a ata seja aprovada no início de cada nova reunião para ser divulgada nos municípios.</p> <p><i>CIES Carbonífera:</i> estruturar grupos de trabalho que se responsabilizem pela manutenção/alimentação do site produzido e pela elaboração de folders ou panfletos que possam ser levados pelos membros aos municípios para divulgação da CIES; analisar, junto ao CGR, a possibilidade da CIES solicitar um site oficial ligado ao site do CGR, com recursos dos municípios da região para manutenção.</p> <p><i>CIES Grande Florianópolis:</i> elaborar um projeto para criação de um site para divulgação da CIES e da PNEPS, utilizando parte dos recursos de 5% destinados à manutenção da CIES; elaborar folders ou panfletos que possam ser levados pelos membros aos municípios, a fim de divulgar a PNEPS.</p>	
<b>Ação desenvolvida</b>	
<p><i>CIES Carbonífera:</i> criado um <i>site</i> gratuito com informações gerais sobre a CIES Carbonífera e a PNEPS &lt;<a href="http://www.ciesamrec.blogspot.com">www.ciesamrec.blogspot.com</a>&gt;. No entanto, por não ter recurso financeiro para manutenção e nem o apoio em nível regional (CGR) ou estadual (DEPS) que fortaleça essa iniciativa, trata-se de uma iniciativa isolada que precisa ser disseminada como uma necessidade em nível de Estado.</p>	



**Tabela 6.2.3** - Ferramentas de divulgação das CIES e PNEPS dialogados na investigação temática.

(conclusão)

**Desvelamento Crítico da Realidade**

*CIES Grande Florianópolis*: elaborada uma “página de apresentação” sobre aspectos gerais da PNEPS, do CGR e da CIES que é anexada a todos os materiais impressos que são entregues nas ações de EPS desenvolvidas pela CIES; compartilhada entre os sujeitos sociais que participam da CIES a função de elaborar as atas das reuniões e enviar aos demais membros de modo que todos façam a leitura da ata e aprovelem no início da próxima reunião.

**Fonte:** Círculos de Investigação Temática realizados nas CIES Grande Florianópolis e Carbonífera, mai-dez de 2009.

No processo de codificação e decodificação, também foi dialogado que a falta de divulgação da PNEPS em nível local, para além do dispositivo oferecido pelo MS no portal da saúde, é uma estrutura que inibe o acesso dos sujeitos sociais a um maior conhecimento sobre a política, bem como dificulta a difusão desse conhecimento e, por conseguinte, uma maior mobilização no desenvolvimento de propostas.

“a nossa discussão deve ficar centrada no que nós, como representantes da CIES, podemos fazer para divulgar a EPS nos nossos municípios [...] penso que nós, enquanto CIES, precisamos elaborar um histórico, um documento informativo para apresentar às novas pessoas que chegam na CIES, para que se sintam mais acolhidas e motivadas para buscar informações sobre a PNEPS [...] isso pode estar no *site*, bem como fazer tipo um panfleto que entregamos para as novas pessoas” (Carlos/CIES-Carbonífera).

A mobilização empregada pelos membros do círculo de investigação no processo de desvelamento crítico da realidade do tema gerador da Tabela 6.2.3 é algo que merece destaque, pois revela a importância da visibilidade e transparência que ferramentas de divulgação podem proporcionar às ações desenvolvidas pela CIES. No entanto, é essencial considerar o aspecto dialogado sobre a relevância de expor essa necessidade como algo importante para a consolidação da PNEPS em âmbito de Estado e regiões, pois iniciativas de divulgação isoladas e sem recurso definido para ser mantidas dificilmente serão consolidadas.

O desvelamento crítico expõe a necessidade de se envolver estruturas estaduais e os gestores no processo de divulgação da PNEPS. No círculo de investigação da CIES-Grande Florianópolis, foi comunicado que, atualmente, no site da SES/SC, há um link especificamente para Educação na Saúde, em que a educação

permanente tem um espaço, porém, foi dialogado que efetivamente não existem informações sobre as ações que ocorrem em SC sobre EPS, ou seja, trata-se de um espaço que está subutilizado, que poderia ser um grande difusor das ações que são desenvolvidas tanto em âmbito estadual quanto regional, além de ser uma ferramenta que possibilitaria a troca de conhecimentos sobre o tema.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados apontam que, mesmo a EPS sendo um tema discutido na área da saúde há décadas, ainda torna-se necessário manter e introduzir, na prática, seus pressupostos teórico-metodológicos. Para isso é imprescindível que os envolvidos nesse processo conheçam a proposta, sendo indispensável que os membros das CIES, responsáveis pela articulação da PNEPS, sejam referências nos seus espaços de atuação para compartilhar esse conhecimento como facilitadores. No entanto, um aspecto problematizado nos círculos de investigação refere-se ao fato de que, para compartilhar, é preciso conhecer, sendo que o conhecimento limitado ou o desconhecimento dos participantes da CIES foi o principal tema gerador refletido e dialogado nos círculos.

Os sujeitos sociais dialogaram que, devido aos temas geradores estarem interligados, certamente, as ações de mudança propostas ou empregadas para estruturar processos de EPS em nível local (municípios) ou ferramentas de divulgação da CIES e da PNEPS irão colaborar para a mudança do nível de conhecimento que possuem sobre a política. No entanto, refletiram que somente o conhecimento não basta para mudar a realidade, é necessário o envolvimento concreto, uma mudança de postura e atitude que só ocorre com o engajamento dos envolvidos, sendo que esse aspecto não é simples e rápido de ser conquistado.

A análise dos sujeitos sociais sobre os temas geradores é relevante, visto que fazem o movimento de compreensão dessa relação dinâmica estabelecida no processo vivo, portanto não estático, em que estão inseridos. Mesmo conscientes da interligação entre os temas geradores constatada no processo de decodificação e desvelamento crítico da realidade, optaram por apresentar três temas geradores, pois consideraram que seria mais fácil ao grupo estabelecer estratégias de ações e mudança de forma mais específica se discutissem os aspectos separadamente, mesmo conscientes do quanto eles estão imbricados.

Por fim, temos consciência das limitações do presente trabalho, por expressar aspectos de uma dada realidade em um período de tempo

específico. No entanto, consideramos que, devido ao processo dinâmico que se instalou no decorrer do trabalho de campo, certamente os resultados desta investigação servirão de subsídio para discussão e identificação de aspectos semelhantes que precisam ser trabalhados e melhorados em outras regiões de SC e do Brasil.

## AGRADECIMENTOS

Ao Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde (EDEN/PEN/UFSC), exemplo concreto de construção de conhecimentos a partir de processos de ensino-aprendizagem compartilhados. Ao CNPq, pelo auxílio financeiro por meio de uma bolsa de doutorado.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.J. Educação permanente em saúde: um compromisso inadiável. **Olho Mágico**, Londrina, v.3, n.14, p.41-47, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Resolução nº 196/96**, de 10 de outubro de 1996. Institui Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. [documento internet] 1996. Disponível em: <<http://www.cep.ufsc.br>>. Acesso em: 15 out.2008.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges). **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde – Pólos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 66p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Departamento de Gestão da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTES). **Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS – ProgeSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CASTRO, J.L. **Protagonismo silencioso: a presença da OPAS na**

formação de Recursos Humanos em saúde no Brasil, 2008. 207f. Tese (Doutorado em Educação) – Curso de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n.16, p.161-168, 2005.

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

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB). Secretaria de Estado da Saúde. Governo de Santa Catarina (SES-SC). **Deliberação 225/CIB/07**, de 17 de dezembro de 2007. Define que as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço atenderão os municípios de acordo com a lógica da regionalização do estado, de forma que nenhum município, assim como nenhum Colegiado de Gestão Regional–CGR, fique sem sua referência a uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço. [documento internet] 2007b. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/conselhos\\_de\\_saude/CIB/delibera%E7%F5es/deliberacoes2007/DELIBERACAO%20225-CIB-17-12-07.doc](http://www.saude.sc.gov.br/conselhos_de_saude/CIB/delibera%E7%F5es/deliberacoes2007/DELIBERACAO%20225-CIB-17-12-07.doc)>. Acesso em: 27 jul.2008.

\_\_\_\_\_. **Deliberação 205/CIB/09**, de 10 de dezembro de 2009. Define a distribuição dos recursos financeiros da PNEPS para o estado de SC referente ao ano de 2009 e homologa criação da 16ª CIES em função da instituição do 16º CGR que agregou as Regiões de Saúde de São Lourenço do Oeste e Xanxerê e da outras providencias. [documento internet] 2009. Disponível em: <[http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=125&Itemid=128](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=125&Itemid=128)>. Acesso em: 23 ago.2010.

DEMO, P. Elementos Metodológicos da Pesquisa Participante. In: Brandão CR. **Repensando a Pesquisa Participante**. 3ª ed. (4ª reimpressão). São Paulo: Brasiliense; 1987 (2010). p. 104-130.

FERRAZ, F. **Educação Permanente/Continuada no Trabalho**: um caminho para a construção e transformação em saúde nos hospitais universitários federais de ensino, 2005. 267f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

FREIRE, P. **Conscientização – Teoria e Prática de Libertação**: uma

introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3 ed. São Paulo: Centauro, 2001, 116p.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do Oprimido**. 41 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005, 213p.

\_\_\_\_\_. **Extensão ou Comunicação**. 13 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006, 93p.

HADDAD, A.E.; *et al.* Política Nacional de Educação na Saúde. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.32, supl.1, p.98-114, 2008.

LINO, M.M.; *et al.* A realidade da educação continuada na enfermagem nos serviços públicos de saúde de Florianópolis. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v.6, p.1-16, 2007.

LOPES, S.R.S.; *et al.* Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Com Ciências Saúde**, Brasília, v.18, n.2, p.147-155, 2007.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER L.C.M.; CECCIM R.B. Educación Permanente en Salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Coletiva**, Buenos Aires, v.2, n.2, p.147-160, 2006.

MOTTA, J.I.J.; *et al.* Educação permanente em saúde. **Revista Olho Mágico**. Londrina, v.9, n.1, p.68-73, 2002.

PIERANTONI, C.R.; *et al.* Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.685-703, 2008.

PIMENTA, A.L.; LIVORATO, F. Educação permanente: ferramenta para qualificar os sistemas municipais de saúde. **Divulg saúde debate**, Rio de Janeiro, maio, n.44, p.85-99. 2009.

SAUPE, R.; BRITO, V.H.; GIORGI, M.D.M. Utilizando as concepções do educador Paulo Freire no pensar e agir da Enfermagem. In: SAUPE, R. (org.) **Educação em Enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1998, p.244-272.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). Fundação Faculdade de Medicina (FFM). Departamento de Medicina Preventiva. Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde. **Relatório Final**. Coordenação de Ana Luiza D'Ávila Viana. São Paulo: FM/USP, 2008, 248p.

### 6.3 MANUSCRITO 4: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: PARTICIPAÇÃO E ENVOLVIMENTO DOS SUJEITOS SOCIAIS EM COMISSÕES DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

#### **EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: PARTICIPAÇÃO E ENVOLVIMENTO DOS SUJEITOS SOCIAIS EM COMISSÕES DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO**

*PERMANENT EDUCATION IN HEALTH: PARTICIPATION AND INVOLVEMENT OF SOCIAL SUBJECTS IN INTEGRATION COMMITTEES OF SERVICE AND LEARNING*

*EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD: PARTICIPACIÓN E INVOLUCRAMIENTO DE LOS ACTORES SOCIALES EN COMISIONES DE INTEGRACIÓN ENSEÑANZA-SERVICIO*

#### **RESUMO**

Estudo qualitativo, do tipo pesquisa participante, desenvolvido através da adequação da Investigação Temática (IT) elaborada por Paulo Freire, com o objetivo analisar a participação e o envolvimento dos sujeitos sociais em duas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) de Santa Catarina/Brasil. A IT ocorreu de maio-dezembro/2009 e envolveu 56 membros das duas CIES que, após a formação de dois círculos de investigação, participaram das etapas levantamento dos temas geradores, codificação, decodificação e desvelamento crítico da realidade. Os resultados emergidos da problematização evidenciaram uma estrutura complexa referente à ausência e à dificuldade de participação e envolvimento dos segmentos gestor, ensino e controle social nas CIES. O movimento realizado nas etapas de codificação e decodificação instigou os sujeitos a deixarem a posição de sujeitados e assumirem ações que demonstram um movimento de implicação com as CIES e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) por meio de “atos comprometidos” engajados com a realidade locorregional.

**Descritores:** Educação Continuada; Capacitação de Recursos Humanos em Saúde; Política de Saúde; Sistema Único de Saúde; Participação cidadã.

## **ABSTRACT**

*A Qualitative study, participatory research like, developed through the adaptation of the Thematic Research (TR), issued by Paulo Freire, in order to analyze the participation and involvement of social subjects in two Permanent Integration Committees of Service and Learning (ICLS) from Santa Catarina / Brazil. The TR occurred from May to December 2009 and involved 56 members of each ICLS and after the formation of two research groups, they attended the survey of the generators themes, encoding, decoding, and critical disclosure of reality. The findings emerged from questioning revealed a complex structure about the difficulty and lack of participation and involvement of segments manager, education and social control at ICLS. The motion carried on the stages of encoding and decoding urged his subjects to leave the submissive position and take actions that demonstrate an involvement with the ICLS and the National Policy on Permanent Education in Health (NPPEH) through "committed acts" engaged with regional reality.*

**Descriptors:** *Education, Continuing. Health Human Resource Training. Health Policy. Unified Health System. Community-Based Participatory Research.*

## **RESUMEN**

*Estudio cualitativo, del tipo investigación participante, desarrollado por medio de la adecuación de la Investigación Temática (IT) elaborada por Paulo Freire, con el objetivo de analizar la participación y el involucramiento de los actores sociales en dos Comisiones de Integración Enseñanza-Servicio (CIES), de Santa Catarina/Brasil. La IT ocurrió de Mayo-Diciembre/2009 y envolvió 56 miembros de dos CIES que, después de la formación de dos círculos de investigación, participaron de las etapas de levantamiento de los temas generadores, codificación, decodificación y desvelamento crítico de la realidad. Los resultados que surgirán de la problematización evidenciarán una estructura compleja referente a la ausencia y la dificultad de participación e involucramiento de los segmentos: gestor, enseñanza y comunidad en las CIES. La movilización realizada en las etapas de codificación y decodificación instigaran los participantes a abandonaren la posición de sujetos y asumieren acciones que reflejen un movimiento de implicación con las CIES y la Política Nacional de Educación Permanente en Salud (PNEPS) por medio de "actos comprometidos" con la realidad de sus regiones.*

*Descriptorios: Educación Continua. Capacitación de Recursos Humanos en Salud. Política de Salud. Sistema Único de Salud. Investigación Participativa Basada en la Comunidad.*

## INTRODUÇÃO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é um conceito discutido há cerca de cinco décadas na área da saúde. Essa discussão se intensificou no continente americano a partir de 1985, quando um grupo de consultores da Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) estabeleceu um marco teórico-metodológico, estruturado a partir de referenciais participativos e problematizadores, com o intuito de guiar as ações sobre o tema na região<sup>1-3</sup>.

No Brasil, a EPS também ganhou destaque na década de 1980, por abranger pressupostos que se articulavam aos princípios do Movimento da Reforma Sanitária, o qual culminou com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988. Neste contexto, era imprescindível pensar modos de estruturar a formação dos profissionais a partir da nova lógica de saúde que estava sendo proposta para o país, bem como adequar a EPS de modo a possibilitar aos profissionais que já atuavam nos serviços e aos usuários dos SUS compreender e desenvolver suas ações (trabalho e controle/regulação), seguindo os pressupostos do novo sistema de saúde brasileiro, fato que, atualmente, ainda se encontra em construção em nosso país<sup>3</sup>.

Assim, o desenvolvimento de recursos humanos na saúde, e, por conseguinte, de EPS, é discutido desde a I Conferência Nacional de Recursos Humanos da Saúde, em 1986, sendo que a temática ganhou força com a aprovação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos em Saúde (NOB/RH/SUS)<sup>3</sup>. A aprovação da referida norma, em 2002, e a mudança de gestor federal, em 2003, impulsionou a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), articulada ao Ministério da Saúde (MS). Assim, a partir de 2003, a área de desenvolvimento de recursos humanos, que ocupava uma posição no terceiro escalão do MS, foi reestruturada e concebida dentro de uma lógica de integração de trabalho-educação-saúde, passando a ocupar uma posição no primeiro escalão do MS<sup>3,4</sup>.

A criação da SGTES propiciou que o tema sobre EPS ganhasse *status* de política pública no Brasil, pois, em setembro de 2003, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política Nacional de Educação



Permanente em Saúde (PNEPS), sendo instituída em fevereiro de 2004 pela Portaria GM/MS nº 198/04<sup>5,6</sup>. Em relação aos pressupostos teórico-metodológicos sobre o tema de EPS, a PNEPS instituiu uma diferença conceitual e de processo pedagógico entre educação continuada e educação permanente em saúde.

A educação continuada é apresentada a partir do pressuposto pedagógico tradicional, em que o conhecimento define as práticas, tendo como objetivo a atualização de conhecimentos específicos, o público alvo são os profissionais em suas especificidades, a operacionalização é descendente, as atividades educativas são pontuais e fragmentadas, geralmente sob o formato de cursos, sendo construídas de maneira desarticulada em relação à gestão, à organização do sistema e ao controle social, e tais ações são estabelecidas em nível central, sem participação dos envolvidos<sup>5-8</sup>.

A educação permanente em saúde, por sua vez, segue pressupostos pedagógicos considerados inovadores, apresentados pela OPAS/OMS ainda na década de 1980, os quais consideram que as práticas são definidas por múltiplos fatores, conhecimentos, valores, relações de poder, organização do trabalho, entre outros. Utiliza a metodologia problematizadora, a partir da aprendizagem significativa, a qual requer que se trabalhe com elementos que “façam sentido” para os sujeitos sociais envolvidos e os coloquem em posição ativa de propor e reordenar as práticas. O objetivo principal é a transformação real das práticas, o público alvo são as equipes de atenção e de gestão multiprofissional e interdisciplinar em qualquer esfera do sistema. As ações educativas são construídas de maneira ascendente, portanto, participativa, o que possibilita a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas<sup>5-8</sup>.

O movimento participativo, dialógico e problematizador empregado tanto na condução (macropolíticas) quanto na efetivação das ações de EPS (micropolíticas) prevê a organização de estruturas colegiadas compostas por distintos segmentos da sociedade (gestão, atenção, ensino e controle social). Os sujeitos sociais dos referidos segmentos se responsabilizam em definir, a partir das estruturas locais, as ações de EPS que precisam ser efetivadas a fim de buscar mudanças na realidade, sendo que a participação e o envolvimento dos sujeitos são essenciais ao desenvolvimento da política<sup>9</sup>.

Em 2007, após avaliação e revisão da PNEPS, foi aprovada a Portaria GM/MS nº 1.996/07 que, entre as mudanças, instituiu uma nova estratégia de ação e financiamento da política, a qual se efetiva por meio

dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) e das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES)<sup>10,11</sup>. A atual estratégia de ação da PNEPS, em nível regional, estruturou-se teoricamente como instâncias colegiadas, de pactuação permanente e cogestão solidária e cooperativa, sendo que as CIES têm um caráter intersetorial, interinstitucional e participam da formulação, condução, desenvolvimento e avaliação da política nas localregiões, conforme previsto no Artigo 14 da Lei Orgânica da Saúde n<sup>o</sup> 8.080/90 e na NOB/RH-SUS<sup>10,11</sup>.

O Estado de Santa Catarina (SC), atendendo às diretrizes da Portaria GM/MS n<sup>o</sup> 1.996/07, ao Plano Diretor de Regionalização de 2002 (PDR/2002) e ao Pacto de Gestão do SUS, instituiu, em 2007, a formação de 15 Colegiados de Gestão Regional, aos quais se articularam 15 Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço que abrangeram todos os municípios. A implementação do PDR/2008 no Estado promoveu a revisão estrutural de alguns CGR e, por conseguinte, suas CIES. Assim, em 2009, com a homologação da Deliberação 205/CIB/09, a PNEPS passou a ser desenvolvida em SC por meio de 16 CGR e 16 CIES<sup>12,13</sup>.

As ações que envolvem trabalho-educação-saúde são gerenciadas em SC pela Diretoria de Educação Permanente em Saúde (DEPS), da Secretaria Estadual de Saúde (SES). Subordinada à DEPS encontra-se a Divisão de Educação Permanente (DEP), órgão que responde diretamente pela PNEPS em âmbito estadual. É responsabilidade do coordenador da DEP articular a política junto a outras estruturas administrativas estaduais e ao MS, prestar assessoria direta às 16 CIES, conduzir a elaboração e a execução das ações de EPS propostas no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde e atuar como secretário da CIES Estadual implantada em 2010, entre outras funções.

A escolha em analisar as CIES, entre tantas estruturas que compõem a PNEPS, ocorreu por compreendê-las como as instâncias articuladoras dos diferentes segmentos que participam da construção e consolidação do SUS, responsável pela formulação, condução e desenvolvimento das ações de EPS em nível local<sup>10</sup>. Acreditamos que a análise da forma de participação e envolvimento dos membros da CIES possibilita a compreensão de um, entre outros aspectos, que influencia o processo de desenvolvimento da referida política nas regiões. Ainda, a possibilidade de diálogo e reflexão sobre esse tema no interior das CIES torna-se fundamental, haja vista a responsabilidade que os sujeitos sociais possuem na consolidação de propostas de EPS em suas localregiões.

Entre as 16 CIES de SC, duas participaram do estudo. Porém, salientamos que a investigação não teve a pretensão de realizar comparações, apenas apresentamos aspectos das realidades escolhidas a fim de discutir potencialidades e fragilidades vivenciadas no interior de cada CIES, bem como destacar a forma como os participantes se organizam para buscar soluções. O estudo é justificado pela possibilidade de despertar a discussão e a reflexão dos aspectos vivenciados e apresentados neste trabalho em outras CIES do Estado ou do País, e ainda, estimular a realização de ações de mudança no interior das comissões envolvidas, em vista do caráter participativo, sustentado no referencial freiriano, da metodologia aplicada na investigação.

## **OBJETIVO**

Analisar a participação e o envolvimento dos sujeitos sociais em duas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço do Estado de Santa Catarina, Brasil.

## **METODOLOGIA**

Estudo qualitativo, do tipo pesquisa participante<sup>14</sup>, desenvolvido por meio de uma adequação da Investigação Temática (IT) elaborada por Paulo Freire. A investigação iniciou com a composição do Círculo de Investigação Temática e foi estruturada em três etapas que se articularam ao longo do trabalho de campo: a) Levantamento dos Temas Geradores; b) Codificação; e, c) Decodificação e Desvelamento Crítico da Realidade<sup>15,16</sup>.

A Investigação Temática foi realizada no período de maio a dezembro de 2009, em duas Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), no Estado de Santa Catarina/Brasil, escolhidas intencionalmente devido à facilidade de estada da pesquisadora-mediadora em suas cidades-sede. As comissões são: a) CIES Grande Florianópolis - pertencente à Região Grande Florianópolis, composta por 22 municípios. A estrutura da CIES foi definida pelo CGR da Grande Florianópolis em junho de 2008, possuindo, no início da investigação, 11 membros titulares em caráter de representação dos segmentos do serviço, ensino, gestão e controle social. A sua secretaria executiva foi instituída pelo mesmo CGR junto à Escola de Formação em Saúde (EFOS), onde são realizadas as reuniões da CIES; b) CIES Carbonífera - pertence à região Carbonífera, composta, no período do estudo, por 11 municípios da Região Sul do Estado. No início da pesquisa, a CIES possuía 21 membros titulares, sendo que sua composição segue a lógica de inclusão e abrange os segmentos de serviço, ensino, gestão e

controle sociais. A secretaria executiva foi estabelecida desde a época dos antigos Polos de Educação Permanente em Saúde (Polos de EPS) junto à 21ª Gerência Regional de Saúde (GERSA), sendo que as reuniões ordinárias da CIES ocorrem de modo itinerante nos municípios participantes e as extraordinárias no espaço da CIES na 21ª GERSA.

A coleta de informações iniciou em maio de 2009, com a formação dos Círculos de Investigação em cada CIES, sendo desenvolvida a partir da participação da pesquisadora-mediadora em 16 e 17 reuniões de trabalho das CIES Grande Florianópolis e Carbonífera, respectivamente. As etapas da IT foram realizadas em 5 reuniões na CIES Grande Florianópolis e 6 reuniões na CIES Carbonífera, em que a IT foi ponto de pauta das reuniões, com uma duração que variou entre 1h e 3h cada encontro.

Os sujeitos da pesquisa foram os membros titulares e suplentes representantes do ensino, gestão, serviços e controle social, configurando-se 21 participantes da CIES Grande Florianópolis e 35 da CIES Carbonífera. Essa participação variou entre as reuniões de trabalho e a realização das etapas da IT propriamente dita, sendo que, nos encontros específicos da IT, participaram 7 a 15 membros na CIES Florianópolis e 10 a 17 sujeitos na CIES Carbonífera.

Ao longo da investigação, foi realizada a triangulação de técnicas para obtenção das informações, utilizando-se principalmente de observação participante e o diálogo entre os membros dos círculos motivados a partir de perguntas instigadoras. Essas técnicas foram registradas por meio de cadernos de campo, que, após cada observação, foram reorganizados em documentos específicos no Microsoft Word® e revisados de modo que garantissem ao máximo a descrição dos aspectos observados, separando os registros objetivos dos subjetivos.

Sempre que autorizado pelos participantes, as reuniões de trabalho e as etapas da IT foram gravadas em arquivo digital e posteriormente transcritas. Os depoimentos eram compilados juntamente com as observações objetivas de modo a serem devolvidos aos círculos no processo da investigação. Os registros subjetivos fomentavam os questionamentos que a pesquisadora-mediadora realizava ao longo das etapas dos círculos de investigação a fim de estimular o diálogo e a reflexão sobre a realidade vivida pelos participantes.

Ao longo das etapas específicas de IT<sup>15,16</sup>, além das técnicas já explicitadas, utilizamos diferentes dinâmicas para composição das temáticas da investigação:

- 1) Levantamento dos temas geradores: os registros objetivos das reuniões de trabalho e da formação dos círculos de investigação foram apresentados

de forma escrita aos participantes dos círculos. Os membros se dividiram em subcírculos conforme estiveram presentes nas reuniões anteriores das CIES para efetuarem uma leitura dos registros, destacando aspectos que lhes causavam desconforto e incômodo, denominados de “situações-limite” que estão intrinsecamente ligadas aos “temas geradores”<sup>15</sup>. Após análise do material, os participantes formaram novamente o círculo de investigação e apresentaram de forma dialógica os aspectos destacados como temas geradores pelos subcírculos, o diálogo realizado no círculo de investigação permitiu a emersão de novos temas geradores e novas situações-limites.

2) Codificação: essa etapa iniciou no momento em os participantes validaram uma lista 16 e 15 de temas geradores das CIES Grande Florianópolis e Carbonífera, respectivamente. Contudo, no presente trabalho, devido à limitação estrutural imposta para composição de um artigo científico, apresentamos e discutimos cinco temas geradores validados em cada CIES. Realizou-se, ainda, uma técnica projetiva na qual foi apresentado um painel com as informações codificadas referentes a cada CIES na forma de desenhos. Essa técnica foi elaborada a partir dos temas geradores validados, da organização das informações extraídas das observações participantes e das gravações das reuniões de trabalho. Os painéis foram trabalhados juntamente com perguntas norteadoras apresentadas de forma impressa e respondidas inicialmente de forma individual, posteriormente discutidas em subcírculos e, ao final, dialogadas entre todos os membros dos círculos de IT das CIES, de modo que foi possível evidenciar a compreensão dos participantes sobre os temas geradores que emergiram em cada realidade.

3) Decodificação e Desvelamento crítico da realidade: devido ao caráter dinâmico da metodologia, a decodificação iniciou articulada à codificação em ambas as CIES, pois os participantes descreveram os aspectos que estavam vivenciando a partir da sua própria identificação na projeção que lhes foi apresentada, logo, “tomaram consciência” de tais aspectos. O desvelamento crítico teve início no momento em que os participantes “conscientizaram-se”, ou seja, posicionaram-se de modo crítico a respeito dos temas geradores, sendo que dialogaram e empregaram um movimento de mudança da realidade anteriormente descrita por eles, dividindo responsabilidades. Porém, esse momento ocorreu em diferentes dimensões em cada CIES e no interior de cada sujeito social, e, devido a isso, na última reunião em ambas as CIES, realizada em dezembro de 2009, após um processo de avaliação coletiva da IT, os membros das CIES analisaram as ações desenvolvidas e estabeleceram, a partir dos aspectos dialogados no desvelamento crítico da realidade, uma agenda de propostas para mudanças que seriam

implementadas ao longo do ano de 2010.

Em relação à análise qualitativa dos dados, o processo ocorreu concomitante à coleta, pois, quando os temas geradores foram codificados, apresentados e rediscutidos pelos membros dos círculos de investigação das CIES, emergiram temáticas que passaram por um processo de análise coletiva e movimento de mudança que atingiram diferentes dimensões<sup>17</sup>. Desse modo, os resultados foram analisados e estruturados ao longo das etapas da IT, sendo que, no processo final de análise, estabelecemos a compilação dos temas geradores apresentados neste trabalho de modo a compor a grande temática sobre a “participação e envolvimento dos sujeitos-sociais na CIES”, articulada a uma discussão teórica, que possibilitou o contraste e diálogo dos achados com outros autores.

Esse estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da SES/SC, processo nº 0028.1604-09, atendendo aos critérios da Resolução do CNS nº 196/96. As identidades dos participantes estão preservadas por pseudônimos escolhidos pelos próprios sujeitos sociais.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O ideário da Reforma Sanitária que mobilizou a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil determina que, para a efetivação de mudanças nas práticas de saúde, é imprescindível a participação e o envolvimento de distintos segmentos da sociedade em instâncias de tomadas de decisões. A PNEPS estruturada para atender às necessidades de articulação entre trabalho e educação a partir da lógica do SUS não poderia ser criada sem prever a possibilidade de articulação entre formação e gestão setorial, bem como desenvolvimento institucional e controle social em saúde, buscando estimular nos participantes a incorporação da pedagogia da implicação, visto que, atualmente, a EPS é percebida como sendo o conceito pedagógico do setor saúde<sup>9,18-20</sup>.

Consideramos neste estudo que a pedagogia da implicação é a “gestão de processos de mudanças de si e dos entornos, mudanças direcionadas para a construção de saberes, de práticas e do poder de autoria, de modo coletivo e produtor de subjetivação [...] constitui-se no desafio de gerar capacidade de análise coletiva e autoria nos processos de mudança”<sup>20</sup>. Logo, está diretamente relacionada à capacidade dos sujeitos sociais assumirem, comprometerem-se e realizarem mudanças possíveis, mas, para tanto, é necessário que sejam capazes de agir e refletir, estando no mundo de maneira participante, crítica e atuante<sup>21</sup>, aspectos que,

na prática, não se tornam simples de serem assumidos como a teoria descreve.

O movimento dialógico realizado ao longo das etapas da IT, no presente estudo, proporcionou aos membros das CIES refletir sobre a importância da participação e envolvimento dos distintos segmentos da sociedade para efetivação da PNEPS. Desse modo, os temas geradores que emergiram nos dois círculos de investigação e compuseram a temática “participação e envolvimento dos sujeitos sociais nas CIES” estão apresentados nas tabelas a seguir.

**Tabela 6.3.1** - Participação dos gestores nas CIES dialogada nos Círculos de Investigação.

(continua)

CIES GRANDE FLORIANÓPOLIS		CIES CARBONÍFERA	
<p><b>Tema Gerador:</b> dificuldade dos representantes gestores participarem efetivamente da CIES e defenderem a CIES nas reuniões do CGR.</p>		<p><b>Temas Geradores:</b> ausência dos gestores municipais nas reuniões da CIES, pouco envolvimento do CGR com a CIES; dificuldade de alguns gestores dispensarem atenção aos trabalhadores que estão assumindo dupla representação na CIES (gestão e serviço) para repassarem as informações discutidas.</p>	
Codificação	Decodificação	Codificação	Decodificação
<p>- necessidade dos gestores representantes do CGR participarem das reuniões na CIES;</p> <p>- necessidade de evitar a representação de dois segmentos derivados do mesmo município na CIES.</p>	<p>- os gestores do CGR na CIES não participaram ativamente das reuniões no primeiro semestre de 2009, dificultando a compreensão das necessidades da CIES, bem como defesa de tais questões no CGR;</p> <p>- a representação de diferentes segmentos do mesmo município desmotivou o gestor a participar das reuniões, visto que designava o representante do outro segmento para estar presente e comunicá-lo sobre as decisões.</p>	<p>- necessidade de haver uma sensibilização dos gestores a participarem das reuniões ordinárias da CIES;</p> <p>- necessidade que os gestores compreendam que os trabalhadores também assumem o papel de representante na CIES. É importante que eles se interessem pelo depoimento dos técnicos quando os mesmos retornam ao município.</p>	<p>- dificuldade dos gestores em participar da CIES justificada pelas diferentes ações que desenvolvem nos municípios de caráter emergencial;</p> <p>- os gestores designam os técnicos municipais como representantes na CIES. Esses exercem, portanto, dupla função (representante dos serviços e dos gestores);</p> <p>- não está previsto, no regimento interno da CIES, a obrigatoriedade da participação dos gestores nas reuniões.</p>

**Tabela 6.3.1** - Participação dos gestores nas CIES dialogada nos Círculos de Investigação.

(conclusão)

Desvelamento Crítico da Realidade	Desvelamento Crítico da Realidade
<p><b>Proposta de mudança:</b> sensibilizar os gestores a desenvolver uma participação mais assídua nas reuniões da CIES; solicitar ao CGR maior cuidado ao designar as representações nos diferentes segmentos, a fim de proporcionar um número maior de municípios envolvidos na CIES.</p> <p><b>Ação desenvolvida:</b> participação efetiva dos gestores na CIES a partir do 2º semestre de 2009; melhoria no processo de trabalho entre a CIES e o CGR; maior percepção do CGR sobre a importância da CIES e conquista gradativa de espaço para discussão nas reuniões do CGR.</p>	<p><b>Proposta de mudança:</b> enfatizar o convite ao gestor do município e da 21ª GERSA (que está sediando a reunião ordinária itinerante da CIES) a participar de todas as reuniões; estruturar diferentes grupos formados por membros da CIES para participar das reuniões do CGR, a fim de apresentar as ações discutidas e definidas pela CIES aos gestores municipais de saúde em um espaço (ponto de pauta) que seria criado para a CIES em todas as reuniões do colegiado.</p>

**Fonte:** Círculos de Investigação Temática realizados nas CIES Grande Florianópolis e Carbonífera, mai-dez de 2009.

O baixo envolvimento do segmento gestor com a PNEPS foi apontado como uma das fragilidades diagnosticadas na avaliação da política em 2006/2007<sup>22</sup>. Neste sentido, a Portaria GM/MS nº 1.996/07 procurou criar mecanismos para estimular o envolvimento dos gestores com as questões referentes à EPS nas suas localidades, e, para tanto, instituiu poder deliberativo aos CGR, sendo que todas as ações propostas ou desenvolvidas pelas CIES necessitam da aprovação dos colegiados<sup>10</sup>.

No entanto, os resultados dos diálogos nas duas CIES do estudo evidenciaram que o envolvimento e a participação efetiva dos gestores dependem de outros aspectos além da delegação de poder, o que configura uma estrutura complexa, pois perpassa pela compreensão desse segmento sobre a PNEPS, por conseguinte, da importância dada à EPS em seu município, entre outras dimensões. Esse fato denota a necessidade de trabalhar aspectos da pedagogia da implicação para que efetivamente tal setor perceba e assumo a PNEPS como uma, entre outras possibilidades, de mudança dos serviços de saúde<sup>19,20</sup>.

“é muito importante os gestores participarem da CIES, sendo que os gestores participantes devem ouvir nossas angústias [...] serem nossa voz junto ao CGR [...] para que não somente a articuladora apresente sozinha naquele local de discussão as nossas propostas, mas que eles levem e fortaleçam nossos posicionamentos e argumentos” (Fátima/CIES-Grande Florianópolis).



“é importante cobrarmos e incentivarmos a presença dos gestores, a ausência dos mesmos não pode se tornar um hábito, pois, com isso, corre-se o risco da estruturação da CIES se desarticular como ocorreu no antigo polo, pois nos polos os gestores não estavam presentes, logo, não assumiam responsabilidades nas questões de EPS dos municípios, visto que não participaram da concepção” (Zenira/CIES-Grande Florianópolis).

O desvelamento crítico apontou mudanças conforme o contexto de cada CIES, pois a CIES Grande Florianópolis conseguiu maior participação dos dois representantes do CGR nas reuniões da comissão, e, desse modo, desencadeou uma espiral positiva para maior tempo e defesa das questões de EPS nas reuniões do colegiado, sendo que, mesmo conscientes de que ainda não é o ideal, destacaram o avanço alcançado. Já na CIES Carbonífera, constatamos que não havia como cobrar uma participação direta dos gestores, visto que esse aspecto não está previsto no seu regimento interno, porém pensamos em estratégias com as quais será possível difundir os aspectos relativos à EPS dialogados na CIES, que precisam do apoio e envolvimento dos gestores para ocorrer.

“considero que, em todas as reuniões do CGR, deveria ser apresentado os aspectos que discutimos na CIES, pois talvez, como alguns colegas tenham dificuldade de fazer com que o seu gestor lhe escute na individualidade, o gestor acaba recebendo a informação sobre EPS na totalidade, ou seja, no coletivo, tendo que discutir e se envolver em algum nível com as questões da CIES, mesmo ainda não sendo o ideal” (Estrela/CIES-Carbonífera).

“[...] a iniciativa de fazer as reuniões ordinárias itinerantes pode possibilitar a presença do gestor do município-sede a participar da reunião, envolvendo aos poucos os membros do CGR na CIES” (Diego/CIES-Carbonífera).

Cabe lembrar que o referencial metodológico adotado na presente IT considera que as transformações ocorrem em diferentes dimensões, algumas são evidentes e concretas, outras são abstratas e constituem-se na mobilização dos envolvidos e na elaboração de propostas, mais do que propriamente na efetivação da mudança<sup>17</sup>. Porém, todos os níveis são importantes para se atingir as mudanças possíveis, que se estabelecem a partir da problematização do contexto real dos sujeitos sociais, pois “a condição indispensável para uma pessoa ou organização decidir mudar ou incorporar novos elementos a sua prática e a seus conceitos é a detecção e contato com os desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho, a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho”<sup>18</sup>. Os aspectos dialogados nos círculos de investigação sobre a participação

do controle social nas CIES estão expostos na Tabela 6.3.2.

**Tabela 6.3.2** - Participação do controle social nas CIES dialogada nos Círculos de Investigação.

CIES GRANDE FLORIANÓPOLIS		CIES CARBONÍFERA	
<p><b>Tema Gerador:</b> confusão na defesa de interesses do segmento dos usuários do SUS, visto que os representantes do controle social na CIES são profissionais da saúde que participam dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS).</p>		<p><b>Tema Gerador:</b> pouca participação do segmento do controle social (usuários do SUS) na CIES.</p>	
Codificação	Decodificação	Codificação	Decodificação
<p>- não há uma postura clara dos membros do controle social na CIES como representante desse segmento.</p>	<p>- há envolvimento dos representantes do controle social na CIES. Porém, visto que tais representantes são também profissionais da saúde que atuam nos CMS, ocorre uma confusão na defesa dos interesses do segmento dos usuários na CIES.</p>	<p>- necessidade de ativar a participação na CIES dos usuários do SUS; - necessidade dos municípios favorecerem a participação dos membros do controle social na CIES; - falta apresentar a PNEPS para distintos conselhos de saúde e educação, realizando um convite formal para participar da CIES.</p>	<p>- a CIES tem um membro do controle social que, por diversos motivos, não conseguiu comparecer na maioria das reuniões da CIES; - para o controle social participar da CIES precisa estar motivado, bem como deve receber incentivos; - é necessário convidar representantes dos usuários para participar da CIES. Profissionais que fazem parte do CMS têm a consciência de que podem instituir conflitos de interesse.</p>
Desvelamento Crítico da Realidade		Desvelamento Crítico da Realidade	
<p><b>Proposta de mudança:</b> estabelecer discussões sobre temas de interesse do controle social na CIES, para isso os representantes desse segmento precisam divulgar a PNEPS nos conselhos e propor que desenvolvam ações que atendam as necessidades desse segmento.</p> <p><b>Ação desenvolvida:</b> percepção dos representantes do controle sociais na CIES sobre a necessidade de focar suas discussões mais nos interesses dos usuários do SUS, buscando pensar e propor ações de EPS para esse segmento.</p>		<p><b>Proposta de mudança:</b> os membros da CIES representantes dos outros segmentos devem se organizar, convidar e proporcionar transporte para, no mínimo, um membro do controle social para as reuniões da CIES; os representantes dos municípios que sediam as reuniões devem fazer um convite especial para que membros dos CLS e CMS participem das reuniões quando ocorrem em seus municípios. Caso os usuários se in-teressem, podem se organizar de modo a acompanhar os representantes dos serviços nas reuniões que ocorrem em outros municípios.</p> <p><b>Ação desenvolvida:</b> elaborada uma proposta de EPS que capacita os conselheiros dos CLS e CMS sobre suas funções, bem como divulga a PNEPS e sensibiliza os usuários a participar da CIES.</p>	

**Fonte:** Círculos de Investigação Temática realizados nas CIES Grande Florianópolis e Carbonífera, mai-dez de 2009.

A participação dos usuários em instâncias de decisão na área da saúde é um direito garantido por lei em nosso país, sendo essa ação denominada de controle social. A PNEPS procurou manter a coerência teórica de suas ações com os pressupostos do SUS, e, para tanto, assumiu o referencial denominado de “quadrilátero da formação para a área da saúde” como o componente responsável pela estratégia de desenvolvimento da política, sendo que o controle social se configura como um dos vértices desse quadrilátero, composto também pela interseção relacional entre os segmentos da gestão, atenção e ensino<sup>9</sup>.

Os temas geradores apresentados pelos participantes da IT, nas duas realidades estudadas, sobre a participação do controle social nas comissões, demonstraram a dificuldade que esse segmento possui em efetivamente atuar nesse espaço. O movimento problematizador efetuado pelos membros da CIES nas etapas de codificação e decodificação evidenciou alguns aspectos que dificultam essa participação. Consciente de tais problemas, os sujeitos sociais da IT procuraram estabelecer estratégias que visam dirimir a situação-limite diagnosticada.

“para nós conseguirmos manter o usuário na CIES, precisamos nos organizar melhor [...] precisamos melhorar o nosso acolhimento, para que essa pessoa se motive a participar das reuniões, pois a vontade do usuário de estar aqui precisa ser bem maior do que a nossa como trabalhadores” (Norma/CIES-Carbonífera).

“também precisaríamos dar subsídios para ele [usuário] participar, por exemplo, a questão de transporte. Pois, muitos não participam porque não têm como se deslocar de uma cidade para outra [...] considero que os municípios deveriam se organizar e se articular de forma a proporcionar que o mesmo transporte que conduz os trabalhadores para participar das reuniões da CIES, possa pegar os usuários. Isso requer organização” (Café/CIES-Carbonífera).

A importância da participação do controle social nas CIES reside no fato de que essa comissão é um espaço democrático, responsável pela elaboração, pactuação e articulação das ações de EPS nas localidades de saúde. Assim, neste local, os sujeitos sociais, representantes dos usuários e movimentos sociais, podem reivindicar ações que os instrumentalizem para o exercício de sua função de modo crítico e propositivo, bem como possibilitar a estruturação de redes colaborativas para construção social em saúde, por meio de fóruns regionais, de diálogos e debates entre os conselheiros<sup>23</sup>.

Devido à compreensão teórica exposta acima, o diálogo estabelecido pelos membros da CIES Carbonífera é coerente, pois, mesmo que alguns

participantes da CIES representantes dos serviços também sejam membros de CMS, estes optaram por não representar tal segmento por considerarem que esse espaço deva ser ocupado por usuários do sistema. Essa postura é defendida por outros autores que consideram que a função das equipes e dos serviços de saúde é “apoiar os usuários para que ampliem a sua capacidade de se pensar em um contexto social e cultural”<sup>24</sup>.

O movimento realizado na CIES Grande Florianópolis, no processo de desvelamento crítico, também demonstra uma tomada de consciência sobre a necessidade de alteração desse aspecto na comissão, embora não tenha havido um movimento de mudança de representação, ao menos os atuais sujeitos sociais problematizaram a necessidade de assumir de fato sua representação como sendo do controle social, procurando discutir os aspectos relativos à EPS nos Conselhos de Saúde. Em análise pessoal, consideramos que o passo seguinte a ser alcançado pela CIES Grande Florianópolis coincide com a conclusão refletida na CIES Carbonífera sobre a necessidade de convidar usuários do sistema para conhecer e participar da CIES, sendo que o movimento deve ser inclusivo, pois o fato de o representante oficial ser também um trabalhador da saúde não exclui a possibilidade de articular o envolvimento dos usuários do SUS para que, com o tempo, assumam tal representação.

A ausência de outros segmentos na CIES, como os movimentos sociais, ou as associações de diversas ordens que se envolvem com educação e/ou saúde em nível regional e municipal, não foi um tema dialogado entre os participantes dos círculos de IT. Consideramos que esse fato se deve à “prioridade” dada pelos membros da CIES em conseguir mobilizar o segmento dos usuários do SUS que compõem os conselhos de saúde, para posteriormente definir estratégias que possibilitem a inserção dos demais segmentos representantes da sociedade.

A Tabela 6.3.3 apresenta aspectos dialogados nos Círculos de Investigação sobre a participação das Instituições de Ensino Superior (IES) com cursos na área da saúde na CIES, sendo que esse tema foi assumido como uma “situação-limite”, apenas na CIES Grande Florianópolis.

**Tabela 6.3.3** - Participação das IES nas CIES dialogada nas Investigações Temáticas.

<b>CIES GRANDE FLORIANÓPOLIS</b>	
<p><b>Temas Geradores:</b> ausência de participação das Instituições de Ensino Superior (IES) com cursos na área da saúde na CIES e, por conseguinte, desconhecimento formal dos membros das CIES sobre os programas envolvendo ensino-serviço que estão sendo realizados pelas universidades na região e como estas planejam seus currículos de modo a contemplar os pressupostos do SUS; pouco conhecimento do segmento das IES sobre sua função na CIES.</p>	
<b>Codificação</b>	<b>Decodificação</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- baixo interesse das IES em participar da CIES, com algumas procurando a CIES de modo totalmente informal para apenas receber uma declaração de participante a fim de não perder financiamentos de programas do MS e do MEC;</li> <li>- ausência de discussão sobre aspectos da formação na área da saúde em nível de graduação e pós-graduação segundo a necessidade dos serviços, bem como dos programas que são desenvolvidos na região envolvendo estruturas do ensino-serviço.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- no primeiro semestre de 2009, não havia representantes de IES na CIES. A CIES enviou convites oficiais para todas as Universidades;</li> <li>- dificuldade de participação da Escola de Saúde Pública/SC (ESP/SC) na CIES, no ano de 2009, devido ao número limitado de pessoas. Tal escola foi assídua no ano de 2008;</li> <li>- no 2º semestre de 2009, houve interesse dos representantes de algumas IES em colaborar com as discussões na CIES, porém esses demonstraram limitação de conhecimentos sobre a PNEPS e qual o papel das IES na CIES.</li> </ul>
<b>Desvelamento Crítico da Realidade</b>	
<p><b>Proposta de mudança:</b> reforçar o convite para as IES públicas e privadas participar da CIES, em especial, que a ESP-SC volte a participar assiduamente; promover ações de EPS que envolvam todos os representantes das CIES, incluindo os das IES, sobre os aspectos teórico-metodológicos da PNEPS, a fim de proporcionar maior compreensão do seu papel na CIES; incentivar as IES participantes da CIES a elaborarem e apresentarem para discussão propostas referentes a programas do MS que articulam o ensino e serviços, bem como apresentarem na comissão discussões sobre processos de mudança curricular que possam estar vivenciando.</p> <p><b>Ação desenvolvida:</b> ampliado o número de representações das IES no Regimento Interno da CIES, a fim de incentivar a participação dessas instituições; participação na CIES de três universidades (uma pública estadual e duas privadas) a partir do 2º semestre de 2009.</p>	

**Fonte:** Círculos de Investigação Temática realizados nas CIES Grande Florianópolis e Carbonífera, mai-dez de 2009.

A situação-limite dialogada na CIES Grande Florianópolis estruturou-se no fato do pouco interesse das IES em participar da comissão. Um aspecto problematizado por alguns representantes que participam da estratégia de ação da PNEPS, desde sua instituição no Estado, em 2004, é que essa postura denota que algumas IES se interessam em participar de fóruns representativos apenas quando têm assegurado retorno financeiro, ou quando possuem estrutura de poder. Essa constatação corrobora o grande desafio que se institui na prática, que é o de aplicar o arcabouço teórico da PNEPS, estruturado a partir da lógica de rodas de cogestão, em que se acredita que “a mudança

somente repercutirá na formação e na atenção quando todas as instâncias estiverem centralmente comprometidas”<sup>9</sup>.

Os participantes contextualizaram que a primeira estratégia de ação da PNEPS (Polos de EPS) na região era coordenada por uma IES e, naquela ocasião, tal instituição era bastante atuante. Porém, a IES se afastou com a implantação da Portaria GM/MS nº 1.996/07, a qual estabeleceu que a condução regional da PNEPS é de responsabilidade do CGR com participação das CIES, bem como as ações de EPS devem ser elaboradas com base nas necessidades dos serviços, sendo que a distribuição orçamentária ocorre por regiões, definida por tabela específica organizada pela DEP/DEPS/SES, conforme indicadores pré-estabelecidos na referida portaria e aprovada pela CIB/SC.

“O convite foi para todas as IES da nossa região, as instituições que se sentiram sensibilizadas estão aqui [...] a sensibilização ocorre à medida que nós priorizamos as coisas [...] se chegasse um ofício dizendo que teríamos 4 milhões de reais que seriam dados para a universidade que participasse mais ativamente da CIES, com certeza todas estariam aqui. Nos organizamos, mandamos convites para que todas estivessem aqui. Hoje, de universidade pública, nós temos apenas a estadual, logo, como foi a única que se sensibilizou e se fez presente [...] nesse momento nada mais justo que assuma a vaga das universidades públicas com titular e suplente [...] continuamos com as portas abertas para as demais [IES] porém esses aspectos tem que ser refletido e ficar claro que, precisamos de universidades que nos auxiliem a estruturar propostas, bem como compartilhem conosco o que estão vivenciando na formação dos futuros profissionais e ouçam o que a ponta está precisando” (Mathias/CIES-Grande Florianópolis).

Um estudo sobre os desafios atuais da educação permanente para o SUS, desenvolvido no Estado de São Paulo com a estratégia anterior da PNEPS, apontou que a participação das IES se instituiu nas discussões e elaboração de projetos, de cursos de capacitação e na execução dos referidos projetos. No entanto, o estudo salientou a dificuldade na relação ensino x serviço, sendo que também informou que havia algumas IES mais solidárias e abertas às propostas encaminhadas pelos antigos Polos de EPS, enquanto outras não tinham o menor interesse em se envolver<sup>25</sup>.

É possível perceber que tanto os resultados da presente investigação quanto o envolvimento das IES nos processos de EPS da estratégia anterior estão aquém do ideário teórico preconizado na PNEPS a partir do quadrilátero da formação<sup>9</sup>, pois a proposta ideológica é proporcionar um movimento de inter-relação contínua entre os mundos da educação e do trabalho, interconectados pela gestão e o controle social, buscando conquistar relações orgânicas entre os diferentes sujeitos sociais e institucionais.

Após a mobilização da CIES Grande Florianópolis para voltar a

ter a representação das IES, emergiu o segundo tema gerador, que se refere ao limitado conhecimento das instituições sobre a PNEPS e a definição específica de seu papel na comissão. Na avaliação da PNEPS realizada em 2005/2006, uma recomendação feita pelos analistas foi a necessidade de “aprofundar o conhecimento quanto ao papel das Instituições de Ensino Superior (IES) particulares na Política de Educação Permanente em Saúde para o SUS”<sup>22</sup>, fato também constatado na presente investigação pelos próprios sujeitos do processo.

“como membro representante da IES, acredito que as questões relacionadas com a docência claro opinar, elaborar e apresentar para discussão mais facilmente. Não está claro o papel das IES na comissão, até que ponto as IES podem contribuir [...] conheço pouco a PNEPS, há pouca divulgação na minha instituição sobre o assunto. Sendo formadora de profissionais da saúde, acredito que esse conhecimento [sobre a política] pode ser ampliado a partir de capacitação aos docentes da IES sobre os pressupostos teórico-metodológicos, com o intuito de multiplicar esse conhecimento aos futuros profissionais” (Rita/CIES-Grande Florianópolis).

“por gentileza, não saiam daqui com a ideia de que os problemas que são debatidos nesta comissão não pertencem às IES privadas, pois o ensino dos profissionais da área da saúde deve ser voltado para o SUS, independente se a formação seja em uma IES pública ou privada [...] nós precisamos do envolvimento das universidades para melhorar as ações de EPS que propomos aqui e discutir com vocês como está ocorrendo o processo formal de ensino” (Paulo/CIES-Grande Florianópolis).

Um trabalho realizado no oeste do Estado de Santa Catarina com conselhos gestores considera que a universidade tem “não apenas responsabilidade, mas também potenciais para fortalecer o processo de empoderamento dos atores em seus diferentes espaços de interseção, participando efetivamente na construção social das condições favoráveis à vida e, conseqüentemente, à saúde da população”<sup>23</sup>. No entanto, esse espaço deve estar estruturado a partir de pressupostos e ações pedagógicas que favorecem esse importante movimento de articulação entre formação e trabalho, a fim de promover o empoderamento de todos os envolvidos inclusive dos seus próprios pares. Assim, a proposta de elaborar ações de EPS sobre o referencial teórico-metodológico que sustenta a PNEPS, é uma possibilidade viável para promover uma sensibilização dos sujeitos sociais da CIES para mudança das ações desenvolvidas no ensino e no trabalho.

Como percebido, a dificuldade de participação e envolvimento das IES foi dialogada abertamente no círculo de investigação da CIES Grande Florianópolis e se configurou como um tema gerador. Na CIES

Carbonífera, o tema ficou omissa, visto que os sujeitos sociais manifestaram alguns aspectos em reuniões de trabalho sobre o limitado interesse de algumas IES privadas em participar da CIES e o extremo interesse de outra, que já se envolve e desenvolveu todas as ações de EPS realizadas na região na época dos Polos-EPS, porém isso não chegou a ser destacado como um tema gerador nas sessões específicas de IT nesta CIES.

Acreditamos que esse tema tenha ficado omissa na CIES Carbonífera, visto que, mesmo não tendo a participação assídua de todas as IES da região, as instituições que participam, em especial uma, tem um grande envolvimento com a CIES, participa efetivamente de todas as reuniões, com representante titular ou suplente, faz propostas de trabalho, apresenta ações que está desenvolvendo articuladamente entre ensino e serviço em alguns municípios, os membros conhecem os aspectos teórico-metodológicos que envolvem a PNEPS, entre outras questões e procuram elaborar as propostas de EPS atendendo tais pressupostos.

**Tabela 6.3.4** - Envolvimento dos membros das CIES e a PNEPS, dialogado nos Círculos de Investigação.

(continua)

CIES GRANDE FLORIANÓPOLIS		CIES CARBONÍFERA	
<p><b>Tema Gerador:</b> dificuldade dos membros assumirem a CIES de forma participativa e comprometida, não deixando apenas nas mãos da articuladora a representatividade da CIES e a responsabilidade pelas decisões tomadas coletivamente.</p>		<p><b>Temas Geradores:</b> dificuldade de alguns membros da CIES exercerem cogestão e protagonismo, ou seja, necessidade de mudança de postura de alguns sujeitos envolvidos com a PNEPS na CIES; dificuldade de priorizar e se envolver com as questões referentes à PNEPS e CIES devido ao número de funções que assumem no seu trabalho.</p>	
Codificação	Decodificação	Codificação	Decodificação
<ul style="list-style-type: none"> <li>- necessidade de rever a participação dos membros da CIES de modo a criar estratégias para que essa seja mais efetiva;</li> <li>- necessidade de analisar a figura do membro enquanto “representante”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- necessidade de melhorar a participação junto a CIES, especialmente em relação à postura de assumir as ações de forma comprometida, não deixando tudo nas mãos da articuladora;</li> <li>- não há uma atuação de fato como representante, pois esse papel condiz trazer informações da</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pouco interesse de alguns membros em elaborar ações de EPS Na CIES, justificado pelo conhecimento limitado sobre a PNEPS ou inibição;</li> <li>- necessidade de diferentes membros da CIES em assumir responsabilidades na comissão em distintas dimensões;</li> <li>- necessidade de haver uma valorização por</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- necessidade de estimular a participação nos grupos de trabalho, pois ainda ocorre o envolvimento das mesmas pessoas em diferentes grupos. Essas pessoas podem ser participantes, mas devem envolver outros sujeitos no processo;</li> <li>- para envolver diferentes grupos de</li> </ul>



**Tabela 6.3.4** - Envolvimento dos membros das CIES e a PNEPS, dialogado nos Círculos de Investigação.

(conclusão)			
Codificação	Decodificação	Codificação	Decodificação
	estrutura representativa para ser discutida na CIES e disponibilizar informações aos sujeitos sociais que estão sendo representados; necessidade em definir melhor o aspecto de representação.	parte da gestão em relação à PNEPS, de modo a facilitar que profissionais assumam funções referentes a EPS nos municípios.	trabalho nas propostas de EPS pode ser criado distintas comissões; - o elevado número de atividades realizadas dificulta a designação de tempo aos aspectos referentes à PNEPS.
Desvelamento Crítico da Realidade		Desvelamento Crítico da Realidade	
<p><b>Proposta de mudança:</b> organizar uma ação de EPS sobre o significado do papel representativo; estimular os membros representantes a instituírem maneiras de proporcionar informações sobre a CIES aos segmentos que representam.</p> <p><b>Ação desenvolvida:</b> aumento da participação dos membros da CIES, além da articuladora, nas reuniões do CGR, assumindo responsabilidades nas reuniões da comissão e envolvimento na organização das ações de EPS realizadas pela CIES.</p>		<p><b>Proposta de mudança:</b> organizar ações de EPS que divulguem a PNEPS aos participantes da CIES e do CGR de modo que os gestores ofereçam maior apoio e melhores condições para motivar os participantes a se envolver com a CIES e a EPS em nível local.</p> <p><b>Ação desenvolvida:</b> estruturada uma comissão da CIES que se responsabilizou pela avaliação e acompanhamento das ações de EPS que foram desenvolvidas no ano de 2010 por uma IES da região com os recursos 2007/2008; aumento no número de grupos que se responsabilizaram por ações de interesse coletivo; tais grupos necessitam melhorar a organização interna, com vistas à distribuição de funções.</p>	

**Fonte:** Círculos de Investigação Temática realizados nas CIES Grande Florianópolis e Carbonífera, mai-dez de 2009.

A partir da instituição da Portaria GM/MS nº 1.996/07, as CIES passaram a ser espaços consultivos, pois os CGR são os espaços deliberativos a respeito das ações relativas à EPS em nível regional. No entanto, as CIES não perderam o caráter de condução e coordenação colegiada em que os diferentes sujeitos sociais que compõem o quadrilátero devem estabelecer uma relação de diálogo, troca de experiências e colaboração para construção de propostas que atendam às necessidades dos distintos segmentos a partir da realidade da região, sendo incentivadas relações de cogenestão e protagonismo entre os membros que compõem as CIES, pois, nessa estrutura, todos são considerados articuladores dos

processos de EPS<sup>10</sup>.

Porém, para que os participantes das CIES deixem a posição de sujeitados e assumam a de sujeitos sociais, que por meio da ação e reflexão estabelecem e trabalham para efetivação de mudanças, é necessário que compreendam e assumam a sua posição na CIES de modo crítico, por meio de atos comprometidos, e isso inclui, como já foi discutido anteriormente, todos os segmentos do quadrilátero da formação<sup>9</sup>. Mas é importante compreender que a motivação que faz com que o membro da CIES “aja de uma forma ou de outra é a sua subjetividade, estruturada com base na sua história de vida, das suas experiências, dos valores que adquiriu e que vão determinar uma certa forma de analisar e intervir sobre sua realidade [...] a subjetividade e a implicação não aparecem nos manuais de ensino e aprendizagem, mas está presente em todo processo assistencial, de produção pedagógica e da saúde [...] lidar com a subjetividade é algo extremamente complexo e mais difícil é mudá-la, ou seja, criar processos de subjetivação capazes de produzir impacto no modo como cada um interpreta e atua sobre o *socius*. Isto é possível a partir das vivências, do experimento da vida, em processos que criam a exposição das pessoas e que, ao mesmo tempo, as afetam no seu modo de pensar, ser e agir sobre a realidade”<sup>26</sup>.

As ações propostas e desenvolvidas no desvelamento crítico da realidade, em ambas as CIES, demonstraram o movimento, mesmo que incipiente, de implicação realizado no interior das comissões. Merece destaque a iniciativa da CIES Carbonífera em criar uma comissão responsável pelo acompanhamento e avaliação das ações de EPS desenvolvidas pelas IES. Essa é uma iniciativa já relatada como necessária em outros trabalhos, que apresentaram não haver sistemas organizados de avaliação e monitoramento das ações de EPS desenvolvidas<sup>25,27</sup>.

“não devemos apenas fazer o pré-projeto e deixar o processo a cargo de quem vai executá-lo [...] acho fundamental, dentro da CIES, uma comissão didático-pedagógica para acompanhar, avaliar e decidir, em todas as etapas do processo. É importante que exista um critério de avaliação antes de se iniciarem os cursos, bem como durante e após o término [...] a formação desse grupo de trabalho de avaliação é algo importante para o crescimento, amadurecimento da própria CIES [...] a cada ano o grupo deve ser renovado para que todos participem desse processo” (Silvia/CIES-Carbonífera).

Acreditamos que a discussão dos aspectos apresentados na Tabela 6.3.4 evidencia a importância da temática abordada no presente manuscrito, pois é possível constatar o movimento de “tomada de consciência” e “conscientização” efetuado no interior das CIES, ao

longo da IT, no qual podemos voltar a inferir a importância do desenvolvimento da pedagogia da implicação<sup>19,20</sup>, a qual possibilita aos participantes assumirem “atos comprometidos” que propiciem a mudança da realidade, uma vez que o compromisso favorece que o sujeito exponha a sua maneira de ser e pensar politicamente, demonstrando seu engajamento com a realidade, porque, ao experienciá-lo, o ser humano deixa a neutralidade que apenas reflete o medo do compromisso<sup>21</sup>.

“o que nós precisamos entender que não é só uma ação que nós precisamos fazer, o que estamos levantando aqui são diversas propostas que nós precisamos organizar de modo razoavelmente urgente para tentar melhorar a realidade de EPS que temos em nossa região, pois muitas coisas que propomos e fazemos atinge apenas um segmento, e os demais como estão envolvidos com a EPS, ou como recebem ações de EPS? [...] para isso precisamos assumir compromissos coletivos, nos envolvermos com a EPS tanto na CIES como nos nossos municípios, isso nós devemos despertar dentro de nós, é uma mudança de postura e entender que essa política é transversal, ela deveria guiar todas as ações que são feitas nos municípios ou instituições [...] o que nos falta é realmente conhecimento sobre a proposta e compromisso com a mudança” (Carlos/CIES-Carbonífera).

“sobre a participação dos membros da CIES é visível a dificuldade de compreensão de alguns e o desinteresse de outros. Da mesma forma é possível visualizar a participação ativa de alguns membros, porém o que é mais evidenciado é a falta de “diálogo” e esclarecimento sobre o papel de cada membro e a relevância das ações [...] nos últimos tempos, estou percebendo um maior envolvimento dos participantes com as questões da CIES, percebo que as pessoas se oferecem para fazer isso ou aquilo, que dividem algumas tarefas com a articuladora. Considero que podemos melhorar, mas já houve uma mudança” (Rita/CIES-Grande Florianópolis).

A problematização vivenciada na IT fez com que os participantes refletissem sobre o seu processo de trabalho e as diversas atividades que assumem, e que, por vezes, os impedem de se comprometerem efetivamente com algumas propostas, sendo que no desvelamento crítico se buscou alternativas para minimizar essa situação.

“não quero me justificar, mas um outro problema que dificulta o nosso maior envolvimento com a CIES, tanto de estudo quanto de trabalho, é o número de atividades que assumimos nos municípios, pois a maioria dos municípios é de pequeno porte e tem um número limitado de funcionários nas secretarias que são responsáveis por tudo. Isso complica o nosso envolvimento, mesmo que a vontade seja de fazer e assumir” (Juliane/CIES-Carbonífera).

Ainda, os participantes fizeram uma análise crítica de sua própria

participação no processo de investigação temática que estavam vivenciando, aspecto que também demonstra uma conscientização de sua realidade.

“nós, os membros da CIES, deveríamos aproveitar mais o que é proposto pela pesquisadora/mediadora, pois, ao ler o material para validação, é possível perceber que ela nos faz questionamentos para refletirmos sobre a nossa realidade, ela procura questionar de modo que nos instiga a pensar sobre os nossos problemas [...] mas às vezes não vai pra frente, nós não assumimos o que está sendo questionado, nós simplesmente não respondemos, parece que fugimos da discussão [...] precisamos começar a assumir o que nos cabe fazer” (Café/CIES-Carbonífera).

A problematização sobre o envolvimento dos membros da CIES com a PNEPS possibilitou uma reflexão sobre o “ser sujeito”, como alguém que deve atuar nos processos da CIES de forma comprometida, fato que se expressa desde a participação em um grupo de trabalho até a disposição em elaborar os pontos de pauta da reunião, redigir a ata, entre outros componentes do cotidiano de estruturas que buscam desenvolver ações de forma colegiada. Corroboramos com a compreensão de que “o resgate do significado destes elementos é essencial para possibilitar que [a CIES] constitua um espaço de aprendizado da democracia, fortalecendo não apenas o empoderamento dos indivíduos ou do próprio grupo que este congrega, mas também das estruturas que dão sustentação ao processo de gestão partilhada das políticas públicas”<sup>23</sup>.

Para finalizar, não podemos negar a importância do papel do Estado na estruturação das políticas públicas, pois necessitam ser amparadas em legislações específicas decorrentes de atos instituintes. No entanto, a política pública não pode ser reduzida a programas de ação estatal, nem restringida a um conjunto de formas e procedimentos, regras e instrumentos da atividade estatal, pois, em essência, é um processo social, histórico, vinculado a assuntos, necessidades e demandas socialmente problematizados em que participam diferentes sujeitos que efetivamente instituem a política<sup>28</sup>. Logo, a participação e o envolvimento dos sujeitos sociais na implantação e implementação da PNEPS, é o que possibilitará sua instituição, tornando-a indispensável.

## REFERÊNCIAS

1. Haddad JQ, Roschke MAC, Davini MC. Elementos para el análisis y la caracterización del contexto en que se dan los procesos educativos en los servicios de salud. Tendencias y perspectivas. In: Haddad JQ, Roschke MAC, Davini. Educación Permanente del Personal de Salud.

- Washington (DC): Organización Panamericana de Salud; 1994. p. 1-30. (OPS. Serie Desarrollo Recursos Humanos, 100).
2. Organización Panamericana de Salud, Organización Mundial de Salud. La Capacitación del Personal de los Servicios de Salud en Proyectos Relacionados con los Procesos de Reforma Sectorial. Washington (DC): OPS/OMS; 2002. 91p. (Serie Observatorio de Recursos Humanos de Salud n. 3).
  3. Lopes SRS, Piovesan ETA, Melo LO, Pereira MF. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. *Com Ciências Saúde*. 2007; 18(2):147-55.
  4. Pierantoni CR, Varella TC, Santos MR, França T, Garcia AC. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. *Physis: Rev Saúde Colet*. 2008; 18(4):685-703.
  5. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (BR). Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde – Polos de educação permanente em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. 66p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
  6. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Ceccim RB. Educación Permanente en Salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colectiva*. 2006; 2(2):147-60.
  7. Almeida MJ. Educação permanente em saúde: um compromisso inadiável. *Olho Mágico*. 1997; 3(14):41-7.
  8. Motta JIJ, Ribeiro ECO, Wanzeler MCC, Barreto CMG, Candal S. Educação permanente em saúde. *Revista Olho Mágico*. 2002; 9(1):68-73.
  9. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista Saúde Coletiva*. 2004; 14(1):41-65.
  10. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (BR). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. 64p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
  11. Haddad AE, Brenelli SL, Passarella TM, Ribeiro TCV. Política Nacional de Educação na Saúde. *Rev. Baiana de Saúde Pública*. 2008; 32 supl 1:98-114.

12. Comissão Intergestores Bipartite. Santa Catarina. Deliberação 225/CIB/07 de 17 de dezembro de 2007. Define que as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço atenderão os municípios de acordo com a lógica da regionalização do estado, de forma que nenhum município, assim como nenhum Colegiado de Gestão Regional – CGR, fique sem sua referência a uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço. [Documento internet]. 2007 [Acessado em 2009 Jul 13]. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br>>.
13. Comissão Intergestores Bipartite. Santa Catarina. Deliberação 205/CIB/09 de 10 de dezembro de 2009. Define a constituição do Colegiado de Gestão Regional – CGR Extremo Oeste – 03, composto pela Região de Saúde formada pelos municípios das Secretarias de Desenvolvimento Regional de São Lourenço do Oeste e Xanxerê, resultando no 16º CGR no Estado de Santa Catarina. [Documento internet]. 2009 [Acessado em 2010 Ago 17]. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br>>.
14. Demo P. Elementos Metodológicos da Pesquisa Participante. In: Brandão CR. Repensando a Pesquisa Participante. 3ª ed. São Paulo: Brasiliense; 1987. p. 104-130.
15. Freire P. Pedagogia do Oprimido. 41ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005. 213p.
16. Freire P. Extensão ou Comunicação. 13ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2006. 93p.
17. Saube R, Brito VH, Giorgi MDM. Utilizando as concepções do educador Paulo Freire no pensar e agir da Enfermagem. In: Saube R. Educação em Enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção. Florianópolis (SC): Editora da UFSC; 1998. p. 244-72.
18. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface – Comunic., Saúde, Educ. 2005; 9(16):161-68.
19. Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. Interface – Comunic., Saúde, Educ. 2005; 9(16):172-74.
20. Fagundes SMS. Águas da Pedagogia da Implicação: intercessões da educação para políticas públicas de saúde [dissertação de mestrado]. Porto Alegre (RS): Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006. 248 p.

21. Freire P. Educação e Mudança. 23ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1999. 79 p.
22. Viana, ALD. Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde. São Paulo (SP): Departamento de Medicina Preventiva (USP); abr 2008. 255 p. Relatório Final.
23. Kleba ME, Comerlatto D, Colliselli L. Promoção do empoderamento com conselhos gestores de um pólo de educação permanente em saúde. Texto contexto - enferm. 2007; 16(2):335-42.
24. Campos GWS. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. Olho Mágico. 2003; 10(2):7-14.
25. Campos FE, Pierantoni CR, Haddad AE, Viana ALA, Faria RMB. Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. Cadernos RH Saúde. 2006; 3(1):39-51.
26. Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2007; 11(23):427-38.
27. Roschke MAC. Introducción. Roschke MAC. Evaluación en procesos de educación permanente y capacitación en salud. Washington (DC): Organización Panamericana de Salud; 2006. p. vii-xiv. (OPS. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud nº 45).
28. Frey K. Política Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de Políticas Públicas no Brasil. Planejamento e Políticas Públicas [internet]. 2000 [acesso em: 22 de junho 2010]; 21:211-59. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/ppp/pdf/ppp21.pdf>>.

## 6.4 MANUSCRITO 5: DESAFIO DAS COMISSÕES DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA GESTÃO DE RECURSOS FINANCEIROS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

### **DESAFIO DAS COMISSÕES DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA GESTÃO DE RECURSOS FINANCEIROS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**

#### *THE INTEGRATION COMMITTEE OF SERVICE-LEARNING CHALLENGE ON MANAGEMENT OF RESOURCES FROM PERMAMENT EDUCATION IN HEALTH*

#### *DESAFÍOS DE LAS COMISIONES DE INTEGRACIÓN ENSEÑANZA-SERVICIO EN LA GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS DE LA EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD*

### **RESUMO**

O financiamento na saúde ainda se configura como um desafio no SUS, mesmo com os avanços na descentralização político-administrativa, com ênfase na municipalização. Nesse âmbito, desde 2008, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) segue a dinâmica estabelecida no regulamento do Pacto de Gestão. O objetivo deste estudo é analisar como ocorre a gestão dos recursos financeiros destinados pela PNEPS em duas Comissões Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES), em Santa Catarina/Brasil. Estudo qualitativo, do tipo pesquisa participante, realizado de maio-dezembro/2009, através da adequação da Investigação Temática de Paulo Freire, envolvendo 56 membros de duas CIES que, após a formação de círculos de investigação, participaram das etapas levantamento dos temas geradores, codificação, decodificação e desvelamento crítico da realidade. Os resultados indicam que as realidades investigadas não distam nas problemáticas relacionadas à gestão de recursos destinados à PNEPS nos espaços localregionais, sendo que a burocratização, a indefinição de formas de gestão financeira e a morosidade que permeiam as estruturas regionais responsáveis pela gestão dos recursos foram os principais aspectos explicitados. Os participantes apresentam como possibilidades de mudança a elaboração de ações de EPS sobre a gestão de recursos financeiros em nível estadual.

**Descritores:** Educação Continuada. Políticas, Planejamento e



Administração em Saúde. Sistema Único de Saúde. Financiamento em saúde. Descentralização.

### **ABSTRACT**

*The funding in health is still configured as a challenge at SUS, even with advances in political and administrative decentralization, with emphasis on municipalization. In this context, since 2008, the National Policy on Permanent Education in Health (NPPEH) follows the dynamics established by the rules of the Management Pact. The aim of this study is to analyze how the management of financial resources works intended by NPPEH to two Permanent Integration Committees of Service-Learning (ICLS) in Santa Catarina, Brazil. This is a qualitative study, participatory research like, performed from May to December 2009 through the adjustment of Paulo Freire's Thematic Research, involving 56 members of two ICLS that after the formation of research groups, attended the stages of survey the generators themes, encoding, decoding, and critical disclosure of reality. The results indicate that the investigated realities aren't far from each other in relation to the issues of management of resources intended to NPPEH at regional spaces, and the bureaucracy, the blurring of forms of financial management and slow progress that permeate the regional structures responsible for management of resources were the main aspects expressed. The participants showed as opportunities of change, the elaboration of PEH actions on the management of financial resources at the state level.*

**Descriptors:** Education, Continuing. Health Policy, Planning and Management. Unified Health System. Financing, Health. Decentralization.

### **RESUMEN**

*La financiación en la salud todavía se configura como un desafío en el Sistema Único de Salud (SUS), mismo con los avances en la descentralización político-administrativa, con énfasis en la municipalización. En esto ámbito, desde 2008, la Política Nacional de Educación Permanente en Salud (PNEPS) sigue la dinámica establecida en el reglamento del Pacto de Gestión. El objetivo de ese estudio es analizar como ocurre la gestión de los recursos financieros destinados por la PNEPS en dos Comisiones de Integración Enseñanza-Servicio (CIES), en Santa Catarina/Brasil. Estudio cualitativo, del tipo investigación participante, desarrollado de Mayo-Diciembre/2009, por medio de la adecuación de la Investigación Temática (IT) elaborada por Paulo Freire. Envolvió 56 miembros de dos CIES que, después de la*

*formación de dos círculos de investigación, participaran de las etapas de levantamiento de los temas generadores, codificación, decodificación y desvelamento crítico de la realidad. Los resultados indican que las realidades investigadas no distan en los problemas relacionados con la gestión de los recursos destinados a la PNEPS en los espacios regionales, siendo la burocratización, la indefinición de formas de gestión de financiación y la morosidad que permea las estructuras regionales responsables por la gestión de los recursos, fueran los principales aspectos explicitados. Los participantes presentan como posibilidades de cambio la elaboración de acciones de EPS sobre la gestión de recursos financieros en nivel de Provincia.*

**Descriptor:** *Educación Continua; Políticas, Planificación y Administración en Salud. Sistema Único de Salud. Financiación de la Salud. Descentralización.*

## INTRODUÇÃO

A gestão de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, tem relação intrínseca com as formas de financiamento setoriais estruturadas pelo Ministério da Saúde (MS). Desde a década de 1990, estados e municípios têm acesso direto aos recursos federais de modo quase automático, devido ao processo de descentralização instaurado. Esse acesso encontra-se em acordo às condições de gestão estabelecidas pelas normas operacionais do SUS e, mais recentemente, pelo Pacto pela Saúde, em 2006.

Nesse contexto, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída no Brasil em 2004, após um processo de avaliação, teve sua estratégia de ação e alocação orçamentária redefinidas em 2007, com a aprovação da Portaria GM/MS nº 1.996/07. A nova portaria estabeleceu que os recursos financeiros sejam transferidos do Fundo Nacional de Saúde de forma regular e automática aos respectivos fundos estaduais ou municipais de saúde. Desde 2008, os recursos seguem a dinâmica estabelecida no Pacto de Gestão e, teoricamente, devem ser repassados apenas às regiões que tiverem assinado seus termos de compromisso de gestão<sup>1</sup>. A condução regional desse processo ocorre por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), detalhados na Tabela 6.4.1.

**Tabela 6.4.1** - Estruturação regional do processo de Educação Permanente em Saúde, segundo diretrizes operacionais e Pacto pela Saúde.

<b>COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL (CGR)</b>	
<b>Composição</b>	<b>Atribuição</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais).</li> </ul>	<p>Instituir processo de planejamento regional para a Educação Permanente em Saúde, que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente e o apoio para o processo de planejamento local, conforme as responsabilidades assumidas nos Termos de Compromissos e os Planos de Saúde dos entes federados participantes.</p>
<b>COMISSÃO PERMANENTE DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇOS (CIES)</b>	
<b>Composição</b>	<b>Atribuição</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestores municipais e estaduais de saúde e educação e/ou seus representantes</li> <li>• Trabalhadores do SUS e/ou entidades representativas</li> <li>• Instituições de ensino com cursos na área da saúde por meio de seus distintos segmentos</li> <li>• Movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS</li> </ul>	<p>Propor, elaborar, monitorar e avaliar os projetos de EPS implementados e fornecer informações ao Colegiado de Gestão Regional que possam orientar suas decisões em relação ao Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS).</p>

**Fonte:** Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, Brasil, 2009.

A descentralização do processo de financiamento no setor saúde tornou-se um grande desafio na medida em que muitos municípios não possuem minimamente uma base técnica para formular e implementar políticas de saúde na esfera local<sup>2</sup>. Tampouco torna-se possível assumir um processo de gestão da rede de serviços que preconiza considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades nesse âmbito, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde, como é o caso da estruturação da Educação Permanente em Saúde (EPS)<sup>1,3</sup>.

Frente a esse cenário complexo, dinâmico e desafiador, o Estado de Santa Catarina (SC), atendendo ao Plano Diretor de Regionalização de 2002 (PDR/2002), ao Pacto de Gestão do SUS e a Portaria GM/MS nº 1.996/07, instituiu, em 2007, a formação de 15 Colegiados de Gestão

Regional e 15 Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço, que abrangem todos os municípios do Estado. Essa implementação foi alterada em 2009, a partir de uma revisão estrutural e passou a ser desenvolvida por meio de 16 CGR e 16 CIES<sup>4,5</sup>.

Ainda, em Santa Catarina, a gestão da PNEPS ocorre por meio da Divisão de Educação Permanente (DEP), subordinada à Diretoria de Educação Permanente em Saúde (DEPS), da Secretaria Estadual de Saúde (SES/SC). O coordenador da DEP articula a política junto a outras estruturas administrativas estaduais e ao MS, presta assessoria direta as 16 CIES, conduz a elaboração e a execução das ações de EPS propostas no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde e é o secretário da CIES Estadual implantada em 2010, entre outras funções.

A presente investigação envolveu duas CIES de Santa Catarina: a) CIES Grande Florianópolis – estruturada pelo CGR da Grande Florianópolis, em junho de 2008 – composta, no início da investigação, por 11 membros titulares em caráter de representação dos segmentos de serviço, ensino, gestão e controle social, com secretaria executiva definida junto à Escola de Formação em Saúde (EFOS). A CIES pertencente à Região Grande Florianópolis, composta por 22 municípios, sendo que, na política de descentralização administrativa do Estado, a 18ª Secretaria de Estado de Desenvolvimento Regional (SDR) atende a maioria (13) dos municípios da região e é considerada pelo CGR a referência para assuntos administrativos junto ao Estado; b) CIES Carbonífera – pertencente à Região Carbonífera – composta, no período do estudo, por 11 municípios da Região Sul do Estado e atendida pela política de descentralização administrativa de SC pela 21ª SDR. No início da pesquisa, a CIES possuía 21 membros titulares, e sua composição segue a lógica da inclusão, abrangendo os segmentos de serviço, ensino, gestão e controle sociais. A secretaria executiva encontra-se estruturada junto à 21ª Gerência Regional de Saúde (GERSA), estabelecida desde a época da estratégia de ação anterior da PNEPS, denominada de Polos de EPS.

É preconizado pela PNEPS que os sujeitos sociais representantes dos segmentos de ensino, gestão, atenção e controle social – composição da CIES – vivenciem ativamente o processo de construção e atualização de conhecimentos<sup>6</sup>. Assim, torna-se fundamental que os membros das CIES tenham o domínio dos trâmites burocráticos do processo de gestão, organização e estruturação da PNEPS no âmbito regional, a fim de materializá-la no ponto de vista prático.

Esse estudo tem por **objetivo** analisar como ocorre a gestão dos recursos financeiros destinados pela Política Nacional de Educação

Permanente em duas Comissões Permanente de Integração Ensino-Serviço, no Estado de Santa Catarina, Brasil. Optamos por analisar as CIES devido à compreensão de que essas são as instâncias articuladoras dos diferentes segmentos que participam da construção e consolidação do SUS, responsável pela formulação, condução e desenvolvimento das ações de EPS em nível local<sup>1</sup>.

São apresentados aspectos das realidades investigadas, sem a pretensão de realizar comparações, a fim de discutir potencialidades e fragilidades vivenciadas no interior de cada CIES, bem como destacar a forma como os participantes se organizam para buscar soluções em relação ao processo de gestão dos recursos financeiros da PNEPS, à luz do referencial teórico-metodológico de Paulo Freire.

As ações de EPS precisam ser desenvolvidas a partir de referenciais participativos, que compreendem os sujeitos sociais como seres ativos na construção de propostas em que se problematiza o cotidiano do trabalho e a formação em saúde<sup>7</sup>. Vislumbra-se, com a EPS, a transformação da realidade e, por esse motivo, é enfatizada a importância de a mesma estar relacionada diretamente ao processo de trabalho em saúde, de modo dialógico, coletivo e inclusivo.

A investigação realizada nas duas CIES de Santa Catarina possibilita despertar a reflexão e o diálogo dos aspectos vivenciados e apresentados neste trabalho em outras CIES do Estado ou do País, pois, a partir do referencial teórico-metodológico adotado no estudo, acreditamos que não há “palavra verdadeira” que não seja práxis, em especial no âmbito da educação dialógica. Sozinho não se pode dizer a “palavra verdadeira”, tampouco dizê-la para os outros. É necessário interagir dialogicamente, mediatizado pelo mundo, para pronunciá-la a todos de forma comunicativa. Dizer a “palavra verdadeira” implica transformar a realidade em que vive<sup>8,9</sup>.

## **METODOLOGIA**

Estudo qualitativo, do tipo pesquisa participante<sup>10</sup>, desenvolvido por meio de uma adequação da Investigação Temática (IT) elaborada por Paulo Freire. A investigação iniciou com a composição do Círculo de Investigação Temática e foi estruturada em três etapas que se articularam ao longo do trabalho de campo: a) Levantamento dos Temas Geradores; b) Codificação; e c) Decodificação e Desvelamento Crítico da Realidade<sup>8,11</sup>.

A Investigação Temática foi realizada no período de maio a dezembro de 2009, nas CIES Grande Florianópolis e CIES Carbonífera

do Estado de Santa Catarina, Brasil. As CIES foram escolhidas intencionalmente, visto facilidade de estada da pesquisadora-mediadora para o acompanhamento e registro das ações realizadas.

A coleta de informações iniciou em maio de 2009, com a formação de um Círculo de Investigação em cada CIES, sendo desenvolvida a partir da participação da pesquisadora-mediadora em 16 e 17 reuniões de trabalho das CIES Grande Florianópolis e Carbonífera, respectivamente. A realização das etapas da IT ocorreu em 5 reuniões na CIES Grande Florianópolis e de 6 reuniões na CIES Carbonífera em que a investigação foi ponto de pauta das reuniões, com uma duração que variou entre 1h e 3h cada encontro.

Os sujeitos da pesquisa foram os membros titulares e suplentes representantes do ensino, gestão, serviços e controle social, configurando-se 21 participantes da CIES Grande Florianópolis e 35 da CIES Carbonífera. Essa participação variou entre as reuniões de trabalho e a realização das etapas da IT propriamente dita, sendo que, nos encontros específicos da IT, participaram de 7 a 15 membros na CIES Florianópolis e de 10 a 17 sujeitos na CIES Carbonífera.

Ao longo da Investigação Temática, foi realizada a triangulação de técnicas para obtenção das informações, utilizando-se principalmente de observação participante e diálogo livre entre os membros dos círculos motivados a partir de perguntas instigadoras. Essas técnicas foram registradas por meio de cadernos de campo, que, após cada observação, foram reorganizados em documentos específicos no Microsoft Word<sup>®</sup> e revisados de modo que garantissem ao máximo a descrição dos aspectos observados, separando os registros objetivos dos subjetivos.

Sempre que autorizado pelos participantes, as reuniões de trabalho e as etapas da IT foram gravadas em arquivo digital e posteriormente transcritas. Os depoimentos eram compilados juntamente com as observações objetivas de modo a serem devolvidos aos círculos no processo da investigação. Os registros subjetivos fomentavam os questionamentos que a pesquisadora-mediadora realizava ao longo das etapas dos círculos de investigação a fim de estimular o diálogo e a reflexão sobre a realidade vivida pelos participantes.

Ao longo das etapas específicas de IT<sup>8,11</sup>, além das técnicas já explicitadas, utilizamos diferentes dinâmicas para composição do corpus de dados da investigação:

1) Levantamento dos temas geradores: os registros objetivos das reuniões de trabalho e da formação dos círculos de investigação foram apresentados de forma escrita aos participantes dos círculos. Os membros se dividiram em subcírculos conforme estiveram presentes nas reuniões anteriores das

CIES para efetuarem uma leitura dos registros destacando aspectos que lhes causavam desconforto e incômodo, denominados de “situações-limite” que estão intrinsecamente ligadas aos “temas geradores”<sup>11</sup>. Após discussão e análise do material, os participantes formaram novamente o círculo de investigação e apresentaram de forma dialógica os aspectos destacados como temas geradores pelos subcírculos. O diálogo realizado no círculo de investigação permitiu a emergência de novos temas geradores e novas situações-limites.

2) Codificação: as duas CIES validaram uma lista de temas geradores, sendo apresentados neste estudo apenas aqueles referentes à gestão de recursos financeiros da PNEPS: indefinição de mecanismos burocráticos legais de utilização dos recursos financeiros destinados às ações de EPS propostas pela CIES, bem como dos valores destinados especificamente para a manutenção da CIES (CIES Grande Florianópolis) e dificuldade de gestão dos recursos da PNEPS destinados às ações de EPS elaboradas pela CIES (CIES Carbonífera). Desenvolvemos, ainda, uma técnica projetiva na qual foi apresentado um painel com as informações codificadas referentes a cada CIES, na forma de desenhos, elaborada a partir dos temas geradores validados, da organização das informações extraídas das observações participantes e das gravações das reuniões de trabalho. Os painéis foram discutidos em subcírculos e, ao final, dialogados entre todos os membros dos círculos de IT das CIES, de modo que foi possível evidenciar a compreensão dos participantes sobre os temas geradores que emergiram em cada realidade.

3) Decodificação e Desvelamento crítico da realidade: devido ao caráter dinâmico da metodologia, a decodificação iniciou articulada à codificação em ambas CIES, pois, inicialmente, os participantes descreveram os aspectos que estavam vivenciando a partir da sua própria identificação na projeção que lhes foi apresentada nos painéis, logo, “tomaram consciência” de tais aspectos. O desvelamento crítico teve início no momento em que os participantes “conscientizaram-se”, ou seja, posicionaram-se de modo crítico a respeito dos temas geradores, sendo que dialogaram e empregaram um movimento de mudança da realidade anteriormente descrita por eles.

O processo de análise qualitativa dos dados ocorreu concomitante à coleta. Quando os temas geradores foram codificados, apresentados e rediscutidos pelos membros dos círculos de investigação das CIES, emergiram temáticas que passaram por um processo de análise coletiva e movimento de mudança que atingiram diferentes dimensões<sup>12</sup>. Desse modo, os resultados apresentados foram analisados e estruturados ao longo das etapas da IT, sendo que, no processo final de análise, ocorreu a compilação

dos temas geradores apresentados neste trabalho de modo a compor a grande temática sobre a “gestão dos recursos financeiros da PNEPS destinados as CIES”, articulada a uma discussão teórica, que possibilitou a discussão dos achados com outros autores.

Esse estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da SES/SC, processo nº 0028.1604-09, atendendo aos critérios da Resolução do CNS nº 196/96. As identidades dos participantes estão preservadas por pseudônimos escolhidos por eles próprios.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Para a apresentação e discussão dos resultados, é necessário contextualizar a situação das duas CIES no período investigado, bem como elucidar a temporalidade dos acontecimentos. O financiamento da PNEPS, desde 2008, segue a dinâmica estabelecida no Pacto de Gestão assumido pelo Estado e Municípios. O ano de 2009, época na qual a Investigação Temática foi realizada, foi um ano desafiador, permeado por dúvidas, dificuldades e incertezas, que são explicitadas no presente estudo.

- No início da investigação, em 2009, a maior parte do recurso da PNEPS dos anos de 2007 e 2008, transferidos do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Estadual de Saúde de Santa Catarina, ainda se encontrava no Fundo Estadual. Como as CIES estavam se estruturando na maioria das regiões do Estado, durante o ano de 2008, nesse ano apenas três regiões conseguiram descentralizar o recurso de 2007. As demais CIES, inclusive as participantes do presente estudo, estavam organizando esse processo no ano de 2009.
- Por orientação da Diretoria Geral da SES/SC, o recurso deveria, preferencialmente, ser repassado do Fundo Estadual de Saúde às CIES regionais da seguinte forma: a) Descentralização de crédito para as Secretarias de Estado de Desenvolvimento Regionais (SDR) ou b) Fundo-a-fundo ao Fundo Municipal de Saúde de algum município das CIES.
- Os CGR aos quais as CIES Grande Florianópolis e Carbonífera estão articuladas optaram pela descentralização de crédito para as Secretarias de Estado de Desenvolvimento Regionais. Desse modo, os recursos dos anos de 2007-2008 da CIES Carbonífera foram descentralizados em julho de 2009 para a 21ª SDR, e o recurso da



CIES Grande Florianópolis referente aos anos 2007-2008 foi descentralizado em outubro de 2009 para a 18ª SDR.

- A definição orçamentária do valor repassado do Fundo Estadual de Saúde para as 16 CIES regionais seguiu o disposto na Deliberação nº 248/CIB/08, que se baseou nos critérios de alocação orçamentária apresentados no Anexo I da Portaria GM/MS nº 1.996/07. Ainda, segundo a mesma deliberação, ficam retidos no Fundo Estadual de Saúde 10% do montante dos recursos da PNEPS referentes a 2008 a fim de manutenção do Fórum de Educação Permanente em Saúde (atual CIES Estadual) e para o desenvolvimento de ações de EPS em âmbito estadual, atualmente previstas no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde. A mesma determinação valeria para o recurso 2009 quando fosse descentralizado pela União.
- Convém esclarecer que os recursos são repassados da União para os Estados ao final do ano corrente. Logo, o recurso de um ano é utilizado no ano posterior, por exemplo, o recurso da PNEPS de 2008 foi descentralizado para o Fundo Estadual de Saúde de Santa Catarina em dezembro de 2008, desse modo só pode ser repassado às CIES regionais em 2009.

Após essa breve contextualização sobre a forma de repasse dos recursos financeiros da PNEPS destinados ao desenvolvimento de ações de EPS nas regiões, destacamos, na Tabela 6.4.2, alguns aspectos dialogados ao longo da IT sobre a dificuldade de gestão de tais recursos.

**Tabela 6.4.2** - Aspectos relacionados à gestão dos recursos financeiros destinados pela PNEPS às CIES, dialogados nos círculos de investigação.

(continua)

CIES GRANDE FLORIANÓPOLIS		CIES CARBONÍFERA	
<p><b>Tema Gerador:</b> indefinição de mecanismos burocráticos legais de utilização dos recursos financeiros destinados às ações de EPS propostas pela CIES e dos valores destinados especificamente para a manutenção da comissão.</p>		<p><b>Tema Gerador:</b> dificuldade de gestão dos recursos da PNEPS destinados às ações de EPS elaboradas pela CIES.</p>	
Codificação	Decodificação (Descrição da realidade)	Codificação	Decodificação (Descrição da realidade)
<p>- necessidade de orientação sobre as formas legais de como o recurso da EPS descentralizado para a SDR pode ser aplicado;</p> <p>- limitado conhecimento e morosidade do órgão designado para administrar o recurso financeiro;</p> <p>- necessidade de maior mobilização dos membros da CIES para exigir do CGR uma posição mais enfática a respeito da morosidade do órgão responsável pela gestão.</p>	<p>- a CIES elaborou os projetos previstos para 2009 em agosto-setembro para que as atividades iniciassem no mesmo ano. Mas a CIES enfrentou dificuldades na gestão dos recursos;</p> <p>- indefinição do CGR sobre qual órgão assumiria a gestão dos recursos. Após definido, houve morosidade no processo administrativo-burocrático;</p> <p>- o processo da CIES não foi analisado em tempo pelo jurídico da SDR e os valores voltaram ao Fundo Estadual, sendo gasta em 2009 apenas uma pequena parcela do recurso, com ações de EPS desenvolvidas por compra direta.</p>	<p>- necessidade de orientação sobre as formas legais de como o recurso da EPS descentralizado para a SDR pode ser aplicado;</p> <p>- limitado conhecimento e morosidade do órgão designado para administrar o recurso financeiro.</p>	<p>- a CIES elaborou os projetos previstos para 2009 em julho para que as atividades iniciassem no mesmo ano. Mas a CIES enfrentou dificuldades na gestão desses recursos;</p> <p>- houve reuniões de trabalho da CIES junto à SDR para enfatizar a necessidade de definição de uma “forma de contratação” de IES para desenvolver as propostas;</p> <p>- o responsável jurídico pela liberação da forma de contratação pediu demissão. A nova pessoa responsável demonstrou interesse, mas enfrentou entraves burocráticos.</p>

**Tabela 6.4.2** - Aspectos relacionados à gestão dos recursos financeiros destinados pela PNEPS às CIES, dialogados nos círculos de investigação.

(conclusão)

Desvelamento Crítico da Realidade	Desvelamento Crítico da Realidade
<p><b>Proposta de mudança:</b> solicitar ao CGR que uma nova estrutura assuma a gestão dos recursos no ano de 2010; aumentar o envolvimento de todos os membros da CIES e CGR para obter do órgão responsável mais atenção na gestão dos recursos; caso a DEPS/DEP não assumir a ação de EPS sobre gestão do recurso da PNEPS, a CIES precisará elaborar uma capacitação urgente para os envolvidos.</p> <p><b>Ação desenvolvida:</b> divulgação no Fórum da EPS (atual CIES Estadual) e em oficinas/seminários promovidos pela DEPS/DEP (2009) a dificuldade de gestão dos recursos financeiros destinados às CIES pela PNEPS; foi entregue um documento ao CGR relatando dificuldades na gestão dos recursos, solicitando uma posição mais enfática junto ao órgão responsável pela gestão financeira na região.</p>	<p><b>Proposta de mudança:</b> solicitar ao CGR que, em 2010 uma nova estrutura assuma a gestão dos recursos referente ao ano de 2009, analisando a possibilidade de algum município da região assumir esse recurso fundo-a-fundo.</p> <p><b>Ação desenvolvida:</b> divulgação no Fórum da EPS (atual CIES Estadual) e em oficinas/seminários promovidos pela DEPS/DEP (2009) a dificuldade de gestão dos recursos financeiros destinados às CIES pela PNEPS; Membros da CIES mobilizaram os gestores para intervir junto a 21ª SDR a fim agilizar o processo de análise para definição de contratação de IES. Após intervenção, a SDR lançou o edital de tomada de preço. A IES ganhadora desenvolveu ações em 2010 e foi acompanhada por uma comissão de fiscalização formada por membros da CIES que não tinham envolvimento com IES e por funcionários da SDR.</p>

**Fonte:** Círculos de Investigação Temática realizados nas CIES Grande Florianópolis e Carbonífera, mai-dez de 2009

Em um estudo sobre a estratégia anterior (Polos de EPS), foram destacadas, entre as dificuldades mais comuns encontradas para a utilização de recursos financeiros da PNEPS, as relacionadas com a disponibilidade dos recursos (atrasos e insuficiência), necessidade de infraestrutura (instalações e equipamentos), dúvidas acerca da gestão financeira e receio de que a instância de articulação fosse considerada apenas uma intermediária financeira de projetos<sup>13</sup>. Logo, é possível perceber que, mesmo com o grande avanço em relação à alocação orçamentária ser descentralizada fundo-a-fundo, a partir da Portaria GM/MS nº 1.996/07, algumas dificuldades se mantiveram como a dúvida acerca da gestão financeira, visto que as instâncias responsáveis não tinham claro como poderia ser efetuada a contratação de serviços na área de educação, sem ter problemas com a Lei de Responsabilidade Fiscal, sendo que essa dificuldade foi apresentada como um tema gerador pelos membros dos círculos de IT.

“A partir do que vem sendo compartilhando nas últimas reuniões da CIES, um tema gerador não seria justamente a dificuldade de gerenciamento do recurso financeiro, no sentido, da indefinição de como este recurso pode ser gasto?” (Alice/CIES-Grande Florianópolis).

Retratamos, em ambas CIES, a grande dificuldade em gerenciar os recursos financeiros destinados à concretização da PNEPS por meio dos projetos elaborados conjuntamente a partir das necessidades sociais evidenciadas no âmbito local. Os participantes dos dois círculos de investigação tornam claro que os trâmites burocráticos para tal e a morosidade dos órgãos envolvidos nessa dinâmica dificultam o processo de trabalho das CIES, o que significa, em outras palavras, manter projetos de EPS que são importantes socialmente no aguardo da liberação de recursos para contratar Instituições de Ensino Superior (IES) que possam executá-los.

“O tema gerador que eu considero que precisaríamos discutir aqui na CIES é a ‘indefinição de mecanismos burocráticos de utilização do recurso financeiro’. Porque o que o MS fez foi construir uma política, ele instituiu uma nova forma de liberação do financiamento [...]. Uma dificuldade geral é de ‘como as CIES podem gastar estes recursos?’. A maioria das CIES já tem propostas de ações e projetos, no entanto, não encontram mecanismos legais que garantam a utilização desse recurso [...]. Esse é um tema gerador importante, até porque nós precisamos oficializar, de forma escrita, esta nossa dificuldade” (Mathias/CIES-Grande Florianópolis).

No desenvolvimento da IT, os participantes das CIES dividiram responsabilidades sobre a condução do processo de mudança na tentativa de conseguir gerir a definição orçamentária descentralizada para as SDR's referentes a cada região. Esse momento ocorreu em diferentes dimensões em cada comissão, pois, na CIES Grande Florianópolis, os representantes do CGR na comissão cobraram uma postura do CGR para definição da estrutura que se responsabilizaria pela gestão do recurso, sendo definida a 18ª SDR, bem como, ao final do ano, quando a SDR comunicou que não conseguiu realizar o processo licitatório, os membros novamente se organizaram para formalizar um documento entregue ao CGR, relatando todo o processo desenvolvido, os contatos realizados e solicitando uma postura diferente do colegiado sobre a gestão do recurso para o ano de 2010.

Na CIES Carbonífera, esse envolvimento ocorreu por meio de reuniões de grupos de trabalho e da plenária da CIES desenvolvidas dentro da 21ª SDR, cobrando uma ação em relação ao processo de contratação de IES para realizar as ações de EPS definidas pela CIES. Esse movimento de “pressão”, aliado à articulação realizada junto alguns gestores do CGR e da

21ª GERSA, fez com que a 21ª SDR estudasse e encontrasse formas de realizar o processo licitatório a fim de contratar a IES que começaria as ações de EPS previstas para a região, no início do ano de 2010.

Na última reunião acompanhada pela pesquisadora-mediadora, em dezembro de 2009, em cada uma das CIES e após um processo de avaliação pessoal, os participantes analisaram as ações desenvolvidas e estabeleceram uma agenda de ações com propostas de mudanças que seriam implementadas ao longo do ano 2010, a partir dos aspectos dialogados no desvelamento crítico da realidade. A atitude de mudança<sup>11</sup> decorrente da realidade problematizada retrata a transformação dos membros das CIES no processo de IT, pois, no contexto da educação libertadora, cada pessoa e grupo têm seu tempo no processo de conscientização, que é dialético nas ações políticas e pedagógicas. O tempo para a reflexão sobre os temas geradores, o despertar para atuar frente às problemáticas na práxis coletiva, o esforço dos sujeitos, pelo diálogo, direciona-os à sua realidade a ser transformada<sup>8</sup>.

Um aspecto que merece atenção no processo de investigação foi que efetivamente a CIES Carbonífera conseguiu empenhar os recursos 2007/2008, evitando que esses retornassem ao Fundo Estadual de Saúde. A contratação foi efetuada por processo de licitação (pregão), sendo que ganhou a IES inscrita com o valor mais baixo. Essa forma de contratação despertou preocupação por parte da CIES, como é ilustrado no relato a seguir.

“A nova advogada conversou com o gerente e o secretário da SDR para que fossem escolhidas Universidades da região, priorizando assim o conhecimento, monitores, atores sociais da própria região. Elaborou-se um ofício [...] mas a Secretaria Estadual de Saúde não liberou. Logo, teremos que correr o processo na forma de pregão, sendo que, desse modo, instituições de todo o Brasil podem concorrer, vencendo a de menor preço. [...] Consideramos isso perigoso, pois não adianta instituições que não conhecem a nossa realidade vir aplicar uma ação de EPS para nós, como já falamos em outro momento, isso vai contra a própria lógica da regionalização tão discutida na PNEPS” (Margarete/CIES-Carbonífera).

Assim, após muitas discussões e trabalho, a CIES Carbonífera, no início de dezembro de 2009, por meio de licitação, conseguiu contratar a IES de sua região que se responsabilizou pela elaboração e desenvolvimento dos projetos de EPS a partir da proposta designada pela CIES no edital de seleção, de modo que as atividades puderam ser iniciadas nos primeiros meses de 2010 e acompanhadas e avaliadas pela comissão de fiscalização e avaliação da CIES.

De fato, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

preconiza que sejam consideradas as especificidades regionais para a superação das desigualdades, bem como o aproveitamento da capacidade já instalada na região – no caso, as Universidades que têm cursos na área da saúde – de oferta institucional de ações formais de educação na saúde<sup>1</sup>, o que reflete a coerência da análise sobre forma de contratação realizada no círculo de investigação da CIES Carbonífera.

Mesmo frente a tantas dificuldades, percebemos avanços da CIES Carbonífera no sentido de acompanhamento e avaliação das ações de EPS. Estudos apontam que as estratégias de ação da PNEPS praticamente não contam com sistemas de monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas e dos projetos executados. Alguns locais, inclusive, não têm acesso aos mecanismos de acompanhamento de execução dos projetos, sendo que isso não faz parte das atividades rotineiras<sup>13</sup>.

“[...] a Comissão de Fiscalização e Avaliação para acompanhar as ações da IES vencedora já foi montada na última reunião, sendo que os participantes não têm envolvimento com nenhuma das IES da região [...]. Os nomes devem ser entregues na SDR para que façam a Portaria de nomeação depois da licitação” (Cafê/CIES-Carbonífera).

A ausência de mecanismos de monitoramento e avaliação em nível local pode distanciar o papel das CIES da sua real aderência ao sistema de saúde<sup>13</sup>. Ainda, a proposta de descentralização e pactuação local acabam contrapondo-se pela centralização da liberação dos recursos, o que pode gerar atrasos importantes à execução das atividades programadas. As etapas de codificação e decodificação realizadas pelos círculos de investigação indicaram grande dificuldade relacionada à estruturação da gestão do recurso.

“A nossa preocupação é de que o CGR compreenda que a CIES está fazendo o que cabe a nós fazermos, só que estamos enfrentando um momento de indefinição sobre que estrutura irá administrar o nosso recurso financeiro, se é a SDR ou se é a Associação dos Municípios. Isso é um problema atualmente para nós (...). Poderíamos ter iniciado um curso no mês passado, pois o projeto já está pronto desde agosto, no entanto, o curso não começou devido a essa indefinição, sendo que cabe ao CGR decidir” (Sueli/CIES-Grande Florianópolis).

O excesso de burocracia e de indefinições permeia a atividade das estruturas regionais do processo de Educação Permanente em Saúde em Santa Catarina, que exigem paciência e tempo. Um aspecto problematizado no interior dos círculos de investigação foi sobre a

necessidade que a estrutura pública tem de burocratização devido à falta de “transparência pública” que ainda é uma realidade em nosso país. Retratam-se nas CIES enfrentamentos políticos acerca do processo de gestão, justificando-se a excessiva burocratização por problemas relacionados a desvios de conduta no serviço público.

“Há uma imensa burocratização que atrapalha significativamente os processos, mas é a única forma de evitar, ou melhor, de dificultar os desvios que muitas vezes ocorrem nos recursos públicos. Dessa forma os honestos pagam pelas atitudes dos desonestos, pois muitas vezes os recursos voltam para os cofres da união, visto que não se conseguiu a tempo desatrelar todas as estruturas burocráticas para a utilização dos mesmos” (Paulo/CIES-Grande Florianópolis).

A descentralização do financiamento da PNEPS, cuja responsabilidade é compartilhada, carece de sensibilidade de gestores e de criatividade das CIES no enfrentamento de realidades complexas, dinâmicas, conflitantes e dialéticas. Em outras palavras, não há dúvida da necessidade de se criar mecanismos participativos de avaliação e controle para um exercício responsável e autônomo na gestão local<sup>(14)</sup>, pois tais mecanismos auxiliam a coibir possíveis desvios de conduta, proporcionando uma transparência pública na gestão dos recursos.

Outro aspecto dialogado nos círculos de IT refere-se à necessidade de compreender a PNEPS, não apenas como uma proposta do MS, mas como um referencial teórico-metodológico para as ações que envolvam trabalho e educação no SUS. É de conhecimento que as “políticas são objetos de disputa e, nas trocas de governo, são submetidas à barganha, ao desvirtuamento, à substituição”<sup>15:979</sup>, fato que deveria ser trabalhado de forma distinta em relação a essa política.

A busca por respostas, dialogadas no interior dos círculos de investigação, leva a crer na necessidade de estabelecer um processo educativo com os próprios envolvidos nas estruturas de planejamento regional da PNEPS, já que ela deve ser feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas possuem. A EPS, segundo a PNEPS, é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho<sup>1</sup>, sempre pautados nas necessidades de formação em saúde, tendo como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização da atividade laboral.

“Minha sugestão é que a nossa articuladora solicite um ponto de pauta na reunião do Fórum de EPS a fim de analisarmos se mais alguma CIES no Estado está

vivenciando esse problema. Caso seja um problema comum para outras comissões, solicitar que a DEPS/DEP desenvolva uma ação de EPS, de modo que expliquem como os recursos financeiros destinados pela PNEPS às CIES possam ser administrados” (Stella/CIES-Grande Florianópolis).

Nesse aspecto, retratamos a importância do compartilhamento de saberes por meio do diálogo, que é potencial transformador da realidade. Destacamos que, implicado no processo de conhecer, está a tarefa de intervir. Intervir para a libertação, para a transformação das condições injustas, de vida e de saúde<sup>16</sup>. O processo educativo é fundamental para o avanço das CIES em Santa Catarina, para que esforços sejam investidos em uma educação libertadora, compatível com a PNEPS. Infelizmente, ainda há relatos na literatura sobre a predominância de aulas expositivas e incompatíveis com a proposta pedagógica da EPS, bem como sobre o excesso de procedimentos administrativos para o andamento das atividades<sup>13</sup>.

Tendo em vista que a EPS constitui-se em estratégia fundamental às transformações do trabalho na área da saúde, faz-se necessário estar aberto ao diálogo franco, ao desenvolvimento crítico, reflexivo e criativo, o qual instiga a formação de trabalhadores comprometidos e tecnicamente preparados para atuar no setor. A proposta teórico-metodológica da EPS é descentralizar e disseminar a capacidade pedagógica aos próprios trabalhadores do setor, aos gestores e ao controle social de modo que o SUS seja percebido verdadeiramente como uma rede ensino-serviço, sendo esse um importante desafio a ser superado<sup>15</sup>.

Compreender as formalidades do processo de gestão que cabe aos CGR e as CIES é fundamental para o processo de financiamento dos projetos e para o bom andamento das atividades, mas não deveria ser a única preocupação. Longe do que vem acontecendo, o foco das CIES deveria estar centrado na proposta de ruptura com a lógica da compra e pagamento de produtos e procedimentos educacionais orientados pela oferta desses serviços<sup>1</sup>, na demanda por mudanças e melhorias institucionais baseadas na análise dos processos de trabalho, nos seus problemas e desafios.

“As diferentes CIES estão perdendo um tempo ‘sagrado’ tentando achar uma forma junto às diferentes estruturas que estão administrando esses recursos, para gastar esse dinheiro sem ter problemas com a Lei de Responsabilidade Fiscal” (Mathias/CIES-Grande Florianópolis).



As propostas de mudanças e as ações já desenvolvidas durante a Investigação Temática são reflexos do interesse das CIES participantes do estudo em mudar a realidade vivenciada, que lhes parece incômoda. Esse desconforto retrata uma nova visão de mundo, conferida provavelmente pelo diálogo coletivo, troca de saberes e empenho dos membros em leituras e estudo durante o processo da IT, e esse processo é considerado como uma tomada de consciência da realidade com posterior intervenção, que somente ocorre se permeado por um processo de conscientização<sup>11</sup>.

As duas realidades investigadas não distam nas problemáticas enfrentadas na questão de gestão de recursos e, possivelmente, sejam situações vivenciadas por outras CIES no próprio Estado de Santa Catarina e no Brasil, sendo que conseguiram configurar esse tema como um aspecto urgente a ser trabalhado no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde. Talvez devido à recente mudança na lógica de transferências de recursos federais, atendendo à heterogeneidade dos municípios brasileiros e às particularidades regionais<sup>3</sup>, a problemática seja ultrapassada e minimizada com o tempo, abrindo espaço para avanços no movimento de descentralização político-administrativa e para a progressiva transferência de responsabilidades pela execução de ações em EPS aos Estados e Municípios. Isso é o que esperamos.

## **CONCLUSÕES**

As CIES têm realizado um trabalho fundamental e desafiador do ponto de vista técnico, que merece atenção e destaque no âmbito da pesquisa científica. Os recentes dispositivos de gestão descentralizada, por meio do Pacto pela Saúde, tornam-se interessantes na medida em que conferem autonomia a esses representantes para legitimar necessidades regionais em saúde, ao passo que exigem responsabilidade e capacidade técnica, abertura ao diálogo e paciência frente às adversidades.

Este estudo não se pretendeu exaustivo, mas, sim, buscou apenas despertar reflexões e diálogos na interface formação-gestão do SUS, desenvolvido pelos próprios sujeitos sociais do processo, em que a gestão de recursos financeiros ainda se configura como um desafio a ser superado na realidade da educação permanente em saúde, pois não há como manter uma ação continuada de processos de mudança se os aspectos relativos ao financiamento ainda se configuram como um entrave do processo.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde

(EDEN/PEN/UFSC), exemplo concreto de construção de conhecimentos a partir de processos de ensino-aprendizagem compartilhados. Ao CNPq, pelo auxílio financeiro por meio de uma bolsa de doutorado.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
2. Ugá MA, Piola SF, Porto SM, Vianna SM. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciênc. Saúde Coletiva* 2003; 8(2):417-37.
3. Castro ALB, Machado CV. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cad. Saúde Pública* 2010; 26(4):693-705.
4. Comissão Intergestores Bipartite. Santa Catarina. Deliberação 225/CIB/07 de 17 de dezembro de 2007. Define que as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço atenderão os municípios de acordo com a lógica da regionalização do estado, de forma que nenhum município, assim como nenhum Colegiado de Gestão Regional – CGR, fique sem sua referência a uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço. [Documento internet]. 2007 [Acessado em 2009 Jul 13]. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br>>.
5. Comissão Intergestores Bipartite. Santa Catarina. Deliberação 205/CIB/09 de 10 de dezembro de 2009. Define a constituição do Colegiado de Gestão Regional – CGR Extremo Oeste – 03, composto pela Região de Saúde formada pelos municípios das Secretarias de Desenvolvimento Regional de São Lourenço do Oeste e Xanxerê, resultando no 16º CGR no Estado de Santa Catarina. [Documento internet]. 2009 [Acessado em 2010 Ago 17]. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br>>.
6. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista Saúde Coletiva* 2004; 14(1):41-65.
7. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* 2005; 9(16):161-68.
8. Freire P. Pedagogia do Oprimido. 41ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.

9. Freire P. Educação como prática da liberdade. 30ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2007.
10. Demo P. Elementos Metodológicos da Pesquisa Participante. In: Brandão CR. *Repensando a Pesquisa Participante*. 3ª ed. São Paulo: Brasiliense; 1987. p. 104-130.
11. Freire P. Extensão ou Comunicação. 13ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2006.
12. Saupe R, Brito VH, Giorgi MDM. Utilizando as concepções do educador Paulo Freire no pensar e agir da Enfermagem. In: Saupe R. organizadora. *Educação em Enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção*. Florianópolis: Editora da UFSC; 1998. p. 244-72.
13. Campos FE, Pierantoni CR, Haddad AE, Viana ALA, Faria RMB. Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. *Cadernos RH Saúde* 2006; 3(1):39-51.
14. Arretche M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2003; 8(2):331-45.
15. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2005; 10(4):975-86.
16. Freire P. Educação e mudança. 23ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1999.



## 7 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

"somos os únicos seres que, social e historicamente, nos tornamos capazes de apreender [...] Aprender para nós é construir, reconstruir, constatar para mudar, o que não se faz sem abertura ao risco e à aventura do espírito"  
(Paulo Freire)

Início as considerações consciente de que elas são parciais, pois se trata de algumas observações que farei sobre o processo de estudo desenvolvido a partir da minha percepção como pesquisadora, num dado momento de tempo e contexto. Essas constatações, provavelmente, vão ser modificadas se rever este estudo em outro momento, com outras leituras ou em diálogos com outras pessoas, pois acredito em nossa capacidade de “construir, reconstruir, constatar para mudar” e, me arrisco a dizer, que sou aberta a essa “aventura de espírito” que se desenvolve continuamente, a que chamamos de “aprendizagem”.

Orientam-nos que, nesse momento final de um trabalho acadêmico, porém não conclusivo de aprendizagem e de possibilidades de mudanças pessoais e nas realidades em que desenvolvemos o trabalho de campo de uma investigação, é importante retomarmos os objetivos do nosso trabalho, para fazermos uma análise se conseguimos atingi-los. Neste sentido, relembro a todos e todas os objetivos gerais do presente estudo:

- analisar como se efetiva a estratégia de desenvolvimento – Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) – da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, na perspectiva dos sujeitos sociais envolvidos em duas comissões que realizam ações, produzindo ou não, mudanças que contemplam a referida política;

- estimular a ação-reflexão-ação no processo de trabalho das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), a partir dos temas geradores que surgirem, por meio da concepção dialógica de Paulo Freire.

Visto o caráter participativo da metodologia empregada, no último encontro realizado com os sujeitos das duas CIES estudadas, apresentei novamente os objetivos da investigação temática, para que coletivamente fizéssemos uma análise se havíamos conseguido atingi-

los. Ao ler e analisar os objetivos, as respostas dos sujeitos sociais seguiram o exposto nos seguintes exemplos:

*“na minha opinião, nós atingimos os objetivos, o primeiro, pra mim não está muito claro [...] mesmo você nos apresentando a síntese de todo o trabalho que fizemos esse ano, eu não sei se o que fizemos foi uma análise, ou melhor, eu acho que foi sim uma análise, porque nós apontamos diversos problemas que precisamos corrigir na CIES, mas eu não tenho a menor ideia de como você vai organizar isso tudo para fazer uma tese [...] o segundo [objetivo] tenho certeza que atingimos 100%, pois a forma como nos posicionamos aqui na CIES não é mais a mesma”* (Karina/CIES-Grande Florianópolis).

*“vou ser sincera em lhe dizer que, quando você chegou com a proposta, eu duvidei que seria capaz de se fazer alguma análise ou estruturar algum tipo de dado com rigor para pesquisa com essas conversas que nós tivemos em grupo [...] mas o que mais me impressiona é a fidedignidade e legitimidade dos dados que você nos apresenta, pois retrata a nossa realidade de um modo incrível. Considero que esses objetivos foram alcançados, pois a partir do que você nos apresenta aqui para certificarmos, atestarmos e refletirmos sobre a nossa realidade, certamente você irá conseguir extrair a análise em grupo que fazemos da nossa CIES [...] sobre o do estímulo, eu acho que você fez mais do que estimular, a proposta que você aplicou na metodologia nos incomodou, fez com que saíssemos de uma zona de conforto, isso pra mim, já vale uma tese”* (Silvia/CIES-Carbonífera).

Considerando o exposto pelos sujeitos, esta análise estrutura-se mais no processo de aprendizagem construído do que nos resultados alcançados. A partir dessa percepção, considero que os objetivos foram atingidos, pois, ao retomarmos os resultados apresentados neste trabalho, constatei que as quatro grandes temáticas estruturadas a partir dos temas geradores emergidos nos círculos de investigação possibilitam analisar diferentes dimensões sobre como as CIES se

efetivam em relação ao seu contexto e processo de desenvolvimento, bem como o movimento de ação-reflexão-ação instituído no processo de trabalho das comissões.

A grande temática “aspectos organizacionais, estruturais e relacionais do contexto das CIES” evidenciou a necessidade de organizar uma proposta de revisão do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde e do regimento interno das CIES. Em relação à infraestrutura, os participantes destacaram a necessidade de melhorar a estrutura e divulgação das CIES, problematizaram a necessidade de reivindicar junto à SGTES, ao Estado, ou ao CGR a que estão ligados e Municípios, recursos específicos para a manutenção das CIES. Ainda, ao dialogarmos sobre as relações estabelecidas entre os sujeitos sociais, uma ação a ser destacada foi a superação de relações de opressão, conquistada pelos sujeitos por meio do empoderamento, que permitiu a tomada de consciência e, por conseguinte, a mudança da realidade de opressão em que viviam.

A segunda grande temática foi em relação ao “conhecimento dos sujeitos sociais das CIES sobre a PNEPS”, em que os participantes tomaram consciência do limitado conhecimento da maioria dos membros da CIES sobre a PNEPS, o que os levou a propor estratégias para superar essa situação limite, como a necessidade de elaborar ações de EPS para os membros que ingressam nas CIES, de modo que, por meio do conhecimento sobre as estruturas da política, efetivamente tenham a potencialidade de realizar diálogos problematizadores e compreendam a função de representação junto a essa instância de articulação locorregional. Ainda, refletiram sobre a inexistência de estruturas municipais responsáveis pela articulação e disseminação de conhecimento sobre a PNEPS, bem como a deficiência de ferramentas de divulgação das CIES e da política, aspectos que precisam ser modificados.

A temática “participação e envolvimento dos sujeitos sociais nas CIES” emergiu do processo reflexivo sobre a dificuldade de participação e envolvimento dos segmentos gestor, ensino e controle social nas CIES, sendo que os membros das CIES refletiram sobre diversas possibilidades de ampliar a participação dos referidos segmentos, assumindo responsabilidades para efetivar tais ações.

Um aspecto muito dialogado foi sobre a necessidade dos representantes das instituições de ensino superior participantes da CIES serem efetivamente mobilizadores e promotores desse processo de ensino-aprendizagem interno e externo à CIES, a fim de compartilharem seus conhecimentos sobre processos educativos problematizadores e

atuarem com o intuito de promover o empoderamento dos sujeitos, desenvolvendo ações contra a opressão vivenciada no interior das CIES, aspectos que ainda não se efetivam na realidade das comissões.

Os sujeitos sociais também dialogaram que, mesmo o quadrilátero da formação sendo uma premissa estabelecida desde a implantação da PNEPS, o controle social ainda não se efetivou como um componente real dentro dessa estrutura. Essa análise se estabelece a partir da realidade das CIES estudadas, em que, efetivamente, na maioria das vezes, consegue-se mobilizar para participar das CIES apenas dois ou três segmentos, sendo que, mesmo quando o controle social está envolvido, esses acabam sendo representados por outros segmentos que também participam dos Conselhos Municipais de Saúde como, por exemplo, os profissionais. Esse fato suscita o questionamento sobre como se institui na prática a participação do controle social no processo de discussão em fóruns ditos participativos. Será que os membros do controle social sentem-se com poderes iguais aos dos demais membros, ou sentem-se oprimidos, por desconhecerem muitos aspectos? Portanto, que relação se institui nas “rodas” – ditas como participativas – de opressão ou de libertação?

Para concluir a compreensão do contexto e processo de desenvolvimento das CIES, outra grande temática que emergiu nos círculos de investigação foi em relação à “gestão dos recursos financeiros da PNEPS destinados as CIES”, quando os diálogos e reflexões apresentaram que o desafio dessa temática estrutura-se na burocratização, na indefinição de formas de gestão financeira e na morosidade que permeia as estruturas públicas regionais responsáveis pela gestão dos recursos.

Não poderia deixar de apontar, nessas considerações, que os participantes foram mobilizados a estruturar a política em nível estadual e regional devido à constância de recursos financeiros. Pois, nos últimos anos, o Ministério da Saúde enviou os recursos referentes à PNEPS ao Estado de Santa Catarina e esse repassou-os às regiões, fato que foi interrompido no ano de 2010, pois, no mês de dezembro, a SGTES comunicou que houve um corte significativo em seu orçamento, sendo que foi priorizado manter o orçamento da PNEPS para as ações de educação técnica profissional, não sendo designado nenhum recurso para as CIES. Essa interrupção no repasse federal gerou uma situação de insegurança, no entanto, também mobilizou os envolvidos com a PNEPS em nível estadual e em algumas regiões a argumentarem sobre a necessidade da contrapartida financeira do Estado e Municípios para as iniciativas de EPS, sendo que, no período de entrega deste trabalho,



esses aspectos estavam em discussão.

A instabilidade financeira atingiu parcialmente as CIES estudadas, pois, para as ações de 2011, a CIES Carbonífera tem o recurso de 2009, que não foi utilizado em 2010 e está sendo analisada a possibilidade de descentralizá-lo para o fundo municipal de saúde de um município da região Carbonífera, logo, para o ano de 2011, será possível desenvolver ações que estavam previstas com o valor estipulado, de modo que podem esperar novas definições do governo, sem ocorrer uma descontinuidade no processo que estava sendo realizado.

A CIES Grande Florianópolis terá um pouco mais de dificuldades, pois o saldo que restou dos recursos de 2007/2008/2009 não é suficiente para realizar as ações previstas no PAREPS para 2011. Assim, terão que selecionar ações de EPS que se adaptem aos recursos que possuem, ou mobilizar a coparticipação financeira vinda do Estado e dos Municípios da região caso resolvam desenvolver as propostas.

A partir das quatro grandes temáticas que expressam o contexto e o processo de desenvolvimento das CIES participantes deste estudo, concluo que as CIES estão estruturadas em suas regiões de abrangência, mas buscam consolidar-se frente a uma realidade que ainda não percebe as ações de EPS como uma prioridade, sendo esse um grande desafio a ser superado. Atualmente, o contexto em que as CIES estão inseridas possibilita um desenvolvimento limitado das comissões e, por conseguinte, da instituição da PNEPS, pois a EPS ainda não é compreendida como uma “ideia força”, em que sua lógica deva subsidiar as ações pensadas dentro das SMS, das instituições hospitalares, das instituições de ensino, ou em qualquer instituição que envolva direta ou indiretamente o Sistema Único de Saúde.

Os sujeitos desta investigação demonstraram maturidade em assumir suas limitações e dialogar, por meio do processo de decodificação, sobre possibilidades de modificar as “situações limites” que vivenciam no interior das CIES. Porém, torna-se imprescindível que esse diálogo se perpetue e se efetive em ações concretas de mudanças, pois o processo reflexivo atingido no presente estudo é um passo importantíssimo para instigar mudanças, mas é necessário haver uma implicação com os pressupostos da EPS, para que essa deixe de ser uma “proposta” e se transforme em “ato”. Implicação de não pode ser apenas de uma pessoa, ou de um segmento, pois necessita congregiar os distintos segmentos (atenção, gestão, ensino e controle social) responsáveis pela efetivação do SUS no Brasil.

Entre os desafios do presente estudo, destaco a complexidade da abordagem metodológica escolhida, para manter a rigorosidade e

fidedignidade dos dados e garantir a validade dos achados da pesquisa. Porém, a alegria e a realização ao desenvolver uma pesquisa participante supera o trabalho exaustivo realizado no processo de coleta das informações, pois consegui perceber as mudanças desencadeadas pela investigação no processo de pesquisa, além do incalculável aprendizado pessoal que tive oportunidade de vivenciar, visto que, antes de realizar a pesquisa, não participava das realidades que estudei.

Aos pesquisadores que se motivaram em desenvolver seus estudos por meio do referencial teórico-metodológico adotado na presente investigação, recomendo que busquem concluir o trabalho final o mais brevemente possível após período de trabalho de campo. Faço essa observação por perceber que, devido ao caráter dinâmico da investigação, ao apresentar academicamente os resultados da tese um ano após a conclusão do trabalho de campo, muitas ações foram sendo desenvolvidas, o que fez com que alguns aspectos do trabalho de campo atualmente já estejam modificados devido à própria estrutura metodológica empregada que suscita ações de mudança.

A estrutura estabelecida no interior dos Círculos de Investigação, no período de trabalho de campo, é dinâmica, logo, as etapas da Investigação Temática também são dinâmicas, e considero que o maior desafio que enfrentei e, acredito que pesquisadores que optam por assumir referenciais metodológicos participativos também vivenciam, foi apresentar essa dinamicidade de forma didática em um trabalho acadêmico.

Esse desafio se acentuou no formato dado a esta tese, pois apresentar os resultados na forma de manuscritos configurou um grande exercício de síntese e interpretação, no qual procurei expressar o todo nas partes e ao unir as partes essa constituir o todo. Tenho consciência de que este formato apresenta-se como uma limitação do estudo, visto que pode dificultar a compreensão do todo, no entanto, procurei organizar os resultados da investigação de modo a proporcionar uma sequência de informações que possibilitam analisar o contexto e o processo de desenvolvimento vivenciado nas CIES participantes do estudo.

A partir dos resultados alcançados neste trabalho de tese, deixo algumas sugestões de temas que podem instigar novos estudos, com a finalidade de contribuir para a construção de conhecimento na área:

- qual o impacto gerado com a formação de tutores e facilitadores no Estado de Santa Catarina, desenvolvida no período inicial de implantação da PNEPS, quem foi capacitado, onde e como estão atuando em relação aos aspectos da PNEPS?

- como ocorre a estrutura de representação desenvolvida pelos sujeitos sociais membros da CIES?
- como ocorre a estruturação dos Planos de Ação Regionais de Educação Permanente em Saúde (PAREPS)? Que nível de consulta os sujeitos sociais, participantes dos CGR e das CIES, fazem aos Planos de Saúde elaborados nas três esferas de gestão do SUS para construção dos PAREPS? De que forma são implementados?
- como ocorre o processo de avaliação das ações de EPS propostas pelas CIES Regionais?
- qual o impacto das ações propostas nos PAREPS e desenvolvidas pelas CIES nos espaços de trabalho e gestão do SUS?
- qual impacto das ações desenvolvidas pela DEPS por meio do Plano Estadual de EPS nas CIES do Estado de Santa Catarina?

Para finalizar, saliento que o caráter inovador deste estudo se instala com maior ênfase no processo de investigação, do que nos resultados apresentados, pois vários materiais publicados por distintos estudiosos da área nos últimos anos, derivados de pesquisas (MOTTA, 1998; FARAH, 2006; COSTA, 2006; CAMPOS *et al.*, 2006b; SANTOS, 2007; MONTEIRO, 2007; ALVES, 2007; BRAVIN, 2008; FARIA, 2008; FERLA, 2009; ANJOS, 2009; CASTRO, 2009; NICOLETTO, *et al.*, 2009; SATO; CECÍLIO; ANDREAZZA, 2009; PINTO, *et al.*, 2010), relatos de experiências (CECCIM, 2001; CECCIM; ARMANI, 2001, BARRETO, *et al.*, 2006; CAROTTA; KAWAMURA; SALAZAR, 2009; LEMOS, M.; FONTOURA, 2009; PIMENTA; LIVORATO, 2009), ensaios teóricos ou reflexões (ALMEIDA, 1997; MOTTA, *et al.*, 2002; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CECCIM, 2005a, 2005b; MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006; HADDAD, *et al.* 2008; DAVINI, 2009), entre outros apresentados ao longo deste trabalho de tese, podem ser encontrados sobre a temática de Educação Permanente em Saúde ou sobre a PNEPS, constituindo-se em publicações substantivas para a área. Entretanto, tais publicações não apresentam a configuração metodológica, tampouco destacam os distintos aspectos que foram levantados, problematizados e desvelados criticamente no interior das CIES participantes da presente investigação temática, os quais evidenciaram elementos e problemas dialogados pelos próprios sujeitos envolvidos no processo, o que possibilitou a promoção de novos conhecimentos e desafios, bem como a perspectiva de novas investigações.

Logo, a maior inovação do presente estudo está no desafio em realizar uma pesquisa assumindo um referencial metodológico de pesquisa qualitativa que interage com os pressupostos teórico-

metodológicos apresentados na PNEPS, de modo a “dar voz” aos sujeitos sociais membros das CIES, bem como proporcionar, por meio da pesquisa participante, que ocorra um processo de reflexão e diálogo entre os envolvidos de modo que busquem sua assunção ao se implicarem, ou seja, se comprometerem e se responsabilizarem com a educação permanente em saúde em sua localregião, pois é possível constatar em pesquisas dessa natureza que a inovação ocorre de dentro para fora, logo, é subjetiva e se exterioriza em cada sujeito social e no interior das comissões de modo difícil de ser mensurado ou descrito.

Para além do processo construído durante o trabalho de campo no interior das CIES participantes, considero que este trabalho final trata-se de um interessante material de consulta que contribui de forma significativa para um posterior processo de avaliação qualitativa crítico-reflexiva que poderá ser realizado nas demais CIES do Estado de Santa Catarina e do Brasil, por meio de um exercício de ação-reflexão-ação dos sujeitos sociais envolvidos no processo de efetivação da PNEPS.

O exposto possibilita a confirmação da tese de que a instituição da Política de Educação Permanente em Saúde, por meio das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço, efetiva-se a partir do compromisso concreto dos sujeitos sociais envolvidos no processo, bem como de suas articulações políticas com as diferentes esferas de gestão, atenção, ensino e controle social, sendo que este compromisso pode ser expresso por meio da práxis, da defesa e da ação continuada e concreta dos interesses coletivos, em detrimento de interesses individuais e/ou de pequenos grupos.

Portanto, destaco que o movimento realizado nas etapas da investigação temática permitiu aos membros das CIES deixarem a posição de sujeitos para assumir a de sujeitos sociais dentro das comissões. Sujeitos que se sentem implicados com o “desafio necessário e ambicioso”, tão falado em diversas publicações de estudiosos sobre o tema, em buscar conhecimento e fazer as mudanças necessárias na realidade dos serviços e comunidades a partir da compreensão de que a educação permanente em saúde pode e deve ser uma ferramenta de gestão para essa finalidade.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR-NETO, Z.S.; SOARES, C.B. A qualificação dos atendentes de enfermagem: transformações no trabalho e na vida. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 614-22, 2004.

AGUIRRE-CABAL, B., *et al.* La experiencia de educación permanente de la Universidad Del Valle y los sistemas locales de salud del municipio de Cali, Colombia. **Educ med salud**, Washington, v.27, n.4, p.561-569, 1993.

ALMEIDA, A.H. **A incorporação dos princípios e diretrizes do SUS aos cursos de formação do auxiliar de enfermagem**: o projeto larga escala no período de 1989-1992, 2000. 124 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

ALMEIDA, A.H.; SOARES, C.B. A Dimensão Política do Processo de Formação e Pessoal Auxiliar: a enfermagem rumo ao SUS. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 629-636, set/out. 2002.

ALMEIDA, M.J. Educação permanente em saúde: um compromisso inadiável. **Olho Mágico**, Londrina, v. 3, n. 14, p. 41-47, 1997.

ALVAREZ, A.S.B.; PÉREZ, M.A.M.; GUTIÉRREZ, N.C. La capacitación de los trabajadores de la salud. **Educ med salud**, Washington, v. 27, n. 2, p. 243-252, 1993.

ALVES, J.C.R. **Política Nacional de Educação Permanente no SUS**: estudo da implementação sob a perspectiva dos gestores da secretaria municipal de saúde de Teresópolis em 2006, 2007. 133 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de

Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

ANDRADE, L.O.M., *et al.* Escola de formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia - Sobral (CE): uma reposta municipal para educação permanente no SUS. **Divulg. saúde debate**, v. 30, mar., p. 15-25, 2004.

ANDRADE, A.M.; YDALGO, T. A participação dos segmentos no Colegiado de Gestão do Pólo de Educação permanente em Saúde da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro (PEPS Metro I). In: **Anais 58ª Reunião Anual da SBPC**, 2006, Florianópolis. Anais, 2006. v. 01.

ANGELES-RODRÍGUEZ, S.M.; *et al.* Educación permanente y perfeccionamiento del médico y la enfermera de la familia en Cuba: el caso de Pinar del Rio. **Educ Med Salud**, Washington, v. 27, n. 4, p. 528-540, 1993.

ANJOS, V.L.H. **Análise das ações desenvolvidas pelo Pólo de Educação Permanente em Saúde de Mato Grosso, no período de 2003 a 2007**, 2009. 137 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2009.

ARGENTINA, Ministerio de Salud (MS). **Bases para un Plan de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud**. (Informe Final). Buenos Aires: MS/OPS, 2005, 52p.

\_\_\_\_\_. Observatorio de Salud y Desarrollo Social. **Programa: Desarrollo de la Educación Permanente en Salud (EPS) (julio2008/julio2011)**. [documento internet] 2008. Disponível em: <<http://www.obssaludcba.com.ar/docs/programaEPS.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2010.

ARMAS, R.M.; HATIM, A.R.; SALAS, R.P. Relación universidad-

sociedad como base para la educación permanente en salud. **Cubana Educ Med Super**, Ciudad de la Habana, v. 11, n. 2, p. 101-106, 1997.

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003.

ARROYO, M.G. Trabalho – Educação e Teoria Pedagógica. In: FRIGOTTO, G. (Org.). **Educação e Crise do Trabalho**: perspectivas de final de século. 2 ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 1998, p. 138-165.

AZOURY, E.B. **Curso básico em saúde da família**: a construção de um projeto local para requalificação profissional no Espírito Santo, 2003. 120 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

BACKES, V.M.S., *et al.* **A parceria docência e os serviços de saúde**: uma proposta de Educação Continuada. Santa Maria: Relatório de Pesquisa – PIBIC/CNPq. Universidade Federal de Santa Maria, 2000.

BARBOSA, A.A.A. **A educação permanente em saúde sob a óptica dos cirurgiões dentistas**, 2009. 85 p. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Curso de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.

BARBOSA, M.F.S.O. **A prática dos tutores do "curso de formação pedagógica em educação profissional-enfermagem" do PROFAE**, 2004. 100 p. Dissertação (Mestrado em Tecnologia Educacional para a Saúde) - Programa de Pós-Graduação do Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

BARRETO, I.C.H.C., *et al.* A educação permanente e a construção de Sistemas Municipais de Saúde-Escola: o caso de Fortaleza (CE). **Divulg saúde debate**, Rio de Janeiro, maio, n. 34, p. 31-46, 2006.

BASSINELLO, G.A.H.; BAGNATO, M.H.S. Projeto Larga Escala: uma análise a partir da bibliografia existente. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.194-200. 2009a.

BASSINELLO, G.A.H.; BAGNATO, M.H.S. Os primórdios do Projeto Larga Escala: tempo de rememorar. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v.62, n.4, p.620-626. 2009b.

BENTZ, R.M.B.; COMISIÓN NACIONAL DE EDUCACIÓN PERMANENTE. República Dominicana: educación permanente de los equipos de salud en los niveles regional y local. **Educ Med Salud**, Washington, v. 27, n. 4, p. 618-629, 1993.

BITTAR, S.F.G. **A formação profissional do auxiliar de enfermagem**: a experiência do projeto larga escala no município de Natividade/RJ, 2009. 81 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

BLUMM, M.H.N.; TOMÉ, W.M.; SILVA, J.R.C. MULTIPLICASUS: a história de um projeto de educação permanente. **Divulg saúde debate**. Rio de Janeiro, ago, n. 36, p. 33-40. 2006.

BONETTI, O.P.; KRUSE, M.H.L. A Formação que Temos e a que Queremos: um olhar sobre os discursos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 3, p. 371-379, mai/jun. 2004.

BOSCHETTI, I. **Questões correntes no debate sobre metodologias de avaliação de políticas públicas**. Texto didático preparado para o Curso de Especialização à Distância Política Social e Desenvolvimento



Urbano. Brasília, UnB-Departamento de Serviço Social, 2006.

BRANDÃO, C.R. Círculo de Cultura. In: STRECK, D.R.; REDIN, E.; ZITKODKI, J.J. (Orgs). **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008, p. 76-78.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. [documento internet] 1988. Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br/legislacao/>>. Acesso em: 12 set. 2008.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [documento internet] 1990a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 12 set. 2008.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências inter-governamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. [documento internet] 1990b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 12 set. 2008.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.135**, de 29 de março de 2010. Dispõe sobre remanejamento de cargos em comissões do Grupo-Direção e Assessoramento superiores – DAS; aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissões e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde; altera o Anexo II ao Decreto nº 4.727, de julho de 2003, que trata do Estatuto e do Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas da Fundação Nacional de Saúde; e dá outras providências. [documento internet] 2010. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7135.htm#art7](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7135.htm#art7)>. Acesso em: 2 jul. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS), Ministério da Educação (MEC). **Portaria Interministerial nº 2.118**, de 04 de novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. [documento internet] 2005. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 12 nov. 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Saúde (CNS). 9ª Conferência Nacional de Saúde – Municipalização é o caminho. **Brasília 14 de agosto de 1992, Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde. [documento internet] 1993. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_9.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf)>. Acesso em: 29 dez. 2008.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 196/96**, de 10 de outubro de 1996. Institui Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. [documento internet] 1996. Disponível em: <<http://www.cep.ufsc.br>>. Acesso em: 15 out. 2008.

\_\_\_\_\_. 10ª Conferência Nacional de Saúde – SUS: Construindo um modelo de atenção à saúde para qualidade de vida. **Brasília 02 a 06 de setembro de 1996, Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde. [documento internet] 1997. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/REL10/cnsframe.htm>>. Acesso em: 29 dez. 2008.

\_\_\_\_\_. Ata da 21ª Reunião Extraordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada em 27 de fevereiro de 2002. **Ata de Reunião**. Brasília: Ministério da Saúde. [documento internet] 2002a. Disponível em: <[conselho.saude.gov.br/atas/2002/ata21extra.doc](http://conselho.saude.gov.br/atas/2002/ata21extra.doc)>. Acesso em: 04 jan. 2009.

\_\_\_\_\_. **Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS**. 4ª versão. Brasília: Ministério da Saúde. [documento internet] 2002b. Disponível em: <<http://www.observarh.org.br/nesp/projetos/rhsus/pdfs/nobrhsus.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2009.

\_\_\_\_\_. 11ª Conferência Nacional de Saúde 11ª Conferência Nacional de Saúde - O Brasil falando como quer ser tratado: Efetivando o SUS Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social. **Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000, Relatório Final**. 1ª ed. 1ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde. (Série D. Reuniões e Conferências MS) [documento internet] 2003a. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/beb/textocompleto/000536>>. Acesso em: 29 dez. 2008.

\_\_\_\_\_. **Resolução CNS/MS nº 330/03**, de 04 de novembro de 2003. Aplica “**Os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS)**” como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS [documento internet] 2003b. Disponível em: <[conselho.saude.gov.br/resolucoes/2003/Reso330.doc](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2003/Reso330.doc)>. Acesso em: 13 set. 2008.

\_\_\_\_\_. 12ª Conferência Nacional de Saúde – Conferência Sérgio Arouca. **Brasília 7 a 11 de dezembro de 2003: Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde. (Série D. Reuniões e Conferências) [documento internet] 2004. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/04\\_0872\\_M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/04_0872_M.pdf)>. Acesso em: 29 set. 2006.

\_\_\_\_\_. **Princípios e Diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**, 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde - SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c, 24p. (Série B. Textos Básicos em Saúde). [documento internet] 2006. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/miolo\\_pep.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/miolo_pep.pdf)>. Acesso em: 12 ago. 2009.

\_\_\_\_\_. 13ª Conferência Nacional de Saúde – Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento. **Brasília 14 a 18 de**

**novembro de 2007: Relatório Final.** Brasília: Ministério da Saúde. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios) [documento internet] 2008. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/13cns\\_M.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/13cns_M.pdf)>. Acesso em: 13 jul. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 36p. [documento internet] 1997b. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf)>. Acesso em: 17 jul. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges). **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS:** caminhos para a educação permanente em saúde – Pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a, 66p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº 198/04**, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. [documento internet] 2004b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sgtes>>. Acesso em: 12 jul. 2004.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº 01/04**, de 11 de março de 2004. Dispõe sobre o funcionamento da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde. [documento internet] 2004c. Disponível em: <<http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/prtsrgtes.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2010.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº 399/06**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. [documento internet] 2006a.

Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sgtes>>. Acesso em: 13 set. 2007.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº 699/06**, de 30 de março de 2006, que regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de gestão. [documento internet] 2006b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sgtes>>. Acesso em: 24 ago. 2007.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº 1.996/07**, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. [documento internet] 2007a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sgtes>>. Acesso em: 24 ago. 2007.

\_\_\_\_\_. **Termo de Referência**. Objetiva orientar as CIBs e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde sobre as alterações nas estratégias de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e, de forma especial, os técnicos do DEGES/SGTES/Ministério da Saúde para o apoio e cooperação técnica aos demais entes federados. [documento internet] 2007b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sgtes>>. Acesso em: 19 out. 2008.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Departamento de Gestão da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTES). **Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS – ProgeSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c, 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRAVIN, F.P. **Política e Ação Pública**: análise da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, 2008. 120 p. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Curso de Pós-Graduação em Política Social,

Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

CAMPOS, F.E.; PIERANTONI, C.R.; MACHADO, M.H. Conferências de Saúde, o trabalho e o trabalhador da saúde: a expectativa do debate. **Cadernos de RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 9-11, 2006a.

CAMPOS, F.E., *et al.* Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 39-51, 2006b.

CAMPOS, G. W. S. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. **Olho Mágico**, v. 10, n. 2, p. 7-14, abr./jun. 2003.

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, jul/ago, p. 849-859, 2007.

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

CASTRO, A.L.B.; MACHADO, C.V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p. 693-705. 2010.

CASTRO, C.H.A. **Análise da implantação da política de educação permanente no estado de Tocantins**, 2009. 150f. Dissertação (Mestrado em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde) - Curso de Pós-Graduação em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2009.

CASTRO, J.L. **Protagonismo silencioso**: a presença da OPAS na formação de Recursos Humanos em saúde no Brasil, 2008. 207f. Tese (Doutorado em Educação) – Curso de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

CASTRO, J.L.; SANTANA, J.P.; NOGUEIRA, R.P. **Izabel dos Santos**: a arte e a paixão de aprender fazendo. Natal (RN): Observatório RH NESC/UFRN; 2002.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, out/dez, p. 975-986, 2005a.

\_\_\_\_\_. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p.161-168, 2005b.

\_\_\_\_\_. O município na construção do SUS - curso para gestores. **Divulg saúde debate**, Rio de Janeiro, dez, n. 24, p. 106-118. 2001.

CECCIM, R.B.; ARMANI, T.B. Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. **Divulg saúde debate**, Rio de Janeiro, dez, n. 23, p. 30-56. 2001.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Linha de Cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidados para uma outra educação os profissionais da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs). **Gestão em Redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006, p. 165-184.

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

CECILIO, LCO. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 557-566, 2010.

CHANG, M.I.S.; TURCIOS, R.O. Aprendizaje en el trabajo: monitoreo del proceso educativo en un postgrado de salud pública en Honduras. **Educ Med Salud**, Washington, v. 27, n. 4, p. 582-595, 1993.

CHILE. Ministerio de Salud (MS). Departamento de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos. **Manual para la formación de equipos de educación permanente en salud**. Santiago de Chile: MINSAL, 2004. 96 p.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2003, 164 p.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB). Secretaria de Estado da Saúde. Governo de Santa Catarina (SES-SC). **Deliberação 127/CIB/07**, de 04 de outubro de 2007. Homologa os Colegiados de Gestão Regional em número de 15, aprovados na Deliberação 044/CIB de 22 de Junho de 2007. Mudanças pontuais pactuadas, conforme estabelecidas no anexo que faz parte desta Deliberação. [documento internet] 2007a. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/conselhos\\_de\\_saude/CIB/delibera%E7%F5es/deliberacoes2007/DELIBERACAO%20127-CIB-04-10-07.doc](http://www.saude.sc.gov.br/conselhos_de_saude/CIB/delibera%E7%F5es/deliberacoes2007/DELIBERACAO%20127-CIB-04-10-07.doc)>. Acesso em: 27 jul. 2008.

\_\_\_\_\_. **Deliberação 225/CIB/07**, de 17 de dezembro de 2007. Define que as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço atenderão os municípios de acordo com a lógica da regionalização do estado, de forma que nenhum município, assim como nenhum Colegiado de Gestão Regional – CGR, fique sem sua referência a uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço. [documento internet] 2007b. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/conselhos\\_de\\_saude/CIB/delibera%E7%F5es/deliberacoes2007/DELIBERACAO%20225-CIB-17-12-07.doc](http://www.saude.sc.gov.br/conselhos_de_saude/CIB/delibera%E7%F5es/deliberacoes2007/DELIBERACAO%20225-CIB-17-12-07.doc)>.



Acesso em: 27 jul. 2008.

\_\_\_\_\_. **Deliberação 079/CIB/09**, de 16 de julho de 2009. Define a constituição do Colegiado de Gestão Regional – CGR Extremo Oeste – 03, composto pela Região de Saúde formada pelos municípios das Secretarias de Desenvolvimento Regional de São Lourenço do Oeste e Xanxerê, resultando no 16º CGR no Estado de Santa Catarina. [documento internet] 2009. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/conselhos\\_desaude/CIB/delibera%E7%F5es/deliberacaoez2007/DELIBERACAO%20225-CIB-17-12-07.doc](http://www.saude.sc.gov.br/conselhos_desaude/CIB/delibera%E7%F5es/deliberacaoez2007/DELIBERACAO%20225-CIB-17-12-07.doc)>. Acesso em: 21 set. 2009.

\_\_\_\_\_. **Deliberação 205/CIB/09**, de 10 de dezembro de 2009. Define a distribuição dos recursos financeiros da PNEPS para o estado de SC referente ao ano de 2009 e homologa criação da 16ª CIES em função da instituição do 16º CGR que agregou as Regiões de Saúde de São Lourenço do Oeste e Xanxerê e da outras providencias. [documento internet] 2009. Disponível em: <[http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=125&Itemid=128](http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=125&Itemid=128)>. Acesso em: 23 ago. 2010.

COSTA, C.C.C.; *et al.* Curso técnico de enfermagem do PROFAE-Ceará: a voz dos supervisores. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 705-713, out-dez. 2008.

COSTA, C.C.C.; *et al.* Curso Técnico de enfermagem do PROFAE-Ceará: uma análise sob a óptica dos egressos. **Rev Esc Enfem USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 520-527. 2009.

COSTA, P.P. **Dos projetos à política pública, reconstruindo a história da educação permanente em saúde**, 2006. 105 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

COSTA-NETO, M.M. (org.). Programa de Saúde da Família. 3. **Educação Permanente**. Brasília: Ministério da Saúde. [documento internet] 2000. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cad03\\_educacao.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cad03_educacao.pdf)>. Acesso em: 18 dez. 2008.

CUBA. Ministerio de la Salud Pública (MINSAP). **Orientaciones, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana, 1992-2000**. La Habana: Ministerio de la Salud Publica, 1992.

DANIEL, H.B. **Análise da implantação e implementação da política de educação permanente na educação profissional em saúde do Sistema Único de Saúde no estado do Rio Grande do Sul**. 2009. 150 p. Dissertação (Mestrado em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde) - Curso de Pós-Graduação em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2009.

DAVINI, M.C. **Bases metodológicas para la educación permanente del personal de salud**. Publicación n. 19. Washington: OPS/OMS, 1989, 36p.

\_\_\_\_\_. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges) (Org.). **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 39-58 (Série B. Textos Básicos de Saúde).

DELORS, J. **Educação: um tesouro a descobrir – Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI**. 10 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

DEMO, P. Elementos Metodológicos da Pesquisa Participante. In: Brandão CR. **Repensando a Pesquisa Participante**. 3ª ed. (4ª

reimpressão). São Paulo: Brasiliense; 1987 (2010). p. 104-130.

DESLANDES, S.F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde – notas teóricas. In: MERCADO-MARTÍNEZ, F.; BOSI, M.L.M. (org). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004, p. 99-120.

ESTÉVEZ, C.R. Experiencias de Educación para la Salud en Argentina, **Salud Publica Educ Salud**, v. 2, n. 1, p.15-21, 2002.

FAGUNDES, S.M.S. **Águas da Pedagogia da Implicação: intercessões da educação para políticas públicas de saúde**. 2006. 248f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

FARAH, B.F.; PIERANTONI, C.R. A utilização da metodologia da problematização no curso introdutório para saúde da família do pólo de capacitação da UFJF. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora - NATES/UFJF, v. 6, n. 2, p. 108-119, 2003.

FARAH, B.F. **A educação permanente no processo de organização dos serviços de saúde: as repercussões do Curso Introdutório para Equipes de Saúde da Família – experiência no município de Juiz de Fora/MG**. 2006. 270f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

FARIA, R.M.B. **Institucionalização da Política de Educação Permanente para o Sistema Único de Saúde: Brasil 1997-2006**. 2008. 223f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva), – Pós-Graduação em Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FERLA, A.A.; *et al.* Educação permanente e a regionalização do sistema

estadual de saúde na Bahia: ensino-aprendizagem e política de saúde como composição de tempo. **Rev baiana saúde pública**, Salvador, v. 33, n. 1, p. 7-21, jan./mar. 2009.

FERRAZ, F. **O Processo de vinculação da educação continuada em serviço, com a equipe de enfermagem no cuidado terapêutico ao cliente hemato-oncológico adulto**. 2003, 132f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem), Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2003.

\_\_\_\_\_. **Educação permanente/continuada no trabalho: um caminho para a construção e transformação em saúde nos hospitais universitários federais de ensino**, 2005. 267p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

FERREIRA, J.R. Presentación. In: HADDAD, J.Q.; ROSCHKE, M.A.C.; DAVINI, M.C. (Orgs). **Educación Permanente del Personal de Salud**. Washington: OPS (Serie Desarrollo Recursos Humanos, 100); 1994, p. xiii-xv.

FERREIRA, M.A.; *et al.* O significado do Profae segundo os alunos: contribuição para a construção de uma política pública de formação profissional em saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, p. 3, p. 445-452 jul/set. 2007.

FERREIRA, N.F. **A política de educação permanente em saúde para conselheiros e agentes sociais no estado de Mato Grosso (2004-2006): um estudo sobre seu processo decisório**. 2009. 73 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

FEUERWERKER, L.M.C. Educação dos profissionais de saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde.

**Revista da ABENO**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 24-27, 2004.

\_\_\_\_\_. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.18, p.489-506. 2005.

\_\_\_\_\_. Educação na saúde: educação dos profissionais de saúde - um campo de saber e de práticas sociais em construção. **Revista Brasileira Educação Médica**, v. 31, n. 1, p. 3-4, 2007.

FIORI, E.M. Aprender a dizer a sua palavra [prefácio]. FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 41 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005a, p. 7-22.

FLORÉZ, A.L.; BOLAÑOS, F. Desarrollo de competencias para la atención integral. Lecciones aprendidas del programa de capacitación del proyecto salud y nutrición básica en el Perú. In: ROSCHKE, M.A. **Evaluación en procesos de educación permanente y capacitación en salud: experiencias y lecciones**. Washington: OPS (Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud n. 45); 2006, p. 94-113.

FRANCO, T.B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.23, p.427-38, set/dez 2007.

FRANZ, M.S. **Concepções sobre integralidade no processo de trabalho em saúde pelos participantes de um pólo de educação permanente em saúde**. 2006. 133f. Dissertação (Mestrado em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde) - Curso de Pós-Graduação em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2006.

FREIRE, P. **Pedagogia da Esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. 5 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998, 245 p.

\_\_\_\_\_. **Educação e Mudança.** 23 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999, 79 p.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da Indignação.** Cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: UNESP, 2000.

\_\_\_\_\_. **Conscientização – teoria e prática de libertação:** uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3 ed. São Paulo: Centauro, 2001, 116 p.

\_\_\_\_\_. **Política e Educação:** ensaios. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2003, 91 p.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do Oprimido.** 41 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005a, 213 p.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da Autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 31 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005b, 148 p.

\_\_\_\_\_. **Extensão ou Comunicação.** 13 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006, 93 p.

\_\_\_\_\_. **Ação cultural para a liberdade e outros escritos.** 12 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007a, 176 p.

\_\_\_\_\_. **Educação como prática da liberdade.** 30 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007b, 158 p.

\_\_\_\_\_. Globalização, ética e solidariedade. In: DAWBOR, L.; IANNI, O.; In: DAWBOR, L.; IANNI, O.; RESENDE, P.E.A. (Org.). **Desafios da Globalização.** Petrópolis: Vozes, 1997.

FREIRE, P.; SHOR, I. **Medo e Ousadia**: o cotidiano do professor. 12 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008, 224 p.

FREIRE, A.M.A. Inédito viável. STRECK, D.R.; REDIN, E.; ZITKODKI, J.J. (Orgs). **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008, p. 231-234.

\_\_\_\_\_. A voz da esposa a trajetória de Paulo Freire. In: GADOTTI, M. (Org.) **Paulo Freire**: uma biobibliografia. São Paulo: Cortez: Instituto Paulo Freire: UNESCO, 1996, p. 27-67.

FREY, K. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de Políticas Públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, [online] Brasília, n. 21, p. 211-259, jun. 2000. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/ppp/pdf/ppp21.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2010.

FURTER, P. A Educação Permanente na perspectiva do desenvolvimento cultural. In: \_\_\_\_\_. **Educação Permanente e desenvolvimento cultural**. Petrópolis: Vozes, 1974. p. 111-159.

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

\_\_\_\_\_. A voz do biógrafo brasileiro a prática à altura do sonho. In: GADOTTI, M. (Org.) **Paulo Freire**: uma biobibliografia. São Paulo: Cortez: Instituto Paulo Freire: UNESCO, 1996, p. 69-115.

\_\_\_\_\_. **Perspectivas atuais da educação**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

\_\_\_\_\_. **Educação e poder**: introdução à pedagogia do conflito. 12 ed.

São Paulo: Cortez Editora, 2001.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GARCÍA, V.; IRMA F. Una experiencia educativa como propuesta de capacitación para los equipos locales de salud del MSAS. **Acta Odontol Venez**, Caracas, v. 37, n. 1, p. 79-93, 1999.

GIL, C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, 2005.

GRUPO DE ESTUDOS-UFPR. Paulo Freire – vida e obra: um desafio de produção coletiva. In: SOUZA, A.I.; SCHNORR, G.M.; SCHWENDLER, S.F. *et al.* (Org.) **Paulo Freire: vida e obra**. São Paulo: Expressão Popular, 2001, p. 21-29.

GRYSCHÉK, A.L.F.P.L.; *et al.* Projeto larga escala: uma proposta pedagógica atual. **Rev Esc Enf USP**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 196-201. 2000.

GUARESCHI, P. Empoderamento. In: STRECK, D.R.; REDIN, E.; ZITKODKI, J.J. (Orgs). **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008, p. 165-166.

GUTIÉRREZ, H.V. Codificação/Decodificação. In: STRECK, D.R.; REDIN, E.; ZITKODKI, J.J. (Orgs). **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008, p. 80-82.

GUZMÁN, M.C.; PÉREZ, D.M.; BOFFILL, I.G. Conocimientos de los facilitadores sobre la educación permanente. **Rev Cubana Enfermer**, La Habana, v. 17, n. 3, p. 158-162, 2001.



HADDAD, J.Q.; CANALES, F.H. Capacitación de personal para la meta de salud para todos en el año 2000 y la estrategia de atención primaria: una propuesta metodológica. **Educ Med Salud**, Washington, v. 17, n. 1, p. 69-87, 1983.

HADDAD, J.Q.; MOJICA, M.J.; CHANG, M.I. Proceso de Educación Permanente en Salud. **Educ Med Salud**, Washington, v. 21, n. 1, p. 11-29, 1987.

HADDAD, J.Q.; ROSCHKE, M.A.C.; DAVINI, M.C. Elementos para el análisis y la caracterización del contexto en que se dan los procesos educativos en los servicios de salud. Tendencias y perspectivas. In: \_\_\_\_\_. (Orgs). **Educación Permanente del Personal de Salud**. Washington: OPS (Serie Desarrollo Recursos Humanos, 100); 1994, p. 1-30.

\_\_\_\_\_. Proceso de trabajo y educación permanente de personal de salud: reorientación y tendencias en América Latina. **Educ Med Salud**, Washington, v. 24, n. 2, p. 136-204, 1990.

HADDAD, J.Q.; DAVINI, M.C.; ROSCHKE, M.A.C. ¿Por qué esta obra?. In: HADDAD, J.Q.; ROSCHKE, M.A.C.; DAVINI, M.C. (Orgs). **Educación Permanente del Personal de Salud**. Washington: OPS (Serie Desarrollo Recursos Humanos, 100); 1994, p. xvii-xxiii.

HADDAD, A.E.; *et al.* Política Nacional de Educação na Saúde. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 32, supl 1, p. 98-114, 2008.

HEIDEMANN, I.T.S.B. **A promoção da saúde na concepção dialógica de Freire**: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família, 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 296p.

JARDINES, J.B.M; ANEIROS-RIBA, R.; SALAS-PEREA, R.S. Cuba: recursos humanos en la atención primaria de salud y su estrategia de desarrollo. **Educ Med Salud**, Washington, v. 27, n. 2, p. 145-159, 1993.

KLEBA, M.E.; COMERLATTO, D.; COLLISELLI, L. Promoção do empoderamento com conselhos gestores de um pólo de educação permanente em saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 335-342. 2007.

LEMOS, M.; FONTOURA, M.S. A integração da educação e trabalho na saúde e a política de educação permanente em saúde do SUS-BA. **Rev baiana saúde pública**, Salvador, v. 33, n. 1, p. 113-120, jan/mar. 2009.

LINO, M.M.; *et al.* A realidade da educação continuada na enfermagem nos serviços públicos de saúde de Florianópolis. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 6, p. 1-16, 2007.

\_\_\_\_\_. Educação Permanente dos Serviços Públicos de Saúde de Florianópolis, Santa Catarina. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7 n. 1, p. 115-136, 2009.

LLORENS, J.A. Educación Permanente en Salud: posibilidades y limitaciones. **Educ Med Salud**, Washington, v. 20, n. 4, p. 513-523, 1986.

LOPES, S.R.S.; *et al.* Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Com Ciências Saúde**, Brasília, v. 18, n. 2, p. 147-155, 2007.

LUZ, M.T. Prometeu Acorrentado: análise sociológica da categoria produtividade e as condições atuais da vida acadêmica. **PHYSIS: Rev Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.39-57, 2005.

MARANDOLA, T.R.; *et al.* Educação permanente em saúde: conhecer para compreender. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 10, n. 2, p. 53-60, jun. 2009.

MATUTE, R.M. **Propuesta de un modelo de monitoria y evaluación de las etapas de planificación, programación y ejecución de la educación permanente, para su aplicación en el nivel local de la Región de Salud No.1 del Ministerio de Salud Pública de Honduras**, 1994. 159p. Tesis (Master en Gerencia Pública de la Salud) – Instituto Centroamericano de Administración Pública, San José, Costa Rica, 1994.

MEDINA, W.H. **Formação dos Profissionais de Saúde: uma análise dos Cursos de Especialização do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para a Saúde da Família – Bahia**. 2007. 124f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) - Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

MEJÍA, A. Educación Continua. **Educ Med Salud**, Washington, v. 20, n. 1, p. 43-71, 1986.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MÉNDEZ, C.A. Los recursos humanos de salud en Chile: el desafío pendiente de la reforma. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 26, n. 3, p. 276-280, 2009.

MENDONÇA, F.F. **Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: Percepções de Tutores e Facilitadores**. 2008. 146f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008.

MERCADO-MERTÍNEZ, F.; BOSI, M.L.M. Notas para um debate. In: \_\_\_\_\_ (org). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004, p. 23-71.

MERHY, E.E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p.172-174, 2005.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER L.C.M.; CECCIM R.B. Educación Permanente en Salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Coletiva**, Buenos Aires, v.2, n. 2, p. 147-160, 2006.

MÉXICO. Secretaría de Salud (SS). Dirección General de Enseñanza en Salud (DGRES). **Programa de educación continua para técnicos en atención primaria a la salud. Material de autoestudio I**. México (DF): Secretaría de Salud, 1994, 77p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2004.

MONTEIRO, P.H.N.; *et al.* Avaliação pedagógica nos cursos do Pólo de Educação Permanente da Grande São Paulo: fragilidades e desafios. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 336-345, jul/set. 2007.

MOTTA, J.I.J. **Educação Permanente em Saúde: da política do consenso a construção do dissenso**. 1998. 224f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

MOTTA, J.I.J.; *et al.* Educação permanente em saúde. **Revista Olho Mágico**. Londrina, v. 9, n. 1, p. 68-73, 2002.

MUROFUSE, N.T.; *et al.* Diagnóstico da situação dos trabalhadores em saúde e o processo de formação no pólo regional de educação permanente em saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, p. 314-320. mai-jun. 2009.

NASCIMENTO, L.C. **Rede de Política Pública**: estudo de caso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais - SUS/MG. 2007. 140f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Curso de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

NEGRI, B.; SANTOS, G.F. Apresentação. In: CASTRO, J.L. (org). **PROFAE**: educação profissional em saúde e cidadania. Brasília (DF): MS; 2002. p.11-2.

NICOLETTO, S.C.S; *et al.* Pólos de Educação Permanente em Saúde: uma análise da vivência dos atores sociais no norte do Paraná. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 209-219, jul/set. 2009

NIETSCHE, E.A. As Teorias da Educação e o Ensino da Enfermagem no Brasil. In: SAUPE, R. (Org.). **Educação em Enfermagem**: da realidade construída a possibilidade em construção. (Série Enfermagem – REPENSUL). Florianópolis: Editora da UFSC, 1998, p. 119-161.

NORONHA-FILHO, A. **Recursos Humanos em Saúde**: avaliação dos impactos do PROFAE nas condições de vida dos trabalhadores atendidos pelo projeto em Boa Vista-RR. 2009. 97f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) - Curso de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Maranhão, São Luis, 2009.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Séptimo Programa General de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud (1984-1989 Inclusive)**. Tema 13 del programa provisional CD28/6 (Esp.). Washigton, set/oct. 1981. 124p. Disponível em

<<http://hist.library.paho.org/Spanish/GOV/CD/25756.pdf>>. Acesso em: 28 mai. 2010.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Educación Permanente de Personal de Salud en la Región de las Américas**. Fascículo 1. Propuesta de Reorientación. Fundamentos. n. 78. 2 ed, 1988, 58p. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos). Disponível em <<http://hist.library.paho.org/Spanish/DRH/1740.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2010.

\_\_\_\_\_. **Educación permanente en salud informes finales de tres grupos de trabajo: Rol de la Universidad, Washington, 1992; Identificación de Necesidades, México, 1992; Monitoreo de Procesos Educativos, Antigua, 1991**. n. 94, 1993, 54p. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS); ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Reunión de Ministros de Salud: Grupo de Estudio. Documento Oficial n° 51. **Relatório**. Washington, 1963. 168 p. Disponível em <<http://hist.library.paho.org/English/OD/33841.pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2010.

\_\_\_\_\_. **Plan Decenal de Salud para las Americas: Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Americas**. Documento Oficial No. 118. Washington, enero, 1973a. 146 p. Disponível em <<http://hist.library.paho.org/English/OD/34900.pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2010.

\_\_\_\_\_. **Informe sobre de la III Reunión Especial de Ministros de Salud y medidas necesarias para dar cumplimiento as decisiones adoptadas**. 70ª Reunión, Tema 17 del proyecto de programa CE70/7 (Esp). Washigton, jul-ago. 1973b. 7p. Disponível em <[http://hist.library.paho.org/spanish/GOV/CE/CE70\\_7.pdf](http://hist.library.paho.org/spanish/GOV/CE/CE70_7.pdf)>. Acesso em: 24 mai. 2010.

\_\_\_\_\_. **Objetivos y Prioridades del Programa de la Organización de acuerdo con las recomendaciones de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Americas.** Tema 21 del proyecto de programa CD22/17 (Esp.). Washigton, set/oct. 1973c. 118p. Disponível em <<http://hist.library.paho.org/Spanish/GOV/CD/49226.pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2010.

\_\_\_\_\_. **Informe de la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de la Americas.** Tema 36 del programa CD25/32 (Esp.). Washigton, set/oct. 1977. 12p. Disponível em <<http://hist.library.paho.org/Spanish/GOV/CD/26237.pdf>>. Acesso em: 23 mai. 2010.

\_\_\_\_\_. La Serie Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS. **Educ Med Salud**, Washington, v. 27, n. 3, p. 408-413, 1993.

\_\_\_\_\_. Grupo de trabalho sobre educación permanente em salud. **Educ Med Salud**, Washington, v. 29, n. 3-4, p. 344-359, 1995.

\_\_\_\_\_. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud (HSR-HSP). **El desafío educativo de las reformas sectoriales: cambios en la capacitación y la evaluación para el trabajo en salud.** Grupo de Trabajo sobre Evaluación de la Capacitación en Salud. Buenos Aires, jun/jul. 1997. 39p.

\_\_\_\_\_. **Desarrollo y Fortalecimiento de la Gestión de los Recursos Humanos en el Sector Salud.** 43° Consejo Directivo. Punto 4.5 del Orden del dia provisional CD43/9 (esp.). Washington, sep 2001a. 14p. Disponível em <[http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd43\\_09-s.pdf](http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd43_09-s.pdf)>. Acesso em: 15 jul. 2010.

\_\_\_\_\_. **Resolución CD42R.6, do 43° Consejo Directivo.** Washington, sep 2001b. Disponível em <[http://www.paho.org/spanish/gov/cd/ftcd\\_43.htm#R4](http://www.paho.org/spanish/gov/cd/ftcd_43.htm#R4)>. Acesso em: 26 jul. 2010.

\_\_\_\_\_. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos (HSR). División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP). **La Capacitación del Personal de los Servicios de Salud en Proyectos Relacionados con los Procesos de Reforma Sectorial**. Washington: OPS/OMS, 2002. 91p. (Serie Observatorio de Recursos Humanos de Salud n. 3).

\_\_\_\_\_. Ministerio de Salud de Canadá. Ministerio de Salud y Cuidados Prolongados de la Provincia de Ontario. **Llamado a la Acción de Toronto 2006-2015**: hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas. Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud. Toronto: OPS/OMS, 2005. 9p.

\_\_\_\_\_. 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana. 59ª Sesión del Comité Regional. **Metas Regionais en Materia de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015**. Punto 4.6 del orden del día CSP27/10 (Esp.). Washigton, jul. 2007a. 12p. Disponível em <<http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-10-s.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. Las Políticas Públicas y los Sistemas y Servicios de Salud. In: \_\_\_\_\_ (org.). **Salud en las Américas 2007**. v. 1. Washigton: OPS/OMS, 2007b. p. 314-405. Disponível em <<http://www.paho.org/hia/home.html>>. Acesso em: 15 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. Unidade de Desenvolvimento de Recursos Humanos. **Observatorio de Recursos Humanos en Salud en las Américas 1999-2004**: Lecciones aprendidas y expectativas para el futuro. In: \_\_\_\_\_ (org.). Observatorio de Recursos Humanos en Salud en Brasil. Estudios y Análisis. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, s/d. p. 261-272.

PADILHA, M.I.C.S., *et al.* A responsabilidade do pesquisador ou sobre o que dizemos acerca da ética em pesquisa. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 1, jan/mar, p. 96-105, 2005.

PAIM, J.S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In:



ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) **Epidemiologia e saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, p. 567-586.

PAIVA, C.H.A. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Reforma de Recursos Humanos na Saúde na América Latina (1960-70). **Sítio do Observatório História e Saúde (OPAS/OMS-COC/FIOCRUZ)**. v. 1. p. 1-32, 2004.

PIERANTONI, C.R. Recursos humanos e gerência no SUS. In: VIANA, A.L.D.; BARJAS, N. (org). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios**. São Paulo: Sobrevive, Cealog; 2002; p. 609-630.

PIERANTONI, C.R.; *et al.* Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 685-703, 2008.

PIMENTA, A.L.; LIVORATO, F. Educação permanente: ferramenta para qualificar os sistemas municipais de saúde. **Divulg saúde debate**, Rio de Janeiro, maio, n. 44, p. 85-99. 2009.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B. *Experienciação*, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. (Orgs). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005, p. 13-35.

PINTO, E.E.P.; *et al.* Desdobramentos da educação permanente em saúde no município de Vitória, Espírito Santo. **Trab Educ Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p.77-96, mar/jun. 2010.

RABELO, E.R. Por que faço e não publico? Parte 1. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 208, 2010.

RIGOLI, F.; ROCHA, C.F.; FOSTER, A.A. Desafios críticos dos recursos humanos em saúde: uma visão regional. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 7-16, 2006.

RODRIGUES, T.M. **Políticas de educação profissional em saúde: projeto larga escala e educação permanente - uma análise comparativa**. 2009. 215f. Dissertação (Mestrado em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde) - Curso de Pós-Graduação em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2009.

ROSCHKE, M.A.C.; CASAS, M.E.D. Contribución a la formulación de un marco conceptual de educación continua en salud. **Educ Med Salud**, Washington, v. 21, n. 1, p. 1-10, 1987.

ROSCHKE, M.A.C.; DAVINI, M.C.; HADDAD, J.Q. Educación permanente y trabajo en salud: un proceso en construcción. **Educ Med Salud**, Washington, v. 27, n. 4, p. 466-488, 1993.

ROSSATO, R. Práxis. In: STRECK, D.R.; REDIN, E.; ZITKODKI, J.J. (Orgs). **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008, p. 331-333.

ROVERE, M.R. Gestión estratégica de la educación permanente en salud. In: HADDAD, J.Q.; ROSCHKE, M.A.C.; DAVINI, M.C. (Orgs). **Educación Permanente del Personal de Salud**. Washington: OPS (Serie Desarrollo Recursos Humanos, 100); 1994, p. 63-106.

SANTOS, R. **Formação e desenvolvimento de recursos humanos no SUS: análise dos projetos dos Pólos de Educação Permanente em Santa Catarina**. 2007. 111f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

SARRETA, F.O. O pólo de educação permanente em saúde e a

construção de estratégias coletivas para a formação dos trabalhadores no SUS. **Serviço Social & Realidade**. v. 14, n. 2, p. 171-188. 2005.

\_\_\_\_\_. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. 2009. 232f. Tese (Doutorado em Serviço Social), – Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho/Franca, Franca, 2009.

SATO, W.N.S.; CECÍLIO, L.C.O.; ANDREAZZA, R. A educação permanente em saúde como estratégia de formação de gestores municipais: o Fórum de Educação Permanente de Bragança Paulista. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**. v.14, n. 55, p. 43-62, jul/dez. 2009.

SAUPE, R. Avaliação do processo de educação permanente em Atenção Básica. **Projeto de Pesquisa**. Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI. Financiado pelo CNPq e Fundação de Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, 2006.

\_\_\_\_\_. **Preparo do Enfermeiro para ser Educador: realidade e possibilidades**. Florianópolis: Livro Virtual, 1999. [documento internet] Disponível em: <[http://www.ccs.ufsc.br/enfermagem/educacao/livro\\_virtual](http://www.ccs.ufsc.br/enfermagem/educacao/livro_virtual)>. Acesso em: 02 jan. 2009.

SAUPE, R.; BRITO, V.H.; GIORGI, M.D.M. Utilizando as concepções do educador Paulo Freire no pensar e agir da Enfermagem. In: SAUPE, R. (org.) **Educação em Enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1998, p. 244-272.

SAUPE, R.; CUTOLO, L.R.A.; SANDRI, J.V.A. Construção de descritores para o processo de educação permanente em atenção básica. **Trab Educ Saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 433-452, nov2007/fev2008.

SAYD, J.D.; VIEIRA-JUNIOR, L.; VELANDIA, I.C. Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992). **Physis: Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 165-195, 1998.

SCHMIDT, S.M.S. **Educação Continuada no Trabalho: possibilidades e limites para construção de uma política institucional transformadora**. 2002. 159f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2002.

SCHOTT, M. **Análise das Instâncias Gestoras Constituídas na Implementação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde no Estado do Rio de Janeiro**. 2008. 136f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

SERRANO, C.R.; *et al.* Educación permanente para la reorganización de los servicios de salud en Bolivia: modelo construido por aproximaciones sucesivas en base a su monitoreo. **Educ Méd Salud**, Washington, v. 27, n. 4, p. 596-617, 1993.

SILVA, T.A.M. **Trajetória profissional na estratégia saúde da família: em foco a contribuição dos cursos de especialização**. 2009. 156f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

SILVA, V.R.; SILVIA, M.G.; SANTOS, L.B.O. Proposta pedagógica do PROFAE na perspectiva dos enfermeiros instrutores. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 284-289, maio-jun. 2005.

SILVÉRIO, J.B. Programa de educação permanente para médicos de família. **Rev Med Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 18, n. 60 (Sup. 4), p. s60-s6. 2008.

SIMÃO-JORGE, J. Glossário. In: GADOTTI, M. (Org.) **Paulo Freire: uma biobibliografia**. São Paulo: Cortez: Instituto Paulo Freire: UNESCO, 1996, p. 709-732.

SMAHA, I.N.; CARLOTO, C.M. Educação permanente: da pedagogia para a saúde. In: ALVES, G.; MONTEIRO, A.Q.; BATISTA, R.L.; (org). **VII Seminário do Trabalho: trabalho, educação e sociabilidade**; 24-28 maio 2010, Marília, SP. São Paulo: UNESP; 2010. [acesso em 30 out 2010]. Disponível em: <[http://www.estudosdotrabalho.org/anais-vii-7-seminario-trabalho-ret2010/india\\_nara\\_smaha\\_cassia\\_maria\\_carloto\\_educacao\\_permanente\\_da\\_pedagogia\\_para\\_a\\_saude.pdf](http://www.estudosdotrabalho.org/anais-vii-7-seminario-trabalho-ret2010/india_nara_smaha_cassia_maria_carloto_educacao_permanente_da_pedagogia_para_a_saude.pdf)>

SOUZA, H.M. Programa saúde da família: Entrevista. **Rev. Bras. Enfermagem**. Brasília, v. 53, n. especial, dez., p.7-16, 2000.

SOUZA, H.M., *et al.* Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Programa Saúde da Família. In: BRASIL, Ministério da Saúde (MS). **Política de recursos humanos em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, p. 147-155.

TANCREDDINI, F.B.; BARRIOS, S.R.L.; FERREIRA, J.H.G. Planejamento em Saúde. Livro 2. In: VECINA NETO, G.; CUTAIT, R.; TERRA, V. **Saúde e Cidadania**. Brasília: MS, s/d. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala\\_de\\_leitura/saude\\_e\\_cidadania/ed\\_02/03\\_02.html](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_02/03_02.html)>. Acesso em: 04 jun. 2010.

TARROW, S. **Power in Movement: social movements, collective action and politics**. Nova Iorque: Cambridge University Press, 1994.

TURAZZI, M.C. **A especialização em saúde da família e a pedagogia crítica**, 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Curso de Pós-Graduação em Ciências, São Paulo, 134 p.

UGÁ, M.A.; *et al.* Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 417-37, 2003.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). Fundação Faculdade de Medicina (FFM). Departamento de Medicina Preventiva. Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde. **Relatório Final**. Coordenação de Ana Luiza D'Ávila Viana. São Paulo: FM/USP, 2008, 255 p.

VIDAL, C. El desarrollo de recursos humanos en las Américas. **Educ Méd Salud**, Washington, v. 18, n. 1, p. 9-33, 1984.

VIDAL, C.; GIRALDO, L.E.; JOUVAL, H. La Educación Permanente en Salud en America Latina. **Educ Méd Salud**, Washington, v. 20, n. 4, p. 495-512, 1986.

VIEIRA, A.G.R. **Educação permanente em saúde no programa saúde da família em Montes Claros**: intenções, realidades e possibilidades. 2006. 188f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Social) – Curso de Pós-Graduação em Desenvolvimento Social, Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, 2006.

ZITKOSKI, J.J. Ser mais. In: STRECK, D.R.; REDIN, E.; ZITKODKI, J.J. (Orgs). **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008, p. 380-382.

## APÊNDICES





## APÊNDICE 1 - Matriz 1 - organização e análise dos dados da revisão integrativa de literatura

N.I. = Não informado / N.A. = Não se aplica Código sobre vínculo dos autores: Pb = público / Pv = privado / IES = ensino / AS = assistência saúde / CA-SMS-SES-MS = cargo administrativo / EX = exterior								
#	Tipo Pub	Autor/ Ano/sexo	Inst./Vínculo/ Periódico	Objetivo estudo	Dimensão/Título	Metodologia	Achados/conclusões	Projetos, Programas ou Políticas de EPS do Brasil
			<i>Instituição:</i>		<i>Dimensão:</i>	<i>Proposta Teórica:</i>		
			<i>Vínculo autores:</i>		<i>Título:</i>	<i>Tipo: Método: Lugar: Participantes: Técnicas coleta: Análises: Dimensão ética:</i>		
			<i>Revista:</i>					
#	Tipo Pub	Autor/ Ano/sexo	Inst. Defesa/ Programa	Objetivo estudo	Dimensão/Título	Metodologia	Achados/conclusões	Projetos, Programas ou Políticas de EPS do Brasil
					<i>Dimensão:</i>	<i>Proposta Teórica:</i>		
					<i>Título:</i>	<i>Tipo: Método: Lugar: Participantes: Técnicas coleta: Análises: Dimensão ética:</i>		



## APÊNDICE 2 - Guia de Observação Participante

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

**Projeto de Pesquisa:** Contexto e processo de desenvolvimento das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço: perspectiva dos sujeitos sociais pautada na concepção dialógica de Freire

**Pesquisadora Principal:** Enf<sup>a</sup> Dda. Fabiane Ferraz

**Pesquisadora Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vânia Marli Schubert Backes

**Pesquisador Co-Orientador:** Prof. Dr. Francisco Javier Mercado-Martinez

### *Guia de Observação Participante*

Serão observados os participantes da pesquisa nas reuniões mensais das CIES. Os registros objetivos e subjetivos\* das observações serão realizados em “Caderno de Campo”, orientado a partir dos aspectos abaixo relacionados. O presente roteiro poderá incorporar outros elementos no decorrer do processo de observação participante.

Data Reunião da CIES: \_\_\_\_\_

Observação n<sup>o</sup>: \_\_\_\_\_


Local: \_\_\_\_\_

ASPECTOS	REGISTROS OBJETIVOS	REGISTROS SUBJETIVOS
<b>Organização/Planejamento das Reuniões/ Agendas de trabalho</b> - número de pessoas envolvidas na organização - como ocorre e o que utilizam - que recursos disponibilizam		
<b>Desenvolvimento das Reuniões/Agenda de trabalho, junto aos atores sociais (sujeitos da investigação)</b> - n <sup>o</sup> de sujeitos da investigação, sua		

\* Impressões pessoais da mediadora – participante-observadora

<p>formação e representatividade</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- n° de participantes externos</li><li>- temas abordados</li><li>- forma de participação</li><li>- como demonstram atitudes e manifestações em relação as suas ações/funções/inserção nas CIES</li><li>- como demonstram atitudes e manifestações em relação aos pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde</li><li>- como demonstram atitudes e manifestações em relação às ações propostas na agenda</li><li>- como ocorre o processo de avaliação das propostas/projetos apresentados às CIES</li></ul>		
--	--	--

## APÊNDICE 3 - Resumo do Projeto entregue aos Participantes da Investigação

 <p>Universidade Federal de Santa Catarina</p>	 <p>Programa de Pós-Graduação em Enfermagem</p>	<p><b>PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM</b></p>	 <p>UFSC CCS centro de referência em saúde - CCS INSTITUTO DE ENFERMAGEM UFSC</p>
<b>RESUMO DO PROJETO DE TESE DOUTORADO EM ENFERMAGEM</b>			
<b>I. TÍTULO</b>			
Contexto e processo de desenvolvimento das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço: perspectiva dos sujeitos sociais pautada na concepção dialógica de Freire			
<b>II. PESQUISADORES</b>			
<b>Pesquisadora responsável:</b> Dda. Fabiane Ferraz			
<b>E-mail:</b> olaferraz@yahoo.com.br <b>Fone:</b> (48) 3206-3243 / 8833-3243			
<b>Pesquisadores orientadores:</b>			
- Dra. Vânia Marli Schubert Backes (Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, Pesquisadora CNPq – E-mail: oivania@nfr.ufsc.br – Fone: (48) 9963-3838)			
- Dr. Francisco Javier Mercado (Professor e Pesquisador do Programa de Investigação e Avaliação Qualitativa em Saúde da Universidade de Guadalajara – México)			
<b>III. PERGUNTA DE PESQUISA</b>			
Como se efetiva a estratégia de desenvolvimento – Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço – da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, ligadas a dois Colegiados de Gestão Regional, no estado de Santa Catarina, na perspectiva dos sujeitos sociais envolvidos?			
<b>IV. OBJETIVOS DA PESQUISA</b>			
Analisar como se efetiva a estratégia de desenvolvimento – Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) – da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, na perspectiva dos sujeitos sociais envolvidos em duas comissões que realizam ações, produzindo ou não, mudanças que contemplam a referida política.			
Estimular a práxis crítico-reflexiva no processo de trabalho das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), a partir dos temas geradores que surgirem, por meio da concepção dialógica de Paulo Freire.			

**V. TESE**

A instituição da Política de Educação Permanente em Saúde, por meio das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço, efetiva-se a partir do compromisso concreto dos sujeitos sociais envolvidos no processo, bem como de suas articulações políticas com as diferentes esferas de gestão, atenção, ensino e controle social, sendo que este compromisso pode ser expresso por meio da práxis, da defesa e da ação continuada e concreta dos interesses coletivos, em detrimento de interesses individuais e/ou de pequenos grupos.

**VI. DESENHO METODOLÓGICO:**

O método utilizado é uma adequação da “Investigação Temática” proposta por Freire (2001, 2005a, 2006, 2007a), a qual pode ser compreendida como uma pesquisa qualitativa dentro de um paradigma participativo, visto que tem por finalidade o envolvimento com os sujeitos sociais, a reflexão crítica e a transformação da realidade (MERCADO; BOSI, 2004).

**VII. PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS PARA COLETA DAS INFORMAÇÕES**

- a) observação participante das reuniões, encontros ou alguma atividade específica de discussão das CIES no período da coleta das informações;
- b) investigação temática que inicia com a composição do “Círculo de Investigação” e apresenta as etapas de “investigação dos temas geradores”, de “codificação” dos temas geradores, e, de “decodificação e desvelamento crítico” da realidade (Freire, 2005a), todas permeadas pelo diálogo em grupo.

**VIII. SUJEITOS DA PESQUISA**

Sujeitos sociais que compõem as duas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço participantes do estudo.

**IX. CONVITE E SENSIBILIZAÇÃO DAS CIES E DOS SUJEITOS SOCIAIS ENVOLVIDOS**

- A escolha das duas CIES ocorrerá de modo intencional, visto a minha facilidade de estada em suas cidades-sede.
- O contato inicial ocorreu com a Coordenação da Divisão de Educação Permanente da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina ,durante o ano de 2008, e ainda, com os representantes/coordenadores/articuladores das CIES selecionadas para fazer parte do estudo no mês de dezembro de 2008 e março de 2009.
- A proposta será formalmente apresentada aos sujeitos sociais das CIES selecionadas na reunião do mês de março ou de abril de 2009, salientando a importância do estudo e do envolvimento dos sujeitos na pesquisa.
- Após o aceite das CIES, solicitarei a **Declaração de Anuência e Autorização da Instituição** em “papel timbrado” assinada pelo representante/coordenador/articulador, autorizando a realização da pesquisa, a qual será encaminhada, no mês de abril de 2009, junto com os demais documentos necessários, ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

**X. TEMPO DE REALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO TEMÁTICA**

- Período: maio a dezembro de 2009
- O início da pesquisa ocorrerá a partir do encontro da pesquisadora-mediadora, no mês maio de 2009, com os sujeitos sociais das CIES como participantes da pesquisa, sendo um encontro destinado ao esclarecimento de possíveis dúvidas que ficaram da apresentação formal do projeto de pesquisa ocorrida no mês de abril, entrega e

assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como da composição do Círculo de Investigação com a apresentação formal de todos os sujeitos sociais das CIES que aceitaram participar da pesquisa. Ainda, solicitarei a indicação de um ou mais membros do Círculo de Investigação como auxiliar(es) da pesquisa;

- Os participantes do Círculo de Investigação irão determinar o número e o tempo dos encontros mensais para a realização da Investigação Temática. Inicialmente, pensamos em realizar **um encontro mensal**, com uma carga horária de **duas horas de duração**, porém, como referido, quem decidirá serão os participantes dos Círculos de Investigação.

- A observação participante ocorrerá nas reuniões de trabalho determinadas pelas CIES participantes.

## **XI. ORGANIZAÇÃO, REGISTRO DAS INFORMAÇÕES E MATERIAL DE APOIO**

a) diário de campo: para as observações participantes das reuniões das CIES, a partir do guia de observação. Ainda, as reações dos sujeitos nas várias formas de expressão (verbal e não verbal) serão registradas em notas subjetivas do diário de campo, bem como as principais impressões da pesquisadora/mediadora;

b) arquivo de documentos: caso o(s) auxiliar(es) de pesquisa selecionar(em) alguns documentos sobre as CIES que considerar(em) indispensável a pesquisadora/mediadora conhecer para a compreensão do contexto da investigação, estes poderão ser incorporados na coleta. Para tanto, será realizada uma leitura prévia, selecionando para reprodução em cópias xerográficas, com a devida autorização dos responsáveis, e também, se utilizará como recurso gravar em pen drive os que estiverem disponíveis na forma digital. Em relação aos materiais (documentos, cartazes, desenhos, entre outros) produzidos pelos Círculos de Investigação durante o processo da Investigação Temática, serão separados e guardados em pasta-arquivo;

c) gravar em áudio (gravador digital): será utilizado para as atividades dos Círculos de Investigação durante o processo de Investigação Temática, conferindo maior segurança ao processo de coleta das informações.

## **XII. ANÁLISE E VALIDAÇÃO DOS DADOS**

Devido ao referencial teórico-metodológico preconizar um processo dialógico, crítico e participativo entre os sujeitos da investigação, evidenciamos que a **análise dos dados ocorrerá concomitantemente à coleta**. Desse modo, em todas as etapas da Investigação Temática, a pesquisadora/mediadora realizará a transcrição do material gravado em áudio, fará a organização dos registros da observação participante, do material produzido pelos sujeitos nos Círculos de Investigação e das informações disponibilizadas pelo(s) auxiliar(es) da investigação. Este material será lido exaustivamente pela pesquisadora/mediadora buscando sistematizar as informações (redução temática) e apresentá-las de modo organizado aos sujeitos participantes no início de cada novo encontro. Eles irão validar o que estará sendo apresentado e prosseguirão na etapa da Investigação Temática.

Para sistematização das informações em cada etapa da Investigação Temática, nos guiaremos pela proposta de Saupe (1999, s/p.), a qual apresentou que o processo de redução temática pode ser realizado por meio de polos de concentração, que se trata de agrupamento conforme os significados das informações referidas pelos sujeitos da investigação. Os polos de investigação são denominados por Saupe (1999, s/p) como:

a) polos universais ou gerais: quando presentes com frequência, caracterizando a unidade, homogeneidade, igualdade e uniformidade dos dados;

b) polos particulares ou específicos: quando indicam a diversidade ou singularidade dos dados;

c) polos omissos: aspectos que deveriam ou poderiam estar presentes, mas não foram evidenciados nos dados.

Convém destacar que este processo ocorrerá ao longo de toda a Investigação Temática, ou seja, desde o levantamento dos temas geradores até o desvelamento crítico da realidade, pois, assim, é possível apreender a perspectiva coletiva, sem negar contribuições singulares expressas pelos sujeitos dos Círculos de Investigação, bem como aquelas originárias da observação participante da pesquisadora-mediadora. Para composição final do trabalho de tese, será procedida a reorganização dos registros na forma discursiva e descritiva, utilizando-se da discussão, da inferência e da interpretação (SAUPE, 1999, s/p.).

### **XIII. DIMENSÃO ÉTICA DO ESTUDO**

Depois da aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, iniciaremos o estudo, sendo que, no primeiro encontro do mês de maio de 2009, será realizada a entrega e a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos sujeitos sociais esclarecendo possíveis dúvidas sobre o estudo.

A inclusão das CIES, bem como dos participantes, obedecerá ao previsto na Resolução nº 196/96 (BRASIL/MS/CNS, 1996), que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentares da pesquisa envolvendo seres humanos, especialmente em relação aos quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, que visam assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado, sendo que estes estarão garantidos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Caso os membros não autorizarem a divulgação das CIES, as comissões serão apresentadas com as letras “A” e “B”. Será solicitado aos participantes que escolham um “nome fictício” pelo qual serão representados no estudo. Ainda, será assegurado aos sujeitos da pesquisa, mediante compromisso assumido pela pesquisadora-mediadora, que as informações coletadas serão utilizadas exclusivamente para fins da pesquisa. Vale ressaltar que os dados serão arquivados em computadores com senha de acesso e em impressos que ficarão guardados em pastas lacradas no período de cinco anos, aos quais terá acesso apenas a pesquisadora/mediadora responsável.

### **IV. DIVULGAÇÃO E SOCIALIZAÇÃO DOS DADOS**

Após a aprovação por uma banca de avaliadores e apresentação pública da tese, comprometo-me em entregar uma cópia da tese (impressa e digital) para as CIES participantes do estudo, bem como para a Divisão de Educação Permanente da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, para divulgação e socialização do trabalho.

Ainda, caso haja manifestações de interesse, comprometo-me em apresentar na forma oral os resultados encontrados nos Colegiados de Gestão Regional aos quais as CIES participantes do estudo estão ligadas e no Fórum de Educação Permanente do Estado de Santa Catarina. E ainda, enviar (via e-mail) a tese no formato “pdf” aos respectivos sujeitos da investigação, caso solicitem.

Cabe ressaltar que os resultados serão socializados na comunidade científica, por meio da apresentação e publicação do trabalho em eventos nacionais e internacionais, além da publicação de artigos em periódicos científicos de circulação







## APÊNDICE 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Termo de Consentimento para Imagens e/ou Gravações

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Fabiane Ferraz, sou doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – PEN/UFSC e, vou desenvolver a pesquisa **“Contexto e processo de desenvolvimento das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço: perspectiva dos sujeitos sociais pautada na concepção dialógica de Freire”**. Como **objetivos** busco: - analisar como se efetiva a estratégia de desenvolvimento – Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) – da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, na perspectiva dos sujeitos sociais envolvidos em duas comissões que realizam ações, produzindo ou não, mudanças que contemplam a referida política; e, - estimular a práxis crítico-reflexiva no processo de trabalho das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), a partir dos temas geradores que surgirem, por meio da concepção dialógica de Paulo Freire. Este estudo é necessário, pois será possível perceber as sucessivas aproximações e distanciamentos realizados por vocês - sujeitos da investigação - em relação às ações desenvolvidas nas CIES, para assim lhes estimular, a partir da sua realidade, a re-estruturarem diferentes e novas formas de desenvolver a política, fortalecendo os pontos que obtiveram sucesso e, repensando as ações que não produziram ecos de mudança, mobilizando-os neste processo de mudança por meio do desvelamento crítico da realidade. Trata-se de uma pesquisa do tipo qualitativa e a coleta de dados ocorrerá através da sua participação ativa como sujeito da investigação, pois serão compostos grupos de investigação – denominados “Círculos de Investigação”, com os quais a pesquisadora principal (mediadora) fará encontros pré-agendados (data e horários) conforme a disponibilidade do grupo de sujeitos e a coleta dos dados ocorrerá a partir das discussões realizadas por estes grupos. Ainda, será realizada observação participante das reuniões de trabalho da CIES no período de coleta dos dados. A sua participação nesta pesquisa não lhe trará complicações legais. Os procedimentos adotados obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade, a sua vida ou as suas atividades profissionais. Você não terá nenhum tipo de despesa por participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Caso você aceite participar, posso lhe garantir que o seu nome será preservado por meio de um condinome escolhido por você, bem como as informações fornecidas e/ou materiais coletados só serão utilizados neste estudo. Como a pesquisa é qualitativa com um caráter crítico-participativo, os dados serão, simultaneamente, coletados e analisados com a sua participação, logo, todos os dados coletados serão transcritos e você fará uma leitura dos mesmos, estando livre para modificar o que julgar necessário, antes da construção final do trabalho de tese. A pesquisadora se compromete em enviar uma cópia do trabalho final para o(a) coordenador(a) das CIES participantes para divulgação e socialização dos resultados. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, visto que você é livre para desistir em qualquer parte do estudo sem risco de constrangimentos, pode entrar em contato pelos telefones (48) 3206-3243 / 8833-3243 (Fabiane) ou (48) 3721-9480 (Vânia), e/ou e-mail: olaferraz@yahoo.com.br .

Assinaturas:

---

Pesquisadora Principal – Enf<sup>a</sup> MSc. Dda Fabiane Ferraz

---

Pesquisadora Responsável/Coordenadora – Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Vânia Marli Schubert Backes

Eu, \_\_\_\_\_,  
fui esclarecido(a) sobre a pesquisa “**Contexto e processo de desenvolvimento das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço: perspectiva dos sujeitos sociais pautada na concepção dialógica de Freire**” e aceito participar, bem como concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 2009

Assinatura: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA IMAGENS E/OU  
GRAVAÇÕES**

Eu \_\_\_\_\_  
permito que os pesquisadores relacionados abaixo obtenham fotografia,  
filmagem ou gravação de minha pessoa para fins da pesquisa intitulada  
**“Contexto e processo de desenvolvimento das Comissões Permanentes  
de Integração Ensino-Serviço: perspectiva dos sujeitos sociais pautada  
na concepção dialógica de Freire”**.

Eu concordo que o material e informações obtidas relacionadas à  
minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, palestras ou  
periódicos científicos. Porém, a minha identificação não poderá ser revelada  
sob qualquer hipótese em qualquer uma das vias de publicação ou uso.

As fotografias, vídeos e gravações ficarão sob a propriedade do  
grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e sob a guarda dos mesmos.

Nome do sujeito: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura Pesquisadores:


\_\_\_\_\_  
**Pesquisadora Principal – Enf<sup>a</sup> MSc. Dda Fabiane Ferraz**

\_\_\_\_\_  
**Pesquisadora Responsável/Coordenadora – Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Vânia Marli Schubert  
Backes**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 2009



## APÊNDICE 5 - Dinâmica\* de Apresentação dos Participantes e “Contrato” do Círculo de Investigação



Universidade Federal de Santa Catarina

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CCS UFSC

CIES

**Projeto de Pesquisa:** Contexto e processo de desenvolvimento das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço: perspectiva dos sujeitos sociais pautada na concepção dialógica de Freire

**COMISSÃO PERMANENTE DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO – REGIÃO CARBONÍFERA**

Olá colegas! Eu e meus orientadores desejamos conhecer melhor os sujeitos que aceitaram compartilhar conosco suas experiências, sucessos e preocupações com a Educação Permanente em Saúde no estado de Santa Catarina. Neste momento pretendemos promover uma reflexão sobre o que conhecemos a respeito nós mesmos e das pessoas que estão conosco neste grupo. Acreditamos que esta interação motivará um bom relacionamento entre os participantes para que possamos pensar formas de crescer pessoal e coletivamente neste círculo de investigação.

Atenciosamente,  
Fabiane Ferraz

1. Meu nome é .....

Neste estudo gostaria de ser identificado(a) pelo seguinte nome.....

3. Trabalho em .....Há quanto tempo .....

4. Aqui estou representando (o que, ou quem) .....

5. Quando eu penso no futuro me vejo .....

\* Esta dinâmica foi utilizada em ambas CIES participantes do estudo. O exemplo apresentado nesse apêndice é da CIES Carbonífera.

- 6. O que gosto em relação a mim mesmo(a) é .....
- 7. A emoção que mais dificilmente consigo controlar é.....
- 8. Não acredito em.....
- 9. O que mais me alegra é.....
- 10. O que mais me irrita é.....
- 11. O que mais desejei foi.....
- 12. Quando estou só geralmente.....
- 13. Quando eu estou num grupo novo, eu me sinto.....
- 14. Pretendo aqui.....
- 15. O que não podemos esquecer no nosso “contrato” do grupo é.....
- 16. Sugiro como auxiliar(es) da pesquisa o(s) nome(s) de .....

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



## APÊNDICE 6 - Dinâmica de “Investigação dos Temas Geradores” CIES Grande Florianópolis

**Projeto de Pesquisa:** Contexto e processo de desenvolvimento das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço: perspectiva dos sujeitos sociais pautada na concepção dialógica de Freire

**COMISSÃO PERMANENTE DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO – REGIÃO GRANDE FLORIANÓPOLIS**

Olá colegas!

Neste momento, estou convidando vocês a participarem da primeira etapa da metodologia que estou realizando na coleta das informações da pesquisa, este momento é denominado “levantamento dos temas geradores”.

Para este momento da pesquisa, eu e meus orientadores pensamos em propor uma dinâmica na qual está previsto a realização da leitura dos registros (diários de campo) dos quatro encontros que eu realizei como pesquisadora-mediadora participante-observadora. Esta leitura poderá ser realizada em pequenos grupos, conforme a participação de vocês nos encontros, pois desse modo, não há a necessidade de todos lerem e validarem todos os encontros.

Por gentileza, caso aceitem participar desse momento da pesquisa, é necessário que vocês façam uma leitura atenta dos registros efetuados por mim e sigam os seguintes passos:

1º) validar as informações, ou seja, atestar que o que eu registrei são informações verdadeiras e foram manifestadas nos encontros pelos participantes das reuniões;

2º) fazer o levantamento dos “temas geradores” que necessitam ser trabalhados dentro do Círculo de Investigação. Para isso vocês são livres para rabiscarem este material, bem como anotar ao lado dos registros o que vocês consideram como temas geradores.

Convém lembrá-los que os **temas geradores** são extraídos a partir das **situações limites** vivenciadas no universo cotidiano da CIES. Logo, as situações-limite estão intrinsecamente ligadas aos temas geradores, pois são “dimensões concretas e históricas de uma dada realidade. Dimensões desafiadoras dos [seres humanos], que incidem sobre elas através de ações que Vieira Pinto chama de ‘atos-limites’ - aqueles que se dirigem à superação e à negação do dado, em lugar de implicarem sua aceitação dócil e passiva” [grifo nosso] (FREIRE, 2005a, p. 104-105). Ainda, em relação aos temas geradores, “qualquer que seja a natureza da sua compreensão, como a ação por eles provocada, contém em si a possibilidade de desdobrar-se em outros tantos temas que, por sua vez, provocam novas tarefas que devem ser cumpridas” (FREIRE, 2005a, p. 108).

**IMPORTANTE!** Neste encontro nós faremos o exercício de **levantamento dos temas geradores** a partir dos registros efetuados por mim em quatro encontros. Porém, gostaria de explicitar que vocês são livres para **registrar outros temas geradores** que considerem importante ser discutido no Círculo de Investigação e que não se encontra nos diários das reuniões.

3º) apresentar os temas geradores apontados pelos subcírculos, aos demais participantes do Círculo de Investigação e discutir os temas explicitados e outros que surgirem, bem como a ordem de prioridade para os mesmos serem trabalhados.

4º) apresentar os temas geradores em ordem de prioridade conforme discussão com todos os sujeitos sociais da CIES.

Atenciosamente, Fabi Ferraz

## APÊNDICE 7 - Dinâmica 1 de “Investigação dos Temas Geradores” CIES Carbonífera





Universidade Federal de Santa Catarina

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Projeto de Pesquisa:** Contexto e processo de desenvolvimento das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço: perspectiva dos sujeitos sociais pautada na concepção dialógica de Freire

**COMISSÃO PERMANENTE DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO – REGIÃO CARBONÍFERA**

Olá colegas!

Neste momento, estou convidando vocês a participarem da primeira etapa da metodologia que estou realizando na coleta das informações da pesquisa, este momento é denominado “levantamento dos temas geradores”.

Para este momento da pesquisa, eu e meus orientadores pensamos em propor uma dinâmica na qual está previsto a realização da leitura dos registros (diários de campo) dos dois encontros que eu realizei como pesquisadora-mediadora participante-observadora. Esta leitura poderá ser realizada em pequenos grupos, conforme a participação de vocês nos encontros, pois desse modo, não há a necessidade de todos lerem e validarem todos os encontros.

Por gentileza, caso aceitem participar desse momento da pesquisa, é necessário que vocês façam uma leitura atenta dos registros efetuados por mim e sigam os seguintes passos:

1º) validar as informações, ou seja, atestar que o que eu registrei são informações verdadeiras e foram manifestadas nos encontros pelos participantes das reuniões;

2º) fazer o levantamento dos “temas geradores” que necessitam ser

trabalhados dentro do Círculo de Investigação. Para isso vocês são livres para rabiscarem este material, bem como anotar ao lado dos registros o que vocês consideram como temas geradores.

Convém lembrá-los que os **temas geradores** são extraídos a partir das **situações limites** vivenciadas no universo cotidiano da CIES. Logo, as situações-limite estão intrinsecamente ligadas aos temas geradores, pois são “dimensões concretas e históricas de uma dada realidade. Dimensões desafiadoras dos [seres humanos], que incidem sobre elas através de ações que Vieira Pinto chama de ‘atos-limites’ - aqueles que se dirigem à superação e à negação do dado, em lugar de implicarem sua aceitação dócil e passiva” [grifo nosso] (FREIRE, 2005a, p. 104-105). Ainda, em relação aos temas geradores, “qualquer que seja a natureza da sua compreensão, como a ação por eles provocada, contém em si a possibilidade de desdobrar-se em outros tantos temas que, por sua vez, provocam novas tarefas que devem ser cumpridas” (FREIRE, 2005a, p. 108).

**IMPORTANTE!** Neste encontro nós faremos o exercício de **levantamento dos temas geradores** a partir dos registros efetuados por mim em dois encontros. Porém, gostaria de explicitar que vocês são livres para **registrar outros temas geradores** que considerem importante ser discutido no Círculo de Investigação e que não se encontra nos diários das reuniões.

3º) apresentar os temas geradores apontados pelos sub-círculos, aos demais participantes do Círculo de Investigação e discutir os temas explicitados e a ordem de prioridade para os mesmos serem trabalhados.

4º) apresentar os temas geradores em ordem de prioridade conforme discussão com todos os sujeitos sociais da CIES.

Atenciosamente, Fabi Ferraz

## APÊNDICE 8 - Dinâmica 2 de “Investigação dos Temas Geradores” CIES Carbonífera

 Universidade Federal de Santa Catarina	 <b>PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM</b>	
<p><b>Projeto de Pesquisa:</b> Contexto e processo de desenvolvimento das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço: perspectiva dos sujeitos sociais pautada na concepção dialógica de Freire</p>		
<p><b>COMISSÃO PERMANENTE DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO – REGIÃO CARBONÍFERA</b></p>		

Olá colegas!

Neste momento, estou convidando vocês a participarem da primeira etapa da metodologia que estou realizando na coleta das informações da pesquisa denominada **“Levantamento dos Temas Geradores”**.

Convém lembrá-los que os **temas geradores** são extraídos a partir das **situações limites** vivenciadas no **universo cotidiano da CIES**. Logo, as situações-limite estão intrinsecamente ligadas aos temas geradores, pois são “dimensões concretas e históricas de uma dada realidade. Dimensões desafiadoras dos [seres humanos], que incidem sobre elas através de ações que Vieira Pinto chama de ‘atos-limites’ - aqueles que se dirigem à superação e à negação do dado, em lugar de implicarem sua aceitação dócil e passiva” [grifo nosso] (FREIRE, 2005a, p. 104-105). Ainda, em relação aos temas geradores, “qualquer que seja a natureza da sua compreensão, como a ação por eles provocada, contém em si a possibilidade de desdobrar-se em outros tantos temas que, por sua vez, provocam novas tarefas que devem ser cumpridas” (FREIRE, 2005a, p. 108).

**IMPORTANTE!** Neste encontro nós faremos o exercício de

**levantamento dos temas geradores** a partir de uma dinâmica a qual vai exercitar as suas memórias, visto que vocês necessitam rememorar o nosso último encontro que ocorreu dia 17 de junho de 2009, na 21ª Regional da Saúde em Criciúma. Lembram?

Caso aceitem participar desse momento da pesquisa, é necessário apenas que vocês lembrem o máximo possível da reunião procurando responder as questões a seguir:

QUAL A OPINIÃO E PERCEPÇÃO DESTE GRUPO SOBRE:

- 1) o número de membros da CIES presentes na reunião? O grupo tem conhecimento sobre quantos deveriam participar?
- 2) como ocorreu a participação dos membros da CIES na reunião?
- 3) quantos participantes se manifestaram mais, e quantos se manifestaram pouco? Vocês tem alguma opinião sobre o por quê destas diferentes participações?
- 4) quais foram os temas abordados na reunião?
- 5) como a discussão foi conduzida?
- 6) que aspectos foram positivos na reunião?
- 7) que aspectos ficaram frágeis, ou poderiam ter sido abordados e não foram?
- 8) cite no mínimo dois pontos que chamaram muito a sua atenção.
- 9) como vocês analisam as suas participações na reunião?
- 10) tem algum aspecto que vocês gostariam de ter expressado, mas não verbalizaram na reunião?
- 11) alguém assumiu alguma responsabilidade na reunião? Se sim, quem e quais responsabilidades?
- 12) teve alguma situação na reunião que gerou desconforto ou incomodo? Se sim, qual e por que?

13) há algum outro aspecto que vocês gostariam de deixar registrado?

14) a partir das suas respostas, qual(is) tema(s) gerador(es) vocês consideram que pode ser trabalhado nesse grupo?

Ao final, apresentar os temas geradores apontados pelos subcírculo aos demais sujeitos sociais que compõem o grupo participante da pesquisa e discutir com os colegas os temas destacados e a ordem de prioridade para os mesmos serem trabalhados no grupo.

Atenciosamente,  
Fabi Ferraz





## APÊNDICE 9 - Dinâmica\* de “Codificação” e “Decodificação”

 <p>Universidade Federal de Santa Catarina</p>	 <p>UFSC C.C.S. CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS</p> <p>PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM</p>  <p>Programa de Pós-Graduação em Enfermagem</p>  <p>FIESC</p>
<p><b>Projeto de Pesquisa:</b> Contexto e processo de desenvolvimento das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço: perspectiva dos sujeitos sociais pautada na concepção dialógica de Freire</p>	
<p><b>COMISSÃO PERMANENTE DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO – GRANDE FLORIANÓPOLIS</b></p>	

Nome: \_\_\_\_\_

Olá colegas!

Neste momento, estou convidando vocês a participarem da segunda e início da terceira etapa da metodologia que estamos realizando na coleta das informações da pesquisa, estas etapas são denominados “**Codificação dos Temas Geradores**” e “**Decodificação dos Temas Geradores**”.

Convém lembrá-los que os **temas geradores** foram extraídos a partir das **situações limites** vivenciadas no **universo cotidiano da CIES Região Grande Florianópolis**.

Para Freire (2005a, p. 112) “a **codificação** de uma situação existencial é a representação desta, com alguns de seus elementos constitutivos em interação”, ou seja, é a representação dos desafios, compreendidos como situações-limites, que os sujeitos do Círculo de Investigação designaram como **temas geradores**. Neste processo de codificação, os seres humanos precisam responder as situações limites por meio da “tomada de consciência”, que se tornará “conscientização” no processo posterior de decodificação.

\* Esta dinâmica foi utilizada em ambas CIES participantes do estudo. O exemplo apresentado nesse apêndice é da CIES Grande Florianópolis.

A **decodificação** é compreendida como um processo de “leitura” da realidade, por meio de momentos dialéticos, em que as consciências dos seres humanos, co-intencionadas a codificação desafiadora, “re-fazem” seu poder reflexivo, na “ad-miração” da “ad-miração”, o que se configura uma forma de “re-ad-miração” da realidade apresentada na codificação (FREIRE, 1983). Para o presente estudo, optamos por apresentar a decodificação constituída de **dois momentos**: o primeiro é “**descritivo**”, no qual inicialmente os sujeitos da investigação apreendem o “todo” da codificação, que normalmente ocorre em silêncio. O segundo momento busca **problematizar a realidade codificada**, sendo fundamental na decodificação, pois é o momento que se pode alcançar a compreensão da “estrutura profunda” da codificação, compreendida por Freire (2007a, p. 65) como “repensar a prática anterior e preparar-se para uma nova e diferente prática”, sendo que reside nesse fato a importância de não haver dicotomia entre o contexto teórico e o contexto prático, entre a teoria e a prática, e também deve ocorrer de forma dialógica no Círculo de Investigação.

#### **Para este momento da pesquisa:**

Por gentileza, apresente o nome/codínome pelo qual você quer ser identificado na pesquisa: \_\_\_\_\_.  
Estou fazendo esta pergunta pois, caso eu utilize no trabalho final da tese, alguma fala verbalizada por você, será este nome que vou apresentar no trabalho. (o **nome pode ser real ou fictício**, você é livre para preservar a sua identidade com um codínome)

**1º momento: observe atentamente o painel apresentado pela pesquisadora/mediadora com os temas geradores codificados (5min)**

**2º momento: responda as 5 questões a seguir (20min)**

- 1) Descreva qual a sua compreensão sobre o que está sendo apresentado no painel. (use o verso se for necessário)
- 2) Com qual(is) dos participantes representados no círculo do painel você identificou-se? Por que? (use o verso se for necessário)
- 3) Como ocorre a sua participação neste espaço da CIES? Por que? O que você poderia mudar? Como? (use o verso se for necessário)
- 4) Qual é o seu real conhecimento a respeito da PNEPS? Como você pode ampliar esse conhecimento? (use o verso se for necessário)

5) O que você pode fazer para modificar a realidade apresentada no painel? Qual papel você irá assumir nesta mudança? (use o verso se for necessário)

**3º momento: retire um papel do saquinho**

**4º momento: reúna-se em subcírculos conforme o seu número**

**5º momento: a partir das suas respostas, discuta com o seu grupo e responda os questionamentos a seguir (30min)**

**Obs:** o grupo é livre para registrar esta discussão. O verso pode ser utilizado para este registro, o que facilitaria a apresentação para o círculo de investigação posteriormente

1) Qual a compreensão do grupo sobre o que está sendo apresentado no painel?

2) Com qual dos sujeitos representados no círculo do painel os membros do grupo se identificaram? Por que?

3) Como ocorre a participação dos membros do grupo neste espaço da CIES? Por que? O que os membros do grupo poderiam mudar? Como?

4) Qual o real conhecimento dos membros do grupo a respeito da PNEPS? Como o grupo pode ampliar esse conhecimento?





5) O que os membros do grupo podem fazer para modificar a realidade apresentada no painel? Qual papel que cada membro vai assumir nesta mudança?

**6º momento: reúna-se novamente com o círculo de investigação. Apresente as percepções discutidas no subcírculo e dialogue com os demais sujeitos sociais, buscando estruturar uma percepção do círculo de investigação como um todo, apontando estratégias de solução. (40min)**

Atenciosamente,  
Fabi Ferraz



## APÊNDICE 10 - Dinâmica\* de “Avaliação Final” do Processo de Investigação Temática

 Universidade Federal de Santa Catarina	 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem	 <b>PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM</b> 
<p><b>Projeto de Pesquisa:</b> Contexto e processo de desenvolvimento das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço: perspectiva dos atores sociais pautada na concepção dialógica de Freire</p>		
<p><b>COMISSÃO PERMANENTE DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO – REGIÃO CARBONÍFERA</b></p>		

Nome: \_\_\_\_\_

Olá colega!

Neste momento de finalização da coleta de informações do projeto de tese, convido você a participar da avaliação desse processo respondendo as perguntas a seguir:

- 1) O que representou para você participar desta investigação? Por que? (use o verso se for necessário)
  
- 2) Como você percebe o processo de desenvolvimento do grupo nesta trajetória? O que ainda pode ser feito para modificar este processo de desenvolvimento? Como faremos isso? Quais estratégias utilizaremos após a conclusão da coleta de informações da pesquisa? (use o verso se for necessário)

Muito obrigada pela grande oportunidade de aprendizagem que vivenciei realizando esta pesquisa com vocês!

Fabi Ferraz

\* Esta dinâmica foi utilizada em ambas CIES participantes do estudo. O exemplo apresentado nesse apêndice é da CIES Carbonífera.

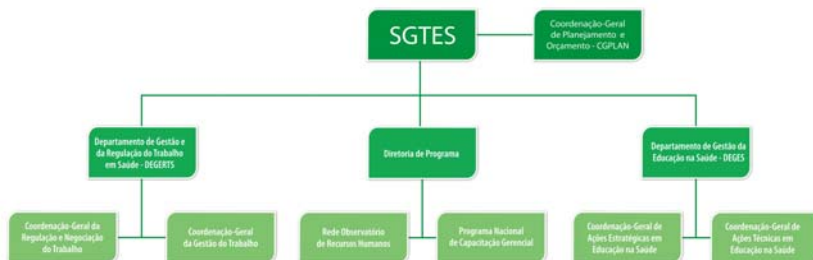


**ANEXOS**





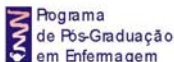
## ANEXO 1 - Organograma da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde



Fonte: Portal da Saúde do Ministério da Saúde do Brasil. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24799](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=24799)>. Acesso em: 18 de outubro de 2010.



## ANEXO 2 - Instrução Normativa 06/PEN/2009, de 02 de dezembro de 2009



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CEP.: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA-BRASIL  
Fone/fax.: (048) 3721.9480 - 3721.9399 - 3721.9787  
E-mail: pen @ nfr.ufsc.br  
[www.nfr.ufsc.br/pen](http://www.nfr.ufsc.br/pen)

**Instrução Normativa 06/PEN/2009**

Florianópolis, 02 de dezembro de 2009.

Altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem

A Coordenadora em exercício do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no uso de suas atribuições, e tendo em vista o que deliberou o Colegiado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, em reunião realizada no dia 02/12/2009 e considerando o que estabelece o Regimento do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC,

### **RESOLVE:**

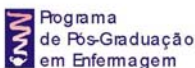
1. Alterar o formato de apresentação dos trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

2. As teses e dissertações deverão conter artigos/manuscritos de autoria do discente, em co-autoria com o orientador e co-orientador, já no formato final para encaminhamento a periódicos científicos.

3. A inclusão destes artigos deverá ser feita de modo a fornecer uma visão do conjunto do trabalho da tese ou da dissertação. O formato incluirá:

#### a) Em dissertações de Mestrado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 2 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com o(s) artigo(s) que contemplará(ão) os resultados da pesquisa principal desenvolvida na dissertação.
- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais



Programa  
de Pós-Graduação  
em Enfermagem

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CEP.: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA-BRASIL  
Fone/fax: (048) 3721.9480 - 3721.9399 - 3721.9787  
E-mail: pen @ nfr.ufsc.br  
[www.nfr.ufsc.br/pen](http://www.nfr.ufsc.br/pen)

b) Em teses de Doutorado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 3 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com os demais artigos que contemplarão os resultados da pesquisa principal desenvolvida na tese.
- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

4. Orientações gerais:

- a) Todos os artigos deverão ser apresentados nas normas do periódico à que foi ou que será submetido, sendo necessário explicitar o nome do periódico.
- b) Os periódicos técnico-científicos selecionados para submissão deverão estar classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem) como B2 ou superior para Doutorado e B3 ou superior para Mestrado. No caso de periódicos não classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem), deverá ser considerado o índice de impacto JCR ou avaliação QUALIS/CAPES de outras áreas;
- c) Os demais capítulos deverão ser apresentados de acordo com a ABNT;
- d) A impressão final, após avaliação da Banca Examinadora, deverá seguir as normas de formatação da UFSC.

Esta Instrução Normativa altera a Instrução Normativa 01/PEN/2008, entra em vigor nesta data e passa a ter plenos efeitos para todos os alunos admitidos no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina a partir do ano de 2009. Os alunos admitidos em anos anteriores poderão optar entre esta nova modalidade ou pelo formato anterior de apresentação dos trabalhos terminais.

Original firmado na Secretaria PEN

Aprovado pelo Colegiado PEN em 02/12/2009

### ANEXO 3 - Parecer de Aprovação da Pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Ofício nº 006/09.

Florianópolis, 28 de abril de 2009.

Ilmas. Pesquisadoras  
Vânia Marli Schubert Backes e  
Fabiane Ferraz

Prezadas Pesquisadoras:

Comunicamos que o seu projeto de pesquisa processo nº 0028.1604-09 foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES (CEP/SES-SC), sendo **Aprovado**.


O Parecer Consubstanciado e o CAAE estão sendo encaminhados por e-mail e estarão a sua disposição na sala do Comitê situada à Rua Esteves Júnior, 390, 2º andar, Diretoria de Educação Permanente em Saúde.

Informamos que conforme o **item VII.13.d da Resolução CNS nº 196/96**, deverá ser enviado a este Comitê uma cópia do **Relatório de Conclusão da Pesquisa**, em forma digitalizada (**CD**).

Endereço para correspondência: Rua Esteves Júnior-390, 2º andar, Diretoria de Educação Permanente em Saúde - Centro - Florianópolis – S.C – 88015-130.

Maiores informações, pelo telefone (48) 32121680 c/ Dione, e-mail [cepses@saude.sc.gov.br](mailto:cepses@saude.sc.gov.br).

Atenciosamente,

  
Rosani Ramos Machado  
Coordenadora do CEP/SES-SC