

CRISTIANE LIMA DE MORAES

**PROCESSO DE GESTÃO IMPLEMENTADO PELOS GESTORES DO PÓLO DE
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA MACRORREGIÃO SUL DO RS:
Visibilidade dos Enfermeiros no Processo**

**Rio Grande
2008**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**PROCESSO DE GESTÃO IMPLEMENTADO PELOS GESTORES DO PÓLO DE
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA MACRORREGIÃO SUL DO RS:
Visibilidade dos Enfermeiros no Processo**

CRISTIANE LIMA DE MORAES

Dis
sertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação em Enfermagem da Universidade
Federal do Rio Grande, como requisito para
obtenção do título de Mestre em Enfermagem –
Área de concentração: Enfermagem e Saúde.
Linha de pesquisa: Organização do Trabalho
da Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

**Rio Grande
2008**

CRISTIANE LIMA DE MORAES

**PROCESSO DE GESTÃO IMPLEMENTADO PELOS GESTORES DO PÓLO DE
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA MACRORREGIÃO SUL DO RS:
Visibilidade dos Enfermeiros no Processo**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de

Mestre em Enfermagem

E aprovado na sua versão final em 29/08/2008, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

Prof.^a Dr.^a Mara Regina Santos da Silva
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira
Presidente (FURG)

Prof.^a Dr.^a Alacoque Lorenzini Erdmann
Membro (UFSC)

Prof.^a Dr.^a Marta Regina Cezar Vaz
Membro (FURG)

Prof.^a Dr.^a Maria Elisabeth Carvalho Cestari
Membro (FURG)

A minha filha **Alicia**,
luz no meu caminho e motivação para
continuar nesta jornada.

Aos meus pais **Nélia e Paulo**,
pelo apoio e incentivo nas horas difíceis,
e por acreditarem e
investirem nos meus sonhos ao longo
da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pelas oportunidades que coloca em meu caminho, pela saúde, coragem, motivação, persistência e equilíbrio para ultrapassar as pedras que me fizeram desviar do meu caminho nesta trajetória, rumo a realização de mais um sonho.

Agradeço aos meus pais, Paulo e Nélia, por terem me proporcionado acesso à formação pessoal e profissional, segurando minha mão nos momentos de dificuldade, e incentivando-me a prosseguir nesta jornada para o alcance de meus objetivos.

A minha Alicia, que é a luz da minha vida, a serenidade e o aconchego nos momentos difíceis. Agradeço pela compreensão nos momentos de ausência para realização desta pesquisa.

Aos meus irmãos Paulineli e Maicon, que sempre estiveram me apoiando e estimulando para a conquista desta vitória.

A minha orientadora Prof.^a Dr.^a Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, pelo apoio, disponibilidade, incentivo e força. E, mais ainda, por ter acreditado em meu potencial para conclusão deste estudo num curto espaço de tempo.

As colegas de mestrado, Adriane, Cláudia e Queli, que tornaram-se companheiras e amigas, cada uma na sua particularidade e especificidade, mesmo que a distância sempre apoiando e incentivando a minha caminhada.

Agradecimento à Maribel, Marilaine e Richard, pelas contribuições na finalização desta Dissertação.

Um agradecimento especial aos colegas de trabalho do CAPS e UCPel pelos dias e horas de ausência para a finalização da dissertação.

Agradeço a Enfermeira Carolina Meirelles pela disponibilidade, interesse e acesso às informações que muito contribuíram para a construção deste trabalho.

Aos gestores que participaram da pesquisa, pela aceitação e disponibilidade em fornecer dados de sua vivência pessoal e profissional em relação ao processo de gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul.

[...] um caminho é só um caminho. Não é desrespeito a si ou aos outros abandoná-lo, se é isso que o coração nos diz. Devemos examinar cada caminho com muito cuidado e deliberação, tentar várias vezes, tantas quantas julgarmos necessárias.

Então, perguntar para si mesmo: “Esse caminho tem coração? Se tem, o caminho é bom, se não tem, o caminho não me serve. Um caminho é só um caminho”.

Carlos Castañeda (1968)

RESUMO

MORAES, Cristiane Lima. Processo de Gestão Implementado pelos Gestores do Pólo de Educação Permanente em Saúde da Macrorregião Sul do RS: visibilidade dos Enfermeiros no processo. 2008. 219 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira. Defesa em 29/08/2008.

Este estudo teve como **objetivo** conhecer as estratégias formuladas e implementadas, com os serviços de saúde e as instituições de ensino na formação dos profissionais de saúde para a consolidação do SUS, na perspectiva dos gestores do Pólo de Educação Permanente em Saúde (EPS) da Macrorregião Sul do RS e identificar a visibilidade dos Enfermeiros no processo. A **coleta de dados**, após aprovação do projeto pelo comitê de ética sob o Parecer nº 157/07, processou-se através do método da entrevista semi-estruturada, aplicado no mês de maio de 2008 a seis sujeitos: gestores da secretaria executiva do Pólo de EPS da Macrorregião Sul/RS. A **análise e interpretação** dos dados, quanto à categoria Estratégias de Gestão Formuladas e Implementadas pelos Gestores do Pólo permitiu evidenciar a elaboração do plano de ações da EPS pelos gestores do Pólo de EPS e a elaboração dos Projetos nos níveis de atenção, gestão, formação e controle social formulados e implementados pelos gestores do Pólo a partir das inter-relações estabelecidas entre as instituições de ensino e os serviços de saúde que oportunizaram aproximação entre trabalho e educação com vistas às transformações nas práticas de gestão e (re)organização dos serviços de saúde. Ainda nesta categoria se manifestaram as Mudanças para atender às disposições da Portaria GM/MS nº. 1.996/07. Esses dados levaram os gestores do Pólo de EPS a reformular o plano de ações para realizar as adequações necessárias. A categoria Facilidades e Dificuldades vivenciadas pelos Gestores do Pólo demonstrou que as maiores facilidades foram: o empenho do Ministério de Saúde; parceria formada entre as instituições de ensino; comprometimento dos atores no processo; curso de facilitadores e a credibilidade alcançada pelo Pólo. As maiores dificuldades evidenciaram: falta de participação do Controle Social; pouca autonomia universitária; conflito de poder; trâmites burocráticos e mudança na política de EPS. A categoria visibilidade dos Enfermeiros no processo de gestão do Pólo de EPS contemplou três subcategorias: elaboração do plano de ações; formulação e implementação dos projetos da EPS nos níveis de atenção, gestão, formação e controle social e realização de mudanças para atender a Portaria GM/MS nº. 1.996/07. Em relação a essa categoria o olhar dos gestores ressaltou a formação acadêmica e o trabalho gerencial dos Enfermeiros como elementos fundamentais que possibilitaram e destacaram a visibilidade dos Enfermeiros em todas as etapas do processo de gestão. **Concluiu-se** que o processo de gestão do Pólo de EPS permitiu conhecer as estratégias de gestão da EPS formuladas e implementadas pelos gestores do Pólo, a partir das inter-relações estabelecidas entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, nos níveis de atenção, gestão, formação e controle social para formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde. Quanto à visibilidade dos Enfermeiros além de ser identificada, no decorrer de todo o processo, recebeu destaque especial dos gestores. Observou-se que as dificuldades que se manifestaram durante o processo de gestão da EPS foram superadas pelos aspectos facilitadores do processo de co-gestão do Pólo.

Palavras-Chave: Enfermagem. Gestão. Educação em enfermagem. Planejamento e direção de programas. Trabalho.

ABSTRACT

MORAES, Cristiane Lima. Case Management Implemented by Managers of the Pole of Permanent Education in Health Macro Southern RS: visibility of Nurses in the process. 2008. 219 f. Dissertation (Master's Degree in Nursing) - Post graduation Program in Nursing, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. Advisor: Prof^a. Dr^a. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira. Defense in 29/08/2008.

This study aimed to learn the strategies formulated and implemented, with health services and institutions of learning in the training of health professionals to consolidate the SUS, in view of the managers of the Pole of Permanent Education in Health (EPS) of macro South RS and identify the visibility of Nurses in the process. The data collection, after approval of project by the ethics committee under the Opinion n°. 157/07, was achieved through the method of semi-structured, implemented in May 2008 to six subjects: managers of the executive secretariat of the EPS pole of the macro South/RS. The analysis and interpretation of data, as the category Management Strategies formulated and implemented by managers of the pole allowed highlight the Preparation of the plan for shares of EPS by the managers of the Pole of EPS and preparation of projects in the levels of care, management, training and control social formulated and implemented by the managers of the Pole from the inter-relationship between the institutions of education and health services which nurture rapprochement between work and education in order to change in management practices and (re) organization of health services. Also in this category have demonstrated the changes to meet the provisions of Ordinance GM/MS n°. 1.996/07. These data have led the managers of the Pole of EPS to reshape the plan of action to achieve the necessary adjustments. The category Facilities Managers and difficulties experienced by the Pole showed that the major facilities were: the commitment of the Ministry of Health; partnership formed between the institutions of education, involvement of stakeholders in the process, of course facilitators, and credibility achieved by the Pole. The main difficulties highlighted: lack of support from the Social Control; little university autonomy; conflict of power, bureaucratic process, and change in the policy of EPS. The category visibility of Nurses in the management of the Pole of EPS included three subcategories: drawing up the plan of action, formulation and implementation of the projects of the EPS in the levels of attention, management, training and social control, and carrying out changes to meet Ordinance GM/MS n°. 1.996/07. For this category the look of managers emphasized his education and work management of Nurses as key elements that allowed and highlighted the visibility of Nurses at all stages of the management process. It was concluded that the management of the Pole of EPS helped identify the management strategies of EPS formulated and implemented by the managers of the Pole from the inter-relationship between the educational institutions and health services, in levels of attention , Management, training and social control for training and development of health professionals. As the visibility of Nurses in addition to being identified, during the entire process, received special attention from managers. It was observed that the difficulties which manifested themselves during the process of managing EPS were overcome by facilitators aspects of co-management of the Pole.

Key words: Nursing. Management. Nursing education. Planning and direction of programs. Work.

RESUMEN

MORAES, Cristiane Lima. Proceso de Gestión implementado por los Administradores del Polo de Educación Permanente en Salud de la Macro región Sur de RS: La visión de los Enfermeros en el proceso. 2008. 219 f. Disertación (Maestría de Enfermería) – Programa de Postgrado en Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira. En defensa 29/08/2008.

Este estudio tuvo como objetivo conocer las estrategias formuladas e implementadas, con los servicios de salud y las instituciones de enseñanza en la formación de los profesionales de salud para la consolidación del SUS, en la perspectiva de los administradores del Polo de Educación Permanente en Salud (EPS) de la Macro región Sur de RS e identificar la visión de los Enfermeros en el proceso. La colecta de datos, tras aprobación del proyecto por el comité de ética bajo el Parecer n° 157/07, se procesó a través del método de la entrevista semi-estructurada, aplicado en el mes de mayo de 2008 a seis sujetos: administradores de la secretaría ejecutiva del Polo de EPS de la Macro región Sur/RS. El análisis e interpretación de los datos, cuanto a la categoría Estrategias de Gestión Formuladas e Implementadas por los Administradores del Polo permitió evidenciar la Elaboración del plano de acciones de la EPS por los administradores del Polo de EPS y la elaboración de los Proyectos en los niveles de atención, gestión, formación y control social formulados e implementados por los administradores del Polo a partir de las interrelaciones establecidas entre las instituciones de enseñanza y los servicios de salud que permitió aproximación entre trabajo y educación con vistas a las transformaciones en las prácticas de gestión y (re) organización de los servicios de salud. Todavía en esta categoría se manifestaron los Cambios para atender a las disposiciones de la Portería GM/MS n°. 1.996/07. Esos datos llevaron a los administradores del Polo de EPS a reformular el plano de acciones para realizar las adecuaciones necesarias. La categoría Facilidades y Dificultades vividas por los Administradores del Polo demostró que las mayores facilidades fueron: el empeño del Ministerio de Salud; camaradería formada entre las instituciones de enseñanza; compromiso de los actores en el proceso; curso de facilitadores; y la credibilidad alcanzada por el Polo. Las mayores dificultades evidenciaron: falta de participación del Control Social; poca autonomía universitaria; conflicto de poder; trámites burocráticos; y mudanza en la política de EPS. La categoría visión de los Enfermeros en el proceso de gestión del Polo de EPS contempló tres subcategorías: elaboración del plano de acciones; formulación e implementación de los proyectos de la EPS en los niveles de atención, gestión, formación y control social; y, realización de cambios para atender la Portería GM/MS n°. 1.996/07. En relación a esa categoría la visión de los administradores resaltó la formación académica y el trabajo gerencial de los Enfermeros como elementos fundamentales que posibilitaron y destacaron la visión de los Enfermeros en todas las etapas del proceso de gestión. Se concluyó que el proceso de gestión del Polo de EPS permitió conocer las estrategias de gestión de la EPS formuladas e implementadas por los administradores del Polo, a partir de las interrelaciones establecidas entre las instituciones de enseñanza y los servicios de salud, en los niveles de atención, gestión, formación y control social para formación y desarrollo de los profesionales de salud. Cuánto a la visión de los Enfermeros además de ser identificada, en el transcurso de todo el proceso, recibió destaque especial de los administradores. Se

observó que las dificultades que se manifestaron durante el proceso de gestión de la EPS habían sido superadas por los aspectos facilitadores del proceso de co-gestión del Polo.

Palabras Claves: Enfermería. Gestión. Educación en enfermería. Planificación y dirección de programas. Trabajo.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	13
2.	REFERENCIAL TEÓRICO.....	24
2.1	Sistema Único de Saúde.....	25
2.2	Estratégia.....	35
2.3	Gestão.....	45
2.3.1	Funções gestoras e atribuições das esferas de governo no SUS	50
2.4	Educação Permanente em Saúde: uma ferramenta de gestão estratégica.....	54
2.4.1	Política nacional de educação permanente em saúde (EPS): uma estratégia para formação e desenvolvimento profissional no SUS.....	69
2.4.2	Pólos de educação permanente em saúde.....	76
2.4.3	Portaria GM/MS nº. 1.996/2007.....	86
2.5	Trabalho Gerencial do Enfermeiro.....	89
3.	PERCURSO METODOLÓGICO.....	97
3.1	Caracterização do Estudo.....	97
3.2	Descrição do Local do Estudo.....	98
3.3	Sujeitos do Estudo e Aspectos Éticos Envolvidos na Pesquisa.....	100
3.4	Descrevendo a Coleta de Dados.....	102
3.5	Descrevendo a Análise dos Dados.....	105
4.	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	108
4.1	Estratégias de Gestão Formuladas e Implementadas pelos Gestores do Pólo da Macrorregião Sul na elaboração da EPS.....	108
4.2	Facilidades e Dificuldades Vivenciadas pelos Gestores no Processo de Gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS.....	151
4.3	Visibilidade dos Enfermeiros no Processo de Gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS.....	170
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	188
	REFERÊNCIAS.....	205
	APÊNDICES	
	ANEXO	

1. INTRODUÇÃO

A saúde é uma temática de grande relevância social, econômica e política por ser considerada um fator condicionante na qualidade de vida dos indivíduos, grupos e coletividades e, conseqüentemente, nas condições sócio-econômicas, especialmente dos países menos desenvolvidos. Como decorrência dos progressos políticos, econômicos, sociais e ambientais, assim como dos avanços na área da saúde pública, as condições de vida e saúde têm apresentado melhoras significativas no cenário mundial.

Na década de 80, as políticas públicas eram desarticuladas e fragmentadas, o que desencadeou um processo de desqualificação das condições de saúde que eram oferecidas à população. Este período foi permeado por diversas modificações no sistema de saúde, bem como, diferentes tentativas para melhorar a qualidade na saúde no Brasil. Dentre as ações realizadas, destaca-se a VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília, no ano de 1986, que se constituiu num dos marcos da participação de diferentes setores da sociedade. Os atores que representavam estes setores se mobilizaram com o intuito de buscar soluções para os problemas que acometiam o país na área da saúde.

Nesta conferência, os temas abordados referiram-se ao direito à saúde com o resgate da cidadania, o reordenamento do Sistema Nacional de Saúde e das alternativas do financiamento da atenção à saúde, que conduziram ao delineamento das bases e diretrizes para a Reforma Sanitária (BRASIL, 1988). Neste sentido, foi definido um conceito ampliado de saúde, o qual acrescentou fatores determinantes e condicionantes de saúde:

[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1988).

A ampliação deste conceito para inclusão destes fatores foi o resultado de um processo histórico e político, no qual houve abordagem dos múltiplos fatores sociais, culturais, políticos, econômicos e ambientais que, mesmo na atualidade, interferem nas condições de vida e saúde das populações resultando nos processos de saúde-doença.

Percebe-se a necessidade de implementação de ações políticas e estratégicas que objetivam a promoção da saúde. Ela é concebida como uma “produção social e, desta forma, engloba um espaço de atuação que extrapola o setor saúde, apontando para uma articulação com o conjunto dos outros setores da gestão municipal e para o estímulo à participação social” (BRASIL, 2001, p. 4). A promoção da saúde propõe a articulação de saberes técnicos, científicos e populares, assim como a alocação de recursos financeiros e humanos dos diferentes segmentos da sociedade a fim de promover uma qualidade de vida e saúde das populações. Esta articulação é entendida como uma estratégia para o enfrentamento dos diferentes e complexos problemas de saúde que acometem os indivíduos e coletividades.

O movimento da Reforma Sanitária desencadeou esse processo de reformulação das políticas públicas para a criação de um novo sistema de saúde. Este sistema preconizava o direito integral à saúde de todos os indivíduos e coletividades, bem como a descentralização da gestão das ações e serviços prestados. O Sistema Único de Saúde foi criado como decorrência deste processo, e apresentado durante a reforma constitucional, realizada em 1988, a qual

representou o ponto de partida para o avanço da universalização do direito à saúde, ficando estabelecido no artigo 196 da Constituição Federal que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988).

O Sistema Único de Saúde foi regulamentado pelo decreto da Lei Federal nº. 8.080/90 (Lei Orgânica de Saúde), conceituado como “o conjunto de ações e serviços de saúde prestada por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta, e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde, SUS” (BRASIL, 1990).

Para sua organização e funcionamento, foram elaborados os princípios e diretrizes que norteariam suas ações: a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização e hierarquização, a intersetorialidade e o controle social. Neste contexto, foi necessário (re) estruturar todos os serviços de saúde para atender a estes princípios e garantir que toda a população tivesse garantido o seu direito à saúde.

A partir desta (re) estruturação observou-se a necessidade de aumentar o número de profissionais de saúde para atuar na rede de atenção básica, que levou à contratação de diversos profissionais de saúde. Devido ao caráter emergencial das contratações, não foi possível avaliar o perfil destes profissionais que preencheram as lacunas existentes nos serviços de saúde, fato que acabou evidenciando uma baixa qualificação. Logo, a formação e o desenvolvimento profissional passaram a ser considerados como fator determinante na qualidade dos cuidados a serem prestados aos usuários do SUS.

Este fator foi pauta de diversos fóruns de discussão das políticas públicas, dentre eles as Conferências de Saúde, que foram decisivos para a criação de Políticas de Formação e Desenvolvimento dos Profissionais de Saúde do SUS. No

art. 27º da Lei Federal nº. 8.080/90, consta que as políticas que visam ações para estes profissionais “serão formalizadas e executadas, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo” (CARVALHO, SANTOS, 1995, p. 205). Partindo deste pressuposto, considera-se que a formulação e implementação de estratégias de formação e desenvolvimento de recursos humanos são responsabilidade dos gestores de saúde e das instituições de ensino dos três níveis de gestão do SUS, respeitando suas atribuições e competências.

As estratégias devem ser capazes de promover o fortalecimento dos princípios e diretrizes organizativos do SUS e formar profissionais capacitados para atender às necessidades de saúde da população em caráter de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Torna-se inquestionável a importância da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde, pois estes atuam como sujeitos indutores das práticas de atenção, gestão, formação e controle social do SUS. Estes processos educativos devem envolver todos os segmentos da sociedade, para isto é necessária uma articulação entre os gestores e profissionais dos serviços de saúde, das instituições de ensino, dos movimentos sociais e da comunidade no processo de gestão da educação.

Na 12ª Conferência Nacional de Saúde, esta temática incipiente se torna mais explícita, e destaca-se a gestão da educação e formação dos profissionais de saúde, sendo recomendado,

[...] ao Ministério da Saúde e às secretarias estaduais e municipais de saúde a implementação articulada de uma política e de programas de educação permanente, com ênfase nos princípios da intersetorialidade e com equipes multiprofissionais para romper a formação fragmentada e reafirmar os princípios do SUS [...] ampliar e implementar os Pólos de Educação Permanente em Saúde em todos os estados (BRASIL, 2004, p. 124 e 126).

Nesta perspectiva, em 2004 é instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que versa sobre a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor saúde. A Educação Permanente em Saúde (EPS) foi apresentada como uma estratégia fundamental para (re) composição e transformação das práticas de formação, gestão, atenção e controle social a fim de produzir avanços no movimento pela Reforma Sanitária e consolidação do SUS. Insere-se, nesta metodologia, a problematização como uma prática pedagógica capaz de promover uma reflexão crítica sobre as práticas de saúde e os processos de trabalho, assim sendo, parte-se do pressuposto da aprendizagem significativa.

Para que a EPS se constitua num eixo transformador das práticas de saúde – atenção, gestão, educação e controle social – são necessários à alocação de recursos financeiros e a articulação dos três níveis de governo, das instituições de ensino e dos órgãos do controle social na gestão desta política. Esta articulação e alocação de recursos se darão por meio da intersetorialidade – um dos princípios norteadores do SUS. Com este objetivo, a PNEPS criou os Pólos de Educação Permanente em Saúde.

Os Pólos de EPS foram concebidos como espaços coletivos, construídos de modo descentralizado e locorregional. Estes espaços foram sugeridos pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) para que os atores das ações e serviços de saúde e representantes das instituições de ensino pudessem estabelecer o diálogo e a negociação para construção coletiva das estratégias e políticas para formação e desenvolvimento dos profissionais do SUS (BRASIL, 2004). Deste modo, os Pólos de EPS também foram concebidos como Rodas de Discussão e Gestão da EPS num determinado território de abrangência regional.

A partir das Rodas de Discussão e Gestão da EPS, os Pólos de EPS são responsáveis pela elaboração das estratégias de formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde. A elaboração das estratégias de EPS devem ser promovidas através da articulação interinstitucional e intersetorial para a gestão da educação permanente nos serviços de saúde, formulação e implementação das ações de formação e desenvolvimento dos profissionais, indução dos processos de transformação das práticas de saúde no trabalho e na educação, além do estabelecimento de relações de cooperação entre os demais Pólos (BRASIL, 2004). As rodas de Discussão e Gestão da EPS conduziram o processo de gestão das ações de formação e desenvolvimento por meio da atuação de uma plenária que pressupôs a integração entre a educação e o trabalho em saúde.

A constituição desta plenária teve por objetivo a gestão colegiada das estratégias de EPS. A gestão colegiada permitiu a participação de representantes da gestão estadual e municipal de saúde, representantes das universidades e outras instituições de ensino com cursos na área da saúde, núcleos de saúde coletiva, hospitais de ensino, estudantes e profissionais da área da saúde, movimentos sociais, Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e usuários do SUS na tomada de decisão, por consenso, das necessidades de formação e desenvolvimento profissional de saúde (BRASIL, 2004). O Colegiado de Gestão tinha a finalidade de propiciar esses debates de forma participativa e transparente entre os profissionais de saúde e demais atores envolvidos no processo de gestão da EPS.

Os gestores que compõem os Pólos de EPS devem focalizar sua atuação, junto aos profissionais e estudantes da área da saúde, na construção de uma reflexão crítica sobre as práticas de saúde e os processos de trabalho. A utilização de uma metodologia problematizadora, inspirada na visão de Paulo Freire, e

preconizada pela EPS, poderá permitir a transformação das práticas e (re) organização dos serviços de saúde. Desta maneira, será possível pensar num cuidado que atenda as necessidades de saúde dos indivíduos e coletividades, bem como na consolidação do SUS como um sistema universal, integral e igualitário.

Com relação ao cuidado, percebe-se que o trabalho gerencial dos Enfermeiros deve ser focado aos processos de saúde e doença que acometem o ser humano, a organização do trabalho e aos recursos humanos. Estes poderão ser transformados por meio da assistência, gestão e educação em saúde, os quais são concebidos como instrumentos de trabalho destes profissionais. Felli e Peduzzi (2005, p. 1) apontam que o trabalho da enfermagem “não produz bens a serem estocados e comercializados, e sim serviços que são consumidos no ato de sua produção, isto é, no momento da assistência, seja ela coletiva, grupal ou individual”. Sua diferenciação em relação a outros processos de trabalho encontra-se na assertiva que a enfermagem atua para, no e com o ser humano enquanto objeto de transformação.

Percebendo o trabalho gerencial do Enfermeiro como um instrumento estratégico à implantação das políticas públicas de saúde, coloca-se em evidência o compromisso que estes profissionais têm na condução da Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia de transformação das práticas de ensino e (re) organização dos serviços e ações de saúde no contexto do SUS, uma vez que este compromisso permeia todos os demais processos do trabalho da enfermagem (BRASIL, 2004; SANNA, 2007).

Com a finalidade de conhecer a produção acadêmico-científica sobre a temática da educação permanente em saúde, realizou-se pesquisa, na biblioteca de teses e dissertações do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia

(IBICIT), na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS), na Biblioteca virtual de Teses da UERJ, USP e Unicamp, nos bancos de dados (BIREME, LILACS, MEDLINE, CAPES, PUBMED, SCIENCEDIRECT) e nas Revistas da área da saúde e enfermagem em particular.

Na pesquisa realizada nos referidos bancos de dados, utilizou-se como descritores: enfermagem; educação permanente; educação no trabalho; gestão e educação; e, planejamento. Através destes constatou-se que são poucos os artigos que tratam desta temática, e aqueles que têm alguma aproximação referem experiências realizadas em estados e municípios do Brasil, para inserção de processos educativos de caráter permanente na formação dos trabalhadores da saúde, bem como das propostas de educação permanente que são desenvolvidas com o objetivo de formação dos profissionais de saúde, para que estes sejam responsáveis pela (re) organização do trabalho, levando-se em consideração os princípios e diretrizes do SUS (CAMPOS, 2002; MOTTA, 2004; RIBEIRO, MOTTA, 2004; FERRAZ, 2005; VIEIRA, 2006).

Alguns artigos tratam da formação dos profissionais de saúde, da produção de conhecimento e da prestação de serviço como elementos que se inter-relacionam para construção de uma nova prática educativa, além do caráter interdisciplinar e multiprofissional que deveria ser dado a esta prática. Estes artigos foram publicados antes da criação da Política de Educação Permanente em Saúde, o que denota a preocupação existente com os processos educativos da época. Os artigos mais atuais versam sobre a construção da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como uma perspectiva de formação e desenvolvimento profissional no exercício do trabalho, a fim de que a disseminação da capacidade pedagógica possa transformar as práticas de saúde, dentre elas, há maior enfoque quanto à atenção,

gestão, educação e controle social em toda a rede de serviços de saúde do SUS. A formação e construção dos Pólos de EPS começaram a ser pesquisadas a partir de 2006, na maior parte dos artigos encontrados, ele é citado como uma estratégia para a adequação e formação dos profissionais de saúde da família, ou como estratégia que promova a transformação das práticas de saúde (CECCIM, FEUERWERKER, 2004; CECCIM, 2005; SANTANA, 2005; COSTA, 2006; FARAH, 2006).

Nos artigos levantados nenhum levou em consideração o processo de gestão dos Pólos de Educação Permanente em Saúde e nem as estratégias formuladas e implementadas para promover a articulação, a negociação e a pactuação entre os serviços de saúde e as instituições de ensino para dar concretude a EPS. Assim sendo, a relevância deste estudo encontra-se alicerçada na busca do preenchimento destas lacunas a fim de apontar o processo de gestão formulado e implementado pelos gestores do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS e identificar a visibilidade dos enfermeiros no processo.

Os resultados desta pesquisa podem servir de base para avaliar os processos de gestão dos Pólos, (re) formulação das políticas públicas de saúde, elaboração de estratégias de gestão da EPS, e sensibilização dos profissionais Enfermeiros quanto à importância de sua participação nos processo de gestão da EPS. Esta sensibilização tem a finalidade de instigar os Enfermeiros a refletir sobre seus processos de trabalho, além de demonstrar a importância da participação destes profissionais em todas as práticas de saúde que envolve a atenção, gestão, formação e controle social no SUS, de modo que percebam o seu compromisso sócio-político na formulação de políticas públicas.

Diante do exposto, formulo a seguinte **questão de pesquisa**:

Na perspectiva dos gestores do Pólo de Educação Permanente em Saúde da Macrorregião Sul do RS, quais as estratégias formuladas e implementadas, com as instituições de ensino e os serviços de saúde na formação dos profissionais, para a consolidação do SUS, e qual a visibilidade dos Enfermeiros nesse processo de gestão?

Com base na questão pesquisa **pressuponho** que:

- Os gestores do Pólo de Educação Permanente em Saúde da Macrorregião Sul do RS formularam estratégias de gestão e de EPS com as instituições de ensino e os serviços de saúde, na formação dos profissionais de saúde para a consolidação do SUS;
- Os gestores do Pólo de Educação Permanente em Saúde da Macrorregião Sul do RS implementaram algumas estratégias de gestão e de EPS com as instituições de ensino e os serviços de saúde, na formação dos profissionais de saúde, nos níveis de Gestão, Atenção, Formação e Controle Social;
- O Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS conseguiu estabelecer inter-relações necessárias para promover a negociação, a pactuação e a articulação com as instituições de ensino e os serviços de saúde;
- Os gestores do Pólo de Educação Permanente em Saúde da Macrorregião Sul do RS formularam estratégias para a adequação do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS à Portaria GM/MS nº. 1.996/2007;
- Os Enfermeiros participaram do processo de gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS

Objetivo Geral:

Conhecer as estratégias formuladas e implementadas, com as instituições de ensino e os serviços de saúde na formação dos profissionais, para a consolidação do SUS, na perspectiva dos gestores do Pólo de Educação Permanente em Saúde da Macrorregião Sul do RS e identificar a visibilidade dos Enfermeiros nesse processo de gestão.

Objetivos Específicos:

- Conhecer as principais estratégias formuladas e implementadas pelos gestores do Pólo de Educação Permanente em Saúde da Macrorregião Sul do RS;
- Conhecer como o Pólo de Educação Permanente em Saúde da Macrorregião Sul realizou a negociação, a pactuação e a articulação com as instituições de ensino e os serviços de saúde;
- Apontar as principais facilidades e dificuldades na formulação e implementação das estratégias de gestão do Pólo de Educação Permanente em Saúde da Macrorregião Sul;
- Reconhecer as estratégias formuladas para a adequação do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS à Portaria GM/MS nº. 1.996/2007;
- Identificar a visibilidade dos Enfermeiros no processo de gestão do Pólo de Educação Permanente em Saúde da Macrorregião Sul.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo apresento o referencial teórico construído para dar sustentação teórica à temática proposta. Com o intuito de descrever a trajetória sócio-política da Reforma Sanitária Brasileira na formulação das políticas públicas de saúde, inicialmente, abordo o **Sistema Único de Saúde**. Com vistas a aprofundar as questões de gerenciamento em saúde que estão imbuídas nos objetivos e pressupostos deste estudo, busco elucidar os principais conceitos que norteiam a **Estratégia** e a **Gestão**, assim como as **Funções gestoras e atribuições das esferas de gestão do SUS**.

Com ênfase na política de recursos humanos na formação e desenvolvimento para o SUS, apresento os principais conceitos que fundamentam a **Educação Permanente em Saúde: uma ferramenta de gestão estratégica**, as principais diretrizes para a condução da **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS): uma estratégia para a formação e desenvolvimento profissional no SUS**, bem como o espaço coletivo constituído para a condução do **Pólo de Educação Permanente em Saúde**. Durante a elaboração deste estudo houveram mudanças políticas no Ministério da Saúde e foram introduzidas algumas alterações no contexto da PNEPS. Neste sentido, emergiu a necessidade de acrescentar uma discussão a cerca da **Portaria GM/MS nº. 1.996/2007**, que dispõe sobre modificações estruturais, funcionais e organizativas desta política.

Para concluir o referencial apresento o **Trabalho Gerencial do Enfermeiro**, visto que este profissional é co-gestor dos processos de atenção, gestão, formação e controle social na saúde e participa da construção de políticas públicas de saúde e

no processo de sua implementação.

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

“Compreender uma obra-prima é, em suma, criá-la em si mesmo, de novo¹”.

Ao longo de muitas décadas vêm sendo discutidas às questões que permeiam as condições de vida e saúde da população e que desencadearam um processo de (re) formulação das políticas públicas com o intuito de promover ações e serviços de saúde que tivessem um caráter universal, a fim de garantir o direito à saúde e à cidadania, através de princípios norteadores, a todos os indivíduos e coletividades.

Este processo de (re) formulação política foi iniciado no Movimento pela Reforma Sanitária, o qual desencadeou a implementação do maior sistema público de saúde do mundo. Neste movimento destaca-se: a crise de financiamento do modelo de assistência médica e a mobilização política dos trabalhadores da saúde, dos centros universitários e de setores organizados da sociedade.

Para Souza (2002, p. 5), este sistema público de saúde se originou:

[...] quando era um sistema em que a assistência encontrava-se associada à contribuição previdenciária, restringindo a cobertura à população formalmente vinculada ao mercado de trabalho, complementada por instituições públicas ou filantrópicas de amparo aos *indigentes*.

Estes fatores evidenciavam a necessidade de mudança no sistema de saúde brasileiro, pois este oferecia ações e serviços de saúde desintegrados, com cobertura desigual nos diferentes estados do Brasil, alocação de recursos financeiros insuficientes em relação às necessidades de atendimento e existiam

¹ Carvalho, Santos (1995, p.34) ao citar esta frase de Anatole France, diz que “este pensamento é aplicável a qualquer produto do intelecto humano, isolado este, ou em coletividade; abrange a linguagem em geral; as expressões do Direito, em particular”.

lacunas na definição das competências entre os órgãos que faziam parte do sistema. O somatório destes fatores explicitava a baixa qualidade das ações e serviços que eram oferecidos aos usuários deste sistema de saúde.

Além da precariedade no sistema de saúde que era oferecido à população, a desigualdade social permeava o contexto sócio-econômico do Brasil e se manifestava pela crescente centralização de renda em alguns Estados mais desenvolvidos, que ocasionavam uma situação de pobreza e exclusão social. A reversão dessa realidade se constituía num desafio para os Poderes Públicos e para a sociedade.

As questões que envolviam a Reforma Sanitária foram amplamente discutidas na VIII Conferência Nacional de Saúde, que elaborou as bases e diretrizes que nortearam esta reforma, além de definir os fatores condicionantes e determinantes da saúde: alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1988).

Com o intuito de oferecer um sistema de saúde capaz de atender as necessidades de saúde, oriundas destes fatores determinantes, a Constituição Federal de 1988 modificou o sistema político de saúde vigente naquela época, e estabeleceu um conceito de saúde que além de assegurá-la como direito da população, a determinou como dever do Estado, conforme estabelece o artigo 196:

[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Para garantir o cumprimento deste dever, o sistema político federativo do Brasil, que é constituído por três esferas de governo – União, Estados e Municípios - passou a ser considerado autônomo político-administrativamente e sem vinculação hierárquica em sua existência para permitir a descentralização das ações e serviços de saúde. A descentralização visou garantir o direito à saúde e cidadania dos indivíduos e coletividades, levando em consideração as desigualdades sociais do país, para a formulação e implementação de políticas públicas.

Quanto à descentralização das políticas públicas de saúde, foram considerados os fatores:

[...] múltiplas determinações sobre o estado de saúde da população e dos indivíduos; diversidade das necessidades de saúde em uma população; diferentes tipos de ações e serviços necessários para dar conta dessas necessidades; capacitação de pessoal e recursos tecnológicos requeridos para atendê-las; interesses e pressões do mercado na área da saúde [...] (SOUZA, 2002, p. 10).

Para isto, se fez necessário que as funções das diferentes esferas de governo fossem explícitas em cada área das políticas nacionais, e que fossem adotados diferentes mecanismos de articulação entre as três esferas com ênfase numa lógica de cooperação e complementação entre União, Estados e Municípios para a implementação de políticas (BRASIL, 1990).

Nesta lógica, os municípios ficaram com maior responsabilidade sobre a formulação das políticas de saúde de acordo com as especificidades apresentadas pelo federalismo, que apontou uma diversidade em termos de porte, desenvolvimento político, econômico e social que influenciariam na capacidade de arrecadação tributária e capacidade institucional do Estado. Estes fatores implicaram em diferentes possibilidades de implementação política devido à complexidade de enfrentamento dos desafios mencionados. Para Souza (2002), o federalismo encontra-se em processo de construção e é caracterizado pela existência de conflitos na descentralização das políticas e pela “confusão” na definição do papel do gestor em cada esfera de governo na área da saúde.

O SUS foi implementado no início dos anos 90, após a criação da Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei n°. 8.080 de 19/09/1990, que o regulamentou através de princípios e diretrizes gerais para a organização e funcionamento deste sistema, acrescentando fatores determinantes e condicionantes ao conceito de saúde.

Deste modo, temos a Constituição Federal assegurando a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado mediante a implementação de políticas sociais e econômicas que visem o acesso universal, igualitário e integral às ações e

serviços de saúde de forma a promover, proteger, prevenir e recuperar as condições de vida e de saúde dos indivíduos e coletividades; e a LOS 8080/90, que além de definir os fatores determinantes e condicionantes da saúde, regulamenta e define o SUS, como:

O conjunto de ações e serviços de saúde prestada por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta, e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde, SUS (BRASIL, 1990).

Portanto, o SUS não é uma política que veio para substituir o INAMPS, mas um novo sistema de saúde que se encontra em processo de construção e implementação política e organizacional, com o intuito de (re) ordenamento das ações e serviços de saúde, reconhecendo a saúde e a cidadania como um direito de toda a população brasileira, e que deverá ser assegurado pelo Estado. Atualmente, o SUS “se consolida como um sistema de acesso universal que abarca a integralidade da atenção à saúde como um direito de cidadania” (SOUZA, 2002, p. 5).

Prevendo-se a integralidade da atenção à saúde, os objetivos do SUS, de acordo com o artigo 5º da LOS, estão assim dispostos:

- I – a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II – a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto na § 1º, do artigo 2º desta Lei²;
- III – a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990).

² Art. 2º. A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

Estes objetivos visam reforçar a saúde como um direito fundamental do ser humano e expresso através de condições que garantam uma qualidade de vida deste indivíduo, cabendo ao Estado o dever de assegurar as condições econômicas e sociais que propiciem o bem-estar dos indivíduos e coletividades, através da formulação de políticas de saúde que interfiram nestas condições a fim de prevenir doenças e outros agravos, estas políticas devem ter caráter universal e igualitário.

Tomando como base a constituição do SUS e os objetivos à que se propõe, pode ser visto como um sistema político que visa garantir o direito à saúde e cidadania de indivíduos e coletividades através do Poder conferido ao Estado nas três esferas de gestão – Federal, Estadual e Municipal - baseado na identificação dos fatores condicionantes e determinantes de saúde da população. Esta identificação se faz necessária para que o SUS tenha condições de executar, ordenar, fiscalizar, controlar e formular políticas públicas para as ações e serviços de saúde, tanto de órgãos públicos, quanto os do setor privado que o integram, para que estes tenham caráter de promoção, prevenção e recuperação da saúde de indivíduos e coletividades usuários deste sistema.

Em relação ao funcionamento dos serviços privados de assistência à saúde, os artigos 20, 21, 22 e 23 da LOS 8.080/90 assinalam:

[...] pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde. [...] a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. [...] na assistência à saúde serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde – SUS quanto às condições para seu funcionamento. [...] é vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos (BRASIL, 1990).

São respaldados na LOS os serviços privados que não integram o sistema público de saúde, como àqueles que são conveniados ou contratados como serviços complementares da rede de atuação do SUS. A participação complementar da iniciativa privada é vinculada à rede de serviços do SUS, quando as suas disponibilidades são insuficientes para garantir a cobertura assistencial prestada a uma determinada população. Esta parceria é garantida nos artigos 24, 25 e 26 da LOS e artigo 199 da Constituição Federal (CARVALHO, SANTOS, 1995).

Conforme a Constituição Federal, o SUS foi criado obedecendo aos princípios doutrinários da **universalidade**, **eqüidade** e **integralidade**, e está organizado sob três diretrizes, são elas: **descentralização**, com direção única em cada esfera de governo; **atendimento integral**, que abrange as atividades assistenciais preventivas e curativas; e a **participação da comunidade**, que se configura como o exercício do controle social sobre as ações e serviços de saúde (BRASIL, 1990).

A **Universalidade** pressupõe a garantia do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, independente de qualquer requisito. Este princípio é norteado pelo direito à saúde e cidadania de toda a população, assegurada pela LOS n°. 8080/90, pois a saúde passou a ser um “direito público subjetivo, garantido pelo Estado, e não mais um *seguro social* a ser satisfeito mediante contribuição especial do cidadão” (BRASIL, 1990). Após a regulamentação e implementação do SUS, o acesso ficou garantido a todos os cidadãos pela Constituição Federal, e o Estado é responsável pelo provimento dos recursos financeiros para manutenção e cobertura do acesso integral a este sistema.

A **Eqüidade** preconiza a igualdade da assistência à saúde prestada nos serviços públicos, caracterizando um atendimento onde não pode haver distinção entre as pessoas, ou seja, sem preconceitos ou privilégios de qualquer natureza.

Este princípio garante a igualdade entre todos os cidadãos perante o SUS, considerando as diferenças de cada indivíduo ou coletividade nos diferentes contextos sociais, culturais e regionais que se encontram inseridos. Estas diferenças demandam de atendimentos individualizados, respeitando as subjetividades da saúde de cada pessoa. O atendimento individualizado “é exatamente o atendimento especial, desigual, que preserva o princípio da igualdade e possibilita a justiça na assistência à saúde de indivíduos com maior grau de carência física, mental ou sensorial” (BRASIL, 1990).

A **Integralidade** da assistência indica que as ações e os serviços de saúde devem ser combinados, de forma harmônica e igualitária, entre ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, isto implica numa atenção individualizada e integral para cada situação de saúde em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 1990). O primeiro desafio do SUS é garantir o acesso às ações e serviços de saúde, de forma universal, igualitária e integral, respeitando as condições de saúde e doença dos indivíduos, de modo que recebam assistência nos níveis de prevenção, promoção e recuperação com efetividade e resolutividade.

Os princípios organizativos do SUS fundamentam-se na descentralização, que abrange a intersetorialidade, a regionalização e a hierarquização; a assistência integral que prevê a resolutividade e a racionalização; e o controle social.

A **Descentralização** se refere às questões político-administrativas que tem direção única em cada esfera de governo, ou seja, no âmbito Federal, Estadual e Municipal. Portanto, a descentralização é entendida como uma redistribuição das responsabilidades às ações e serviços de saúde entre os níveis de governo, partindo do pressuposto que quanto mais perto do fato a tomada de decisão terá mais chance de acerto (BRASIL, 1990).

Desta forma, as atribuições de cada nível de governo deverão ser redefinidas, sendo concedido ao município um grande poder sobre as decisões do setor saúde, é ele que possui a maior responsabilidade na implantação das ações de promoção, prevenção e recuperação que garantir e assegurar o acesso ao direito à saúde e cidadania dos indivíduos e coletividades, este processo denominou-se municipalização da saúde. Mais adiante serão apresentadas as Normas Operacionais Básicas que definem o papel de cada esfera de governo quanto à descentralização.

A **Intersetorialidade** é um princípio que tem como lógica a orientação de todas as políticas públicas, através da articulação entre os diferentes setores, principalmente entre os Ministérios, que representam as três esferas de governo e a sociedade em geral. Seu eixo norteador é a cidadania e inclusão social, que se constrói a partir de planejamento, individual ou coletivo, de ações e serviços de saúde implementada de forma integrada.

Esta abordagem intersectorial se potencializa “nas relações articuladas do governo com a sociedade organizada e a cidadania se estabelece pelo movimento de ampliação do caráter público em todas as suas ações” (BRASIL, 2004, p. 43). Desta forma, a intersectorialidade se torna uma prática de ação política e de gestão.

Sob este prisma, para garantir que o SUS propicie a equidade no acesso, na distribuição e na oferta de ações e serviços de saúde que promovam uma qualidade de vida aos seus usuários, é fundamental implementação de políticas públicas intersectoriais.

A **Regionalização** e a **Hierarquização** das redes assistencialistas públicas são pressupostos da descentralização de ações e serviços de saúde, tendo sido consideradas formas conceituais da organização do SUS que se encontram imbricadas nos processos de planejamento e operacionalização deste sistema.

A Regionalização é entendida como a distribuição de ações e serviços de saúde, de qualquer nível de complexidade, que são organizados para atender as necessidades da população de uma determinada região. Isto foi previsto na organização do SUS, pois nem todos os municípios têm condições para atender estas demandas. Esta forma de organização exige uma hierarquização destes níveis de complexidade, cada um com sua resolatividade própria.

Esta Hierarquização supõe três ou quatro níveis de complexidade na integralidade da atenção à saúde, são eles: a atenção básica – Nível Primário; os centros de especialidades – Nível Secundário; a assistência médica e hospitalar – Nível Terciário; e os procedimentos especializados que inclui diagnóstico e terapia avançada – Alta Complexidade.

Deste modo, a rede de ações e serviços de saúde do SUS deverá ser organizada de maneira regionalizada e hierarquizada, a fim de permitir e facilitar a identificação e resolatividade dos problemas de saúde dos indivíduos e coletividades pertencentes à determinada região, para que o planejamento contemple o suporte técnico e de recursos humanos indispensáveis, o provimento de recursos financeiros adequados, e a definição do poder decisório (BRASIL, 1990).

A **Resolatividade** consiste na capacidade que cada ação ou serviço de saúde possui para resolver os problemas de saúde e atender às necessidades da população que busca o atendimento em todos os níveis de complexidade. É necessário que a equipe de saúde, de cada nível de complexidade da assistência,

seja capacitada e qualificada para identificar seu poder resolutivo, na ausência deste ter autonomia para realizar os encaminhamentos necessários a fim de garantir o direito à saúde e cidadania da população (BRASIL, 1990).

A **Racionalidade** prevê que as ações e serviços de saúde devem ser oferecidos de modo a atender as reais necessidades de saúde da população, eliminando o desperdício e fazendo com que os recursos públicos sejam aplicados da melhor maneira possível e de forma racional.

Para garantir que os princípios doutrinários e organizativos sejam cumpridos de forma a garantir o acesso às ações e serviços de saúde do SUS, a participação da comunidade - governos, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e, principalmente, os usuários dos serviços – acontece nos processos de gestão, controle e fiscalização.

O **Controle Social** é a garantia constitucional de que a participação da comunidade acontecerá através de suas entidades representativas. Neste sistema ela acontece através dos Conselhos de Saúde e das Conferências nos três níveis de governo, onde todo cidadão poderá participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução com poder deliberativo.

A segunda Lei Orgânica da Saúde, Lei nº. 8.142, foi instituída em 28/12/90 para complementar a LOS nº. 8.080/90 e dispõe sobre a reorientação da participação da comunidade na gestão do SUS através das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, que serão representados em todas as esferas de governo, bem como ao repasse direto de recursos financeiros arrecadados pela União, para os Estados, Distrito Federal e Municípios, desde que sejam respeitadas as normas em vigor (BRASIL, 1990).

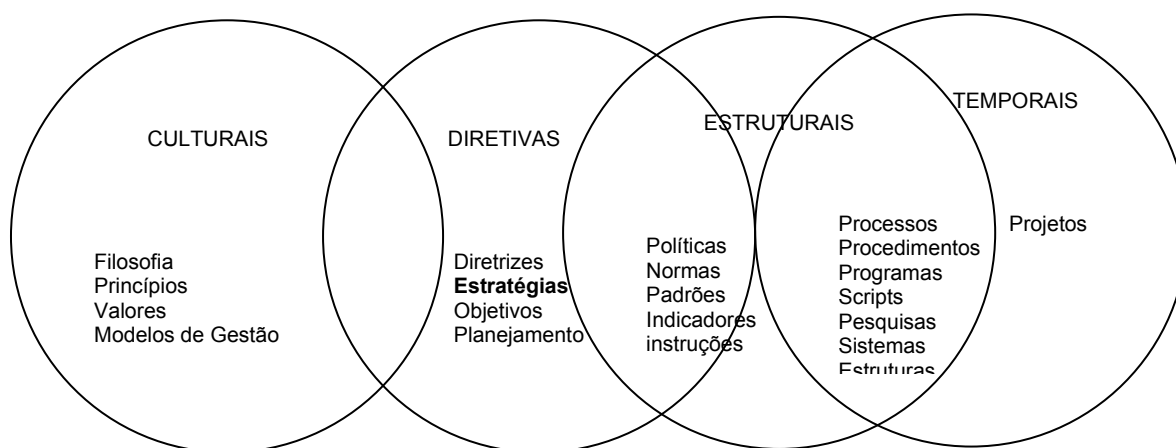
Assim, os principais fundamentos jurídicos e normativos que demandam sobre a descentralização do SUS, são: a Constituição Federal de 1988, Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080/90 e a Lei nº. 8.142/90. Estes fundamentos servem para organizar e operacionalizar o SUS, a fim de que o conjunto de ações e serviços de saúde, nos três níveis de gestão, atue de forma a promover, prevenir e recuperar a saúde de indivíduos e coletividades, garantindo o direito ao acesso universal, integral e igualitário a estas ações e serviços de todos os cidadãos, constituindo um processo capaz de nortear as políticas públicas de saúde.

2.2 ESTRATÉGIA

A **Estratégia** pode ser entendida como uma ferramenta de gestão que pode nortear a construção e condução das políticas públicas de saúde. A seguir apresento alguns conceitos que fundamentam esta prática de gestão.

As práticas ou **ferramentas de gestão** fazem parte do modelo de gestão que as instituições e serviços de saúde adotam - neste estudo o planejamento estratégico – com o objetivo de traduzi-lo em ação. Para Gomes (2004, p. 131), as práticas ou ferramentas de gestão são “ações concretas, atividades executadas regularmente no dia-a-dia das empresas, com a finalidade de gerir uma organização, de acordo com padrões de trabalho”. A figura 1 demonstra a classificação e as principais ferramentas de gestão encontradas nas instituições e serviços de saúde na concepção de Gomes (2004, p. 131).

Figura 1 - Práticas e Ferramentas de Gestão



Fonte: Gomes (2004).

Neste estudo, a ferramenta de gestão de maior relevância é a estratégia, visto que a educação permanente em saúde é assim concebida pelo Ministério da Saúde na formação e desenvolvimento para o SUS (BRASIL, 2004). Para Mintzberg et al. (2006), não existe uma definição única para conceituar a estratégia. Ela poderá ser entendida como uma perspectiva que conduz a uma ação, podendo estar interligada a uma organização sem que isto seja pretendido, definido ou formulado por seus administradores/gestores.

Atualmente, no meio acadêmico, é reconhecido que existem diferentes modelos estratégicos, portanto diferentes conceitos, ou múltiplas definições que permitem ao administrador/gestor movimentar-se nesse campo de atuação, de acordo com suas necessidades. As definições mais usuais falam sobre a estratégia sob cinco perspectivas, são elas:

- **Plano** - que é a mais aceita nas instituições e serviços de saúde, é “uma ação consciente pretendida, uma diretriz para lidar com uma situação”;
- **Padrão** - que envolve o plano e o “comportamento resultante da ação”; nestes dois casos, os autores comentam que as estratégias como planos

podem ser pretendidas, e, como padrões podem ser realizadas.

- **Posição** - podemos dizer que ela é um meio de localizar determinada organização no seu ambiente;
- **Perspectiva** - vislumbra a estratégia para além do seu ambiente, determina o “caráter da organização” e como ela interage com o seu ambiente interno e externo;
- **Inter-relação** - de todas elas, a maneira com que cada uma interage e complementa a outra (MINTZBERG et al., 2006, p. 26 e 27).

Seguindo esta linha de pensamento, Quinn (2006, p. 29) conceitua estratégia como “o padrão ou plano que integra as principais metas, políticas e seqüências de ação da organização em um todo coeso”. Para este autor existem significados diferentes para estratégia, objetivos, metas, política e programas, de acordo com a visão de cada indivíduo e da cultura organizacional. Para Siqueira (2001, p. 37) estratégia é “um conjunto de ações, de atitudes obtidas através da reflexão dialógica dos trabalhadores da organização/empresa que visa o alcance dos seus propósitos”.

Quando a estratégia for bem formulada poderá organizar e alocar, de forma única e viável, os recursos para uma organização, mesmo que ela tenha deficiências internas de gerenciamento promovidas pelas mudanças externas do ambiente. A formulação da estratégia faz parte de um pensamento formal e sistêmico que a delimita a partir das três dimensões já citadas anteriormente - meta, política e ação. O desenvolvimento da meta é parte integrante da formulação, pois como a estratégia convive com o imprevisível e o desconhecido, é através da meta que será estabelecido o que vai ser atingido e quando os resultados deverão ser obtidos (QUINN, 2006).

No entendimento de Porter (2006), o fato das organizações estarem buscando produtividade, qualidade e velocidade nos seus processos de resolução de problemas, acabou na criação de um grande número de ferramentas gerenciais – gerenciamento com qualidade total, avaliação de desempenho, competição baseada em tempo, terceirização, entre outras – que acabaram tomando o lugar da estratégia. No entanto, elas traduzem o que chamamos de eficácia operacional, ou seja, as instituições e serviços de saúde acabam por desempenhar atividades similares melhores que outros do mesmo segmento, o que não significa um diferencial competitivo.

Para este autor, a estratégia baseia-se em atividades únicas, o que significa desempenhar atividades similares de uma maneira diferente das outras propostas. Neste contexto, a estratégia é lavada em consideração de acordo com o seu posicionamento no ambiente, ou seja, ela pode ser baseada em variedade – produtos e serviços; de acordo com as necessidades dos indivíduos ou grupos – atividades específicas; e, ainda baseado em acesso – segmentação de clientes. Assim sendo, estratégia é a criação de uma posição de valor e única, envolvendo um conjunto de atividades diferentes (PORTER, 2006).

Ao fazer uma reflexão crítica sobre os conceitos destes autores, concebe-se a estratégia como elemento de um planejamento previamente construído pelos atores envolvidos neste processo, a partir dos valores e objetivos de uma determinada organização. Ela será responsável pela orientação da organização no seu ambiente interno e externo, determinando o que será realizado – plano de ação – para que os objetivos sejam alcançados a curto ou longo prazo. Para isto, pode ser necessário que os gestores tenham em mente a importância do processo de formulação da estratégia.

Na linguagem gerencial, a formulação da estratégia exige que o gestor conheça a situação externa – oportunidades e ameaças, bem como a capacidade administrativa e operacional de todos os níveis hierárquicos – forças e fraquezas, que possam comprometer o alcance dos objetivos da instituição. Assim é necessário um ajuste entre os ambientes externo e interno – estrutura organizacional, além da identificação dos recursos disponíveis – físicos, materiais e humanos (CIAMPONE & MELLEIRO, 2005; GELBCKE et al., 2006; LANA & GOMES, 1996; MINTZBERG et al., 2006; ROBBINS, 2002).

Esse processo de formulação da estratégia compreende o que uma instituição pode realizar de acordo com as oportunidades que o ambiente oferece e o que ela poderá realizar em relação a sua capacidade estrutural, e, o que ela vai desejar realizar baseada nos seus valores e objetivos e visão a institucional. Ou como afirma Siqueira (2001, p. 38)

[...] ao traçar estratégias, é necessário distinguir entre o que deve evoluir e o que é preciso revolucionar, já que a visão é o futuro e, para vê-lo, há necessidade de vontade para olhar o *negócio* que a organização/empresa se propõe, analisá-lo com vistas ao que se deve seguir, ou o que deve ser rompido e o que deve ser inovado. Ao olhar desta maneira a organização/empresa, existe a possibilidade de descobrir capacidades que vão além das fronteiras tradicionais da organização. Além de construir novos conhecimentos, que não são tradicionais, é preciso saber integrá-los aos velhos problemas ou sintetizar os vários tipos de conhecimentos.

Para estes autores, algumas técnicas podem ser utilizadas pelos gestores com o intuito de promover a participação de todos os atores da instituição na formulação das estratégias SIQUEIRA (1998; 2001); CONTRERAS (1999); MARQUIS & HUSTON (1999); CHIAVENATO (2003).

A **Formação de Grupos** é uma técnica muito utilizada na gestão de diferentes segmentos de uma organização, pois visa o trabalho coletivo em busca de

um objetivo comum a todos os atores envolvidos num determinado processo de trabalho, partindo do pressuposto que os atores vão influenciar-se mutuamente a partir da inter-relação baseada no respeito às características e conhecimentos individuais (SIQUEIRA, 1998, 2001; MARQUIS & HUSTON, 1999).

Na concepção de Contreras (1999) o grupo é definido:

[...] como um conjunto de sujeitos que interagem movidos por um fim comum a todos eles [...] consideramos como elemento criativo para gerar propostas de trabalho, ações para a intervenção social, recursos, etc. Ele é capaz de transformar por si mesmo o ambiente, contribuindo para o desenvolvimento comum (CONTRERAS, 1999, p. 7 e 13).

Para Schermerhorn (2003 p. 132) grupo é:

Um conjunto de duas ou mais pessoas que trabalham juntas regularmente com a intenção de atingir um ou mais objetivos comuns. Num verdadeiro grupo, os membros são mutuamente dependentes e interagem para atingir as metas comuns num período determinado de tempo.

Os **Comitês/Comissões** também são formados por grupos de pessoas que interagem em busca de um objetivo comum, sua implementação é vista como responsabilidade dos gestores. Em algumas literaturas também são concebidas como conselhos, juntas e grupos de trabalhos, além de não possuírem uma única denominação a sua formatação referente ao seu conteúdo e estrutura também se apresentam de diversas maneiras (MARQUIS & HUSTON, 1999; CHIAVENATO, 2003).

Conforme os mesmos autores, os comitês/comissões desempenham algumas funções que podem variar desde administrativas, consultivas, técnicas, acadêmicas ou assistencialistas, com vistas a minimizar problemas de comunicação entre as cadeias de comando na gestão organizacional.

Marquis & Huston (1999, p. 211), acrescentam:

[...] uma vez que os comitês se comunicam com os níveis superiores e inferiores e estimulam a participação de funcionários interessados ou influenciados, eles auxiliam a organização na recepção de *feedback* valioso e de informações importantes. Eles geram idéias e pensamentos criativos para a resolução de problemas operacionais ou aperfeiçoam os serviços, além de freqüentemente melhorarem a qualidade e a quantidade do trabalho realizado.

Neste sentido, os comitês/comissões podem ser percebidos como um grupo de pessoas que se reúnem para pesquisar um determinado assunto e formar opiniões para auxiliar os gestores na tomada de decisão para resolução de problemas administrativos, operacionais, assistenciais, de ensino ou pesquisa de acordo com a natureza ou o negócio da organização (CHIAVENATO, 2003).

Mesmo havendo divergências nas concepções dos comitês/comissões quanto ao seu conteúdo e estrutura, Chiavenato (2003, p. 198) listou alguns tipos:

Formais: quando fazem parte integrante da estrutura formal da organização com deveres e autoridade delegados [...] têm existência duradoura e podem ter um lugar na estrutura da organização.

Informais: quando são organizadas para desenvolver algum estudo, plano ou decisão grupal sobre um problema especial [...] não tem posição definida, nem delegação de autoridade.

Temporárias: quando sua duração é relativamente curta por estar relacionada com o estudo, trabalho ou tratamento de algum assunto.

Relativamente permanentes: quando sua existência é mais prolongada no tempo [...] são mais duradouras que as comissões informais.

Os comitês/comissões não são considerados instituições formais, mas uma ferramenta de gestão que podem ser constituídas de acordo com as necessidades organizacionais. Normalmente são formadas por atores de diferentes segmentos e níveis hierárquicos da sua estrutura formal, que atuam por certo período de tempo.

Chiavenato (2003) sugere que as comissões sejam constituídas para auxiliar a organização na tomada de decisão e julgamentos coletivos; para coordenação de

planos que envolvem mais de um segmento da estrutura organizacional; para disseminar informações necessárias para realização dos procedimentos operacionais, normas e outras pertinentes aos processos de trabalho; e, para descentralizar o poder decisório, permitindo que mais de uma pessoa tenha responsabilidade sobre a gestão garantindo certa flexibilidade na organização. As informações pertinentes aos processos decisórios das comissões devem utilizar-se da comunicação para disseminá-las em toda a organização.

A **comunicação** é entendida como a troca de informações entre duas ou mais pessoas com o intuito de torná-las comum a todas para que possam traduzi-las em ação. Chiavenato (2003, p. 128) a constitui como “um dos processos fundamentais da experiência humana e da organização social”.

Para Chiavenato (2003), os principais propósitos da comunicação como uma atividade gerencial parte dos seguintes pressupostos: “proporcionar informação e compreensão necessárias ao esforço das pessoas e proporcionar as atitudes necessárias para a motivação, cooperação e satisfação” (CHIAVENATO, 2003, p. 128).

Acredita-se que através da comunicação os atores podem ser responsáveis por modificar atitudes frente aos processos de trabalho, principalmente quando envolve grupos de pessoas, pois a partir da concretização destes pressupostos é possível promover mudanças no ambiente organizacional conduzindo as pessoas ao trabalho em equipe e um melhor desempenho na realização das suas ações/atividades.

Ainda com relação ao trabalho em equipe, a **reunião** significa agrupar pessoas, ou seja, é o ato ou efeito de reunir pessoas. Este agrupamento pode ser para as mais diversificadas finalidades: reunião social, reunião de avaliação, reunião

de trabalho. Essa última, geralmente, é realizada pelas organizações com o objetivo de: disseminar informações – informativa, tomada de decisão – deliberativa, ou para planejar ações – organizativa. Para a reunião de trabalho ser eficaz é necessário um planejamento prévio quanto à temática a ser apresentada, horário, local, participantes e a escolha da coordenação para produzir os efeitos esperados e, assim, ser produtiva.

Neste sentido Carvalho (1999, p. 179) ao referir-se à organização que aprende diz que:

[...] deve desenvolver programas de aperfeiçoamento na condução de reuniões de trabalho, evitando-se perda de tempo e de dinheiro, desperdício de talentos, desgastes e mal-entendidos. Dessa forma, o conhecimento das condições de eficácia e dos procedimentos parece, aqui, mais do que necessário.

Os grupos podem ser conduzidos por diferentes dinâmicas que propiciem o alcance dos seus objetivos, assim como o desenvolvimento inter-pessoal e profissional de cada indivíduo. Para Contreras (1999, p. 50) a motivação é um fator muito importante para o desenvolvimento e a condução de grupos, definindo-a “como a força que nos dirige de uma forma persistente a um objetivo”.

A **motivação** pode ser utilizada como um meio de comunicação com o objetivo de abranger questões que permeiam o processo de trabalho de todos os atores da organização. Ela “refere-se às forças dentro de cada pessoa que a conduzem a um determinado comportamento” (CHIAVENATO, 2003, p. 144).

Este comportamento na maioria das vezes é motivado por meio de negociação, diálogo, sensibilização, divulgação e informação, que são meios de comunicação que motivam e integram as pessoas no modelo de gestão das instituições e serviços de saúde.

Com relação ao modelo de gestão abordado neste estudo, Cecagno e Siqueira (2006, p. 133) acrescentam:

A motivação dos funcionários possui um enfoque significativo [...] uma vez motivados e integrados, possuindo como núcleo orientador a visibilidade do plano estratégico da organização, o cumprimento da missão institucional poderia estar agregado à satisfação profissional e incentivando o indivíduo a um maior comprometimento e envolvimento consigo e com a instituição.

A motivação para os processos de trabalho e de gestão pode ser uma estratégia capaz de modificar os comportamentos frente às necessidades da organização, pois sendo o comportamento do homem motivado por buscas que satisfaçam suas necessidades individuais e profissionais, ele poderá ser estimulado a vislumbrar os objetivos organizacionais como parte dos seus propósitos pessoais (MARQUIS & HUSTON, 1999; CHIAVENATO, 2003).

Deste modo, os grupos, os comitês/comissões, as reuniões, a comunicação e a motivação também passam a integrar as estratégias de gestão das instituições e serviços de saúde como ferramentas indispensáveis para a disseminação de informações necessárias para a formulação e implementação do seu modelo de gestão.

Siqueira (1998, p. 47) corrobora com essa idéia de motivação e acrescenta:

[...] os interesses, as atitudes, os sentimentos, as crenças e os valores individuais do grupo, podem ser despertados e desenvolvidos através de estímulos e motivações, pois o indivíduo, sob a interferência do ambiente, influi e é influenciado por aqueles que mantêm contato e procura ser reconhecido e compreendido, tendo em vista seus interesses e aspirações. Esse interesse e este reconhecimento faz despertar motivação pela necessidade de estar junto.

De acordo com os autores acima citados, os grupos são formados com o objetivo de reunir diferentes indivíduos que possuem um objetivo comum, sendo

este capaz de transformar o ambiente no qual se encontram inseridos, contribuir para o desenvolvimento inter-pessoal e profissional destes atores, além da formulação e implementação de atividades/ações para intervenção social, profissional e individual entre outras.

Uma vez definidas essas estratégias e ferramentas de gestão da estrutura organizacional a partir dos seus propósitos e objetivos, a organização está pronta para a implementação do plano de ação que poderá conduzi-la ao alcance de suas metas.

Podemos dizer que um dos desafios propostos pela estratégia da EPS como uma ferramenta de gestão, diz respeito à forma como o Pólo de EPS, através da Política Nacional de EPS. Ela busca planejar organizar e gerenciar o plano de ações intersetoriais, isto é, conjuga esforços para a formação e desenvolvimento dos profissionais e acadêmicos da área da saúde para o SUS.

Considerando que esse plano de ações foi formulado a partir das estratégias de EPS e que podem determinar a articulação, pactuação e negociação entre os serviços/instituições e serviços de saúde de saúde e as instituições de ensino, fazendo parte de um todo nos processos gerenciais, o próximo tema a ser abordado refere-se à **Gestão**.

2.3 GESTÃO

A **gestão** possui como sinônimos as palavras administração e gerência, sendo concebida por Motta (2001, p. 26), como “um termo genérico que sugere [...] a

idéia de dirigir e decidir”. Essa arte envolve o pensar, decidir e agir a cerca das pessoas, processos, produtos, recursos e toda a estrutura que envolve as organizações, no sentido de conduzi-la ao alcance de seus objetivos e propósitos (MOTTA, 2001; CHIAVENATO, 2003).

Para Lacombe (2004, p. 8) a gestão pode ser entendida como:

[...] conjunto de esforços que tem por objetivo: (a) planejar; (b) organizar; (c) dirigir ou liderar; (d) coordenar; e (e) controlar as atividades de um grupo ou indivíduos que se associam para atingir um resultado comum
[...] conjunto de princípios, normas, decisões e ações visando a aproveitar da melhor forma as circunstâncias externas, de modo a utilizar o mais eficientemente possível os recursos de que dispõe a organização (pessoas, máquinas, material, informação e capital), para fazê-la sobreviver e progredir.

Na maioria das vezes, o desempenho das instituições e serviços de saúde se encontra relacionado à maneira como são gerenciados, por isso a necessidade de planejar, organizar, dirigir, coordenar e controlar as atividades desenvolvidas e os recursos utilizados na produção de bens e serviços para os indivíduos e coletividades.

Morgan (1996, p. 53) afirma que a gerência “deve estar preocupada acima de tudo em atingir boas medidas [...] diferentes enfoques em administração devem ser necessários para desempenhar diferentes atividades dentro da mesma organização”. Estas atividades podem ser denominadas de processo de gestão que significa ação e engloba quatro diferentes processos que se encontram interligados, são eles: planejamento, organização, direção e controle (KAPLAN & NORTON, 2000; LACOMBE, 2004; MAXIMIANO, 2000; MINTZBERG et al., 2006).

De acordo com estes autores, estes processos são assim definidos:

- **Planejamento** é entendido como o processo que os gestores definem as estratégias, os objetivos, as atividades que serão desempenhadas e os

recursos utilizados por uma determinada organização na produção de bens e prestação de serviços;

- A **Organização** poderá ser descrita como o processo que definirá o trabalho a ser realizado em todos os níveis hierárquicos, bem como as responsabilidades de cada funcionário ou gestor na execução de suas tarefas. Neste processo também serão distribuídos e alocados os recursos utilizados para cada tipo de trabalho;
- A **Direção**, ou execução como utilizada por alguns autores, é a realização e utilização propriamente dita das atividades e recursos que serão usados para o alcance das estratégias e dos objetivos delimitados pela instituição;
- O **Controle** é o processo responsável por assegurar que as estratégias e os objetivos estão sendo alcançados, ou então, pela identificação de possíveis interferências que os inviabilizem, assim como a necessidade de modificações destes para alcançar as metas.

Desta forma, podemos observar que, na maioria das vezes, estes processos se encontram interligados, de modo que um complementa o outro. O planejamento também pode ser utilizado como um meio para a organização de recursos que possibilitarão o crescimento, o desenvolvimento e a sobrevivência das instituições e serviços de saúde às diferentes oportunidades e ameaças do ambiente na qual se encontram inseridas (CIAMPONE & MELLEIRO, 2005; GELBCKE et al., 2006; LANA & GOMES, 1996; TEIXEIRA, 2004).

Como vislumbrado até agora, as necessidades de indivíduos e coletividades em cada ambiente, leva às instituições e serviços de saúde à produção de bens e serviços que satisfaçam essas necessidades. No entanto, este ambiente se encontra

em constante mudança nos seus modos de (re) organização, levando-as à definição de novas práticas de gestão, de acordo com sua estrutura, para que possam crescer desenvolver e sobreviver neste meio.

Para Gelbcke et al. (2006, p. 516) “o planejamento é mais do que necessário à manutenção das diferentes organizações”. Ele poderá possibilitar a criação de espaços coletivos que definirão o direcionamento de ações, estas determinam as metas que conduzem ao alcance das estratégias e objetivos estabelecidos pelos administradores/gestores.

No presente estudo, estes espaços coletivos serão vistos como os Pólos de Educação Permanente em Saúde (EPS), que reúnem representantes de diferentes segmentos da sociedade, com o intuito de buscar estratégias de gestão para a formação e desenvolvimento dos estudantes e profissionais da saúde.

Como este trabalho visa à discussão sobre um campo de atuação específico, as instituições e serviços de saúde deste segmento poderão ser considerados precursores para mudanças nos seus modos de gestão, pois são capazes de influenciar na assistência prestada, nas relações de trabalho, no fazer de cada profissional desta área, bem como na formação dos futuros profissionais da saúde.

Esta nova forma de gestão poderá ser estruturada a partir do **Planejamento Estratégico (PE)**, um processo contínuo considerado como um instrumento de natureza técnica e política, que possibilita, a partir do contexto ambiental que determinada organização se encontra inserida, definir sua missão, visão, valores e objetivos que nortearam suas ações. É um processo de mudança que poderá modificar a estrutura organizacional em busca do melhor modo de administração/gestão (CIAMPONE & MELLEIRO, 2005; GELBCKE et al., 2006).

O PE significa a formulação sistemática de objetivos e ações alternativas, que

ao final, a escolha se dará sobre a melhor ação. Também diz respeito a implicações futuras de decisões presentes, pois é um processo de decisões interrelacionadas e interdependentes que visam alcançar objetivos previamente estabelecidos (BRONDANI, 1999, SIQUEIRA, 2001).

Estas implicações futuras, para Ciampone e Melleiro (2005, p. 47) são traduzidas a partir deste tipo de planejamento, considerado pelas autoras uma metodologia e ferramenta gerencial que o homem utiliza para criar “a possibilidade de exercer governabilidade diante do próprio futuro; refere-se ao controle e ao empoderamento do ator para a situação que pretende governar”.

Deste modo, o PE também pode ser entendido como:

[...] um método voltado para a resolução de problemas, entendendo-se como problema: “algo detectado que incomoda o ator social e o motiva a buscar soluções adequadas, ou seja, aquilo que o ator detecta na realidade e confronta com um padrão que ele considera não adequado ou não tolerável e o estimula a enfrentá-lo, visando à produção de mudanças” (CIAMPONE; MELLEIRO, 2005, p. 47 APUD MATUS, 1996).

Esta busca por soluções adequadas que correspondam aos padrões estabelecidos pelos atores envolvidos no processo de gestão, demandam da participação e comprometimento das pessoas na formulação e implementação de ferramentas de gestão, tais como a estratégia ou o planejamento estratégico, para a condução deste processo.

No SUS, a formulação e implementação das políticas públicas de saúde está condicionada a participação e comprometimento dos gestores municipais, estaduais e federais. Para tanto, o sistema preconiza a definição das Funções gestoras e atribuições das esferas de gestão, as quais serão apontadas a seguir.

2.3.1 Funções Gestoras e Atribuições das Esferas de Gestão do SUS

O SUS, como já foi visto anteriormente, foi definido, constitucionalmente, como um sistema público de saúde possuidor de um caráter único e universal no âmbito nacional. Fundamenta sua base na concepção de saúde como um direito de cidadania buscando sustentação nos pilares das diretrizes organizativas: a descentralização com comando único em cada nível de governo; a integralidade da assistência; e a participação da comunidade através do controle social.

Para a implantação deste sistema público de saúde é necessário fortalecer o processo de descentralização e consolidar a definição do papel de cada nível de governo. Neste sentido, deve-se considerar o enfrentamento de três questões primordiais: as acentuadas desigualdades sociais; as especificidades dos problemas e desafios no setor saúde; e as características do federalismo.

Souza (2002, p. 35) considera que:

[...] houve na implementação das políticas de saúde nos anos 90 um esforço no sentido de construir um modelo federativo na saúde, seja através das tentativas de definição do papel de cada esfera no sistema, seja através da criação de estruturas e mecanismos institucionais específicos de relacionamento entre os gestores do SUS e destes com a sociedade.

Estas tentativas aconteceram a partir da implementação de Fundamentos Jurídicos e Normas que regulamentam a operacionalização do SUS na idéia de descentralização de gestão das ações e serviços deste sistema de saúde.

Neste sentido, torna-se fundamental antes de discutir o papel de cada nível de governo no SUS – Federal, Estadual e Municipal – compreender quem são os

gestores deste sistema e quais as suas funções gerenciais em cada nível como mostra a figura 2.

Os gestores representam cada esfera de governo e foram designados para desenvolver as funções do Poder Executivo na saúde, são eles: no âmbito Nacional – o Ministro da Saúde; no âmbito Estadual – o Secretário Estadual de Saúde; e no âmbito Municipal – o Secretário Municipal de Saúde. Estes representantes de cada esfera de governo atuam de forma imbricada nos campos de atuação político e técnico.

Figura 2 – Estrutura Institucional Decisória do SUS



Fonte: Souza (2002).

No campo de atuação político os gestores atuarão de acordo com os interesses públicos voltados para a população usuária do SUS, através da consolidação dos princípios que norteiam este sistema na gestão pública a fim de concretizarem a saúde como direito de cidadania, e favorecendo a interação e o relacionamento com os demais atores atuantes no cenário político.

No campo de atuação técnico, os gestores que representam cada esfera de governo realizam o exercício das *funções gestoras*³ que envolvem a formulação e o planejamento de políticas, o financiamento das ações e serviços de saúde, a coordenação, regulação, controle e avaliação do SUS e dos prestadores públicos e privados, além da prestação direta de serviços de saúde. As funções gestoras são consideradas macro-funções que compreendem um conjunto de outras atividades inerentes a cada uma das funções citadas.

Para Souza (2002, p. 38), a definição do papel e das atribuições de cada gestor do SUS no seu nível de atuação governamental, significa:

[...] identificar as especificidades da atuação de cada esfera no que diz respeito a cada uma dessas macro-funções gestoras, de forma coerente com a finalidade de atuação do Estado em cada esfera governamental, com os princípios e objetivos estratégicos da política de saúde, e para cada campo de atuação na saúde [...].

Os campos de atuação na saúde envolvem a promoção, proteção e recuperação para além do campo de atenção básica, devemos incluir a articulação intersetorial, a vigilância sanitária, a vigilância epidemiológica, a saúde do trabalhador, a assistência à saúde, e principalmente a formação e desenvolvimento das equipes multiprofissionais de saúde, entre outros.

O papel dos três níveis de governo é pouco abordado nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal, eles estabelecem os princípios, diretrizes e competências do SUS, mas foi a partir da LOS n°. 8.080/90 que foi possível detalhar a concepção e atribuições do direcionamento do SUS em cada nível. A LOS estabelece nos artigos 15, 16, 17 e 18, as atribuições comuns e as competências específicas nos

³ Funções gestoras – conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a implementação de políticas na área da saúde, exercidas de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública (SOUZA, 2002, p. 37).

três níveis de governo abrangendo os diferentes campos de atuação (SOUZA, 2002).

Assim sendo, é importante ressaltar, resumidamente, as responsabilidades de gestão das três esferas do governo na atenção básica. No âmbito **Federal**, os gestores têm a responsabilidade de elaborar diretrizes que norteiam as políticas nacionais de atenção básica, gerenciar as finanças, ordenar a formação de recursos humanos, propor mecanismos para a programação, controle, regulação, avaliação da atenção básica e manter as bases de dados nacionais.

No nível **Estadual**, os gestores têm a função de acompanhar a implantação e execução das ações de atenção básica em todo o seu território, regular as relações intermunicipais, coordenar a execução das políticas de qualificação de recursos humanos em seu território, como também financiar e auxiliar na execução de estratégias de avaliação das ações deste nível de atenção.

Na esfera **Municipal**, o papel dos gestores é definir e implantar o modelo de atenção básica do seu território, contratualizar o seu trabalho, manter o funcionamento da rede de unidades básicas de saúde, financiar as ações, alimentar o sistema de informações e avaliar o desempenho das equipes de atenção básica sob sua supervisão.

No SUS, cada esfera de governo é autônoma na organização e execução das ações e serviços de saúde, respeitando os limites de sua territorialidade, e as atribuições e competências conferidas por lei na realização dos objetivos do SUS (CARVALHO, SANTOS, 1995).

Desta forma, ressalta-se a importância das funções gestoras para a formulação de políticas públicas voltadas para a formação e desenvolvimento das equipes multiprofissionais em saúde que aproximem os saberes científicos à prática

profissional. Neste sentido, o próximo tema a ser abordado é a **Educação Permanente em Saúde: uma ferramenta de gestão estratégica.**

2.4 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: UMA FERRAMENTA DE GESTÃO ESTRATÉGICA

Os conceitos que permeiam a Educação Permanente em Saúde (EPS) vêm sendo discutidos ao longo de muitos anos na América Latina. De acordo com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) essa proposta busca a formação e o desenvolvimento dos profissionais da saúde, e reconhece “que somente a aprendizagem significativa seria capaz da adesão dos trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano” (VIDAL, 1986).

Para esta organização a EPS é definida como a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços de saúde, com o intuito de promover uma melhora significativa na qualidade de vida e saúde de indivíduos e coletividades. Essa proposta considera os profissionais como sujeitos de um processo de (re) construção social de saberes e práticas, a partir dos seus conhecimentos e práticas de trabalho. Pressupõe que este processo educativo deve se estender ao longo de toda a sua vida (BRASIL, 2004).

Outros conceitos encontrados na literatura apontam a EPS como um processo de aprendizagem no trabalho a partir da utilização de metodologias pedagógicas como estratégias de intervenção, que promovam a capacitação técnica, a apreensão de novos conhecimentos e o desenvolvimento de conceitos e

atitudes sobre o processo de trabalho individual e coletivo. Desta forma, os profissionais desenvolvem uma reflexão crítica que lhes permite modificar o trabalho a partir da construção de melhores práticas na prestação dos serviços (ISAACS et al., 2001; MOTTA, 2002; MEDEIROS, 2007).

No Brasil, este conceito foi agregado de outros significados e culminou num projeto político-pedagógico que busca a sua concretude como uma estratégia de formação e gestão a partir da implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Esta estratégia torna-se fundamental para as transformações necessárias nos processos de trabalho e formação na área da saúde, pois se acredita que ela dará lugar a uma atuação mais crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente (VIDAL, 1986; BRASIL, 2004; CECCIM, 2005).

É neste contexto que a EPS passa a se configurar numa ferramenta de gestão estratégica para a formação e o desenvolvimento no SUS, dos diferentes atores que compõem as práticas de atenção, gestão, ensino e controle social.

Retomando as bases conceituais da estratégia, Chiavenato (2004) a constitui como:

[...] o mecanismo através do qual a organização interage com seu contexto ambiental. A estratégia define o comportamento da organização em um mundo mutável, dinâmico e competitivo [...] é condicionada pela missão organizacional, pela visão do futuro e pelos objetivos principais da organização (CHIAVENATO, 2004, p. 62).

Deste modo, entendo que a EPS é o eixo estratégico que pretende promover a articulação ou interação, como apresenta o autor, com o seu ambiente social, aqui representado pela atenção, gestão, formação e controle social através da negociação e pactuação das estratégias de educação permanente.

A EPS como estratégia assume a responsabilidade de promover mudanças no comportamento de todos os atores envolvidos nestas práticas de saúde, pois está condicionada por um objetivo que a apresenta como:

[...] uma proposta nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais de saúde, capaz de tratar de Educação e Trabalho, promover mudanças nas Práticas de Formação e nas Práticas de Saúde, promover articulação entre Ensino, Gestão, Atenção e Controle e criar Pólos de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004, p. 39).

Este objetivo será desdobrado em estratégias que serão formuladas e implementadas na forma de plano de ações de EPS com esforços conjuntos entre os Pólos de Educação Permanente em Saúde e as Instituições de ensino. Os Pólos de EPS foram os espaços coletivos construídos em diferentes ambientes com o intuito de gerenciar a EPS através do diálogo e da negociação entre os diferentes atores que representam os níveis de atenção, gestão, formação e controle social do SUS.

O que será discutido se refere exatamente a maneira como os Pólos de EPS construíram esse processo de gestão estratégica da EPS. Ceccim (2005, p. 163) aponta como uma exigência desta política, que ela tenha “um sistema de gestão que, ao mesmo tempo, ofereça propostas de transformação das práticas profissionais, baseando-se na reflexão crítica sobre o trabalho em saúde e a experimentação da alteridade com os usuários”.

Nesta ótica, este mesmo autor, coloca alguns aspectos que devem ser levados em consideração na formação dos profissionais de saúde, são eles:

[...] produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS. [...] deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às

várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (CECCIM, 2005, p. 167).

Com esta finalidade, tornou-se imprescindível repensar as práticas de formação e desenvolvimento dos profissionais da saúde, pois os campos de atualização técnico-científica são partes integrantes de um todo no seu processo de ensino-aprendizagem.

Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 42) salientam que o processo de ensino-aprendizagem pode ser construído a partir de um projeto educativo “com capacidade de impacto no ensino, na gestão setorial, nas práticas de atenção e no controle social em saúde”, apresentado como o quadrilátero da formação para a área da saúde.

Os autores corroboram com a idéia de formular ferramentas que permitam modificar o sistema de gestão dos processos de ensino-aprendizagem a partir da EPS e afirmam que:

A imagem do quadrilátero de formação serve à construção e organização de uma gestão da educação na saúde integrante da gestão do sistema único de saúde, redimensionando a imagem dos serviços como gestão e atenção em saúde e valorizando o controle social (CECCIM E FEUERWERKER, 2004, p. 41).

A Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS) reforça a formação e o desenvolvimento de profissionais de saúde com um perfil voltado para o trabalho na saúde individual e coletiva da atenção básica, a reformulação das diretrizes curriculares das instituições de ensino que contemplem cursos da área da saúde e a formação de gestores de saúde embasada em modelos atuais de gestão (BRASIL, 2003).

O processo de gestão da EPS pressupõe a articulação interinstitucional e

locorregional entre o Pólo de EPS, os serviços de saúde do SUS e as instituições de ensino a partir da formação de uma gestão colegiada que visa “quebrar a regra da verticalidade única e hierarquizada nos fluxos organizativos [...] superar a racionalidade gerencial hegemônica e a tradicional concepção educativa dos treinamentos para pessoal de serviço” (CECCIM E FEUERWERKER, 2004, p. 55).

A gestão colegiada tem como propósito formar uma *roda* de co-gestão da EPS, onde os atores/gestores do Pólo definem em consenso as necessidades de formação dos profissionais e acadêmicos da área da saúde, dos gestores e atores do controle social para formulação e implementação das estratégias de EPS.

O sentido da *roda* pressupõe que as três esferas de gestão – União/Estado/Município – participem dos processos de gestão da EPS através de negociação e pactuação, promovendo a interinstitucionalidade e a intersetorialidade (CECCIM E FEUERWERKER, 2004).

No processo de gestão estratégica da EPS tem-se o quadrilátero da formação para a área da saúde como princípios norteadores das estratégias que serão formuladas e implementadas pelos Pólos de EPS. Neste sentido, cabe ressaltar alguns conceitos que norteiam estas práticas no contexto do SUS.

A **atenção básica em saúde** é concebida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como:

[...] atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar para manter em cada estágio de seu desenvolvimento um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integrante do sistema de saúde do país, sistema este do qual a função é central, e o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando à atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à

saúde (STARFIELD, 2002, p. 30).

Como primeiro elemento de um sistema de saúde, a atenção se configura na porta de entrada dos serviços que o constitui. Sua abordagem tecno-assistencial garante aos usuários o acesso a tecnologias e métodos de prevenção, promoção e manutenção da saúde. E, desta forma atua sobre as necessidades básicas de saúde da população, sendo que estas são assistidas em um nível próprio de atendimento (STARFIELD, 2002).

Com relação aos serviços de saúde no nível da atenção, Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 46) destacam:

[...] que o componente serviço não pode se restringir à noção de práticas de atenção. Deve revelar uma estrutura de condução das políticas, a gerência do sistema e organização de conhecimentos do setor. Da mesma forma, a atenção não pode informar apenas o domínio de habilidades em fisiopatologia ou busca de evidências, recaindo sobre a alteridade com os usuários das ações e serviços de saúde [...].

As práticas de atenção não se restringem apenas na realização de procedimentos e técnicas assistenciais, mas na maneira como os profissionais dos serviços de saúde e os usuários interagem nos modos de cuidar, tratar e acompanhar os processos de saúde.

Para Motta (2001, sp), os serviços de saúde constituem “[...] um sistema imperfeito em que as interações entre seus componentes não são harmoniosas nem coerentes e sofrem a influência de interesses e contingências próprias de um ambiente social cuja realidade é mutável e imprevisível”.

No entender de Siqueira (2001), podemos dizer que os componentes dos serviços de saúde que constituem este sistema, são heterogêneos e atuam em ambientes diferenciados, com funções diversas e diferentes usuários, que estão ali

para atender as suas demandas e expectativas.

A **formação** permeia tanto as questões de desenvolvimento dos profissionais de saúde, quanto às questões do ensino nos cursos de graduação, pois os serviços de saúde também absorvem, na maioria das vezes, as demandas das instituições de ensino e recebem acadêmicos de diferentes cursos de graduação da área da saúde.

Com vistas a aprofundar as discussões sobre a formação dos acadêmicos e profissionais de saúde, pode ser utilizado o seguinte pressuposto: “no campo da saúde, é indispensável que produção do conhecimento, formação profissional e prestação de serviços sejam tomados como elementos indissociáveis de uma nova prática” (FEUERWERKER, 2003).

O SUS preconiza a saúde como um direito de todos e dever do Estado, considerando-a como um somatório de fatores que determinam o bem-estar físico, emocional e social de indivíduos e coletividades. Para atender as necessidades de saúde da população, apresenta um sistema de saúde complexo que envolve as três esferas de gestão na formulação de políticas públicas e articulação com diferentes segmentos da sociedade para dar conta das ações e serviços de saúde que visam a “promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas”, assumindo um caráter coletivo (BRASIL, 1990).

Esta nova prática prevê a formação de profissionais generalistas, que atendam as diferentes demandas que emergem de indivíduos e coletividades que buscam a atenção básica, uma vez que ela é porta de entrada dos demais serviços de saúde. Sobre as instituições de ensino, Feuerwerker (2003, p. 24) comenta que a “a produção de conhecimento e a formação profissional estão marcadas pela especialização, pela fragmentação”. É necessário rever o seu papel e importância na

formação de indivíduos sociais e comprometidos em promover e proteger a saúde das pessoas e suas comunidades (FEUERWERKER, 2003).

De acordo com Siqueira (1998, p. 19), para ser comprometido:

[...] é necessário ser capaz de agir e refletir, situar-se na realidade concreta, na qual atua através de sua práxis. O verdadeiro compromisso reflete-se, através do engajamento do ser humano com a realidade; o profissional tem o compromisso com a sociedade, mas antes de ser profissional é ser humano.

Para que os profissionais e acadêmicos de saúde possam realizar sua prática a partir da reflexão-ação-reflexão, é imprescindível que tenham consciência da importância dos processos educativos, pois quanto mais capacitado e qualificado a partir da sistematização de suas experiências com o conhecimento científico, maior responsabilidade ele exerce sobre a saúde dos indivíduos e coletividades.

Partindo do pressuposto que a educação é um processo que segue o indivíduo por toda a sua trajetória de vida, os processos educativos devem acompanhá-lo no decorrer de sua existência através de métodos que levem em consideração as suas experiências e vivências pessoais e profissionais (SIQUEIRA, 1998).

Neste sentido, Siqueira (1998, p. 37-38) utiliza o referencial de Enguita (1993) que considera:

[...] a educação como um processo de produção, afirmando que a produção da existência e a produção-formação do ser humano são inseparáveis, incorporando as relações sociais, a práxis, o ambiente e o trabalho como processos educativos.

Ao incorporar essas relações ao processo educativo, podemos dizer que tanto a educação como a saúde são espaços de produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano. É nesta perspectiva, que os profissionais e

acadêmicos da área saúde vivenciam um ciclo permanente de ensinar e aprender.

Esse ciclo que envolve o ensinar e aprender deve estar incorporado nas práticas de formação. Para Ceccim e Feuerwerker (2005, p.43), esta nova prática:

[...] não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia de doenças e agravos. Deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado.

A revisão das bases curriculares na formação acadêmica e o desenvolvimento dos profissionais de saúde que atuam nos serviços do SUS estão previstas na política de EPS. Ela se fundamenta justamente na transformação das práticas de ensino e na (re) organização dos serviços.

É neste sentido, que a EPS vislumbra a formação para além dos campos de atualização técnico-científica, pois para desenvolver condições mais significativas de aprendizado, esta prática deverá investir na produção de subjetividades, habilidades técnicas, pensamento crítico-reflexivo e conhecimento das bases conceituais e princípios norteadores do SUS (BRASIL, 2004; CECCIM E FEUERWERKER, 2005).

Nas normas e regulamentos que orientam o SUS observa-se que foi dada pouca ênfase aos processos de **gestão** setorial. No entendimento de Carvalho e Santos sobre as considerações da Lei n°. 8.080/90, “os conceitos são distintos na teoria e na prática, e a lei não tratou da gestão e tão pouco da direção”, sendo utilizada para indicar o responsável pelo SUS em cada esfera do governo (CARVALHO, SANTOS, 1995, p. 94).

Referente ao processo e a responsabilidade da gestão no SUS, os atores comentam:

[...] o responsável pela direção única é ao mesmo tempo o dirigente do SUS e o seu gestor máximo, ou seja, aquele que dá as diretrizes de atuação do SUS no seu âmbito político-administrativo e aquele que formula, executa, supervisiona, controla, altera e revê as atividades da política de saúde (CARVALHO, SANTOS, 1995, p. 94).

A gestão das políticas públicas assume um caráter democrático e descentralizado, onde todas as esferas de governo – União, Estado e Município – tem estratégias específicas que visam a execução, a ordenação, a fiscalização, o controle, a formulação e a implementação destas políticas para as ações e os serviços de saúde (BRASIL, 1990).

As diretrizes que norteiam os processos de gestão do SUS fundamentam-se na descentralização do poder, no atendimento integral e na participação da comunidade nas decisões sobre as políticas públicas (BRASIL, 1990).

Os processos de gestão podem auxiliar na condução das políticas públicas, na gerência das ações e serviços de saúde, na aquisição e disseminação de conhecimentos, na formação e interação de grupos sociais e na atenção básica com vistas a garantir a promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde de indivíduos e coletividades.

A política de EPS preconiza que a gestão setorial incorpore a EPS no cotidiano dos serviços de saúde com o intuito de transformar e (re) organizar as práticas de saúde. Na formação, a partir da EPS, o SUS assume o papel de “interlocutor nato das escolas na formulação e implementação dos projetos político-pedagógicos de formação dos profissionais e não como mero campo de estágio ou aprendizagem prática” (BRASIL, 2004, p. 31).

Nesta lógica, a EPS propõe a aproximação entre a formação e a gestão do trabalho a partir de uma prática pedagógica que prevê a aprendizagem significativa para, com e no trabalho. Um desafio que coloca em evidência o trabalho da saúde,

que requer:

[...] trabalhadores que aprendam a aprender; práticas cuidadoras; intensa permeabilidade ao controle social; compromisso de gestão com a integralidade; desenvolvimento de si, dos coletivos, institucionais e político da saúde, além da implicação com as práticas concretas de cuidado às pessoas e às coletividades, no ensino e na produção de conhecimento (CECCIM, 2000, p. 977-979).

A aproximação entre formação e trabalho salienta o processo de co-gestão, onde os atores podem criar “espaços de poder compartilhado e possibilita a ampliação significativa da aprendizagem no trabalho, podendo contribuir para estimular o compromisso e a responsabilização pelo processo e por seus resultados” (BRASIL, 2005, p. 131).

Comentando sobre a co-gestão e o poder compartilhado, Medeiros (2007, p. 48) entende que “o compartilhar é uma estratégia potente do crescimento coletivo”. Para a autora, “essas idéias são intrinsecamente vinculadas à idéia de descentralização e de autonomia”

Para Senge (1998), uma gestão que leva em consideração estes aspectos vinculados ao trabalho em equipe, prioriza a tomada de decisão por consenso, onde todas as opiniões e idéias procuram ser contempladas por todos os atores. O autor considera que esta forma de gestão leva em consideração a visão compartilhada, que no seu entendimento é a soma das visões pessoais de diferentes sujeitos e o seu comprometimento com as idéias que emergirem destas aspirações coletivas.

O **controle social** encontra-se assegurado através da participação popular, de todos os segmentos envolvidos no sistema de saúde - governos, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e, principalmente, os usuários dos serviços, as comunidades e a população - nos diversos níveis de deliberação previstos, destacamos as conferências de saúde, as comissões gestoras e os conselhos

municipais de saúde. Desta forma, a área da saúde pode ser considerada como o setor social que tem maior articulação de segmentos populares em suas funções de deliberação, fiscalização e controle.

Para Silva (2006, p. 53), “a participação da população, consciente de seus problemas e da sua importância no contexto, busca um serviço igualitário, sob a ótica de uma concepção global, como um direito assegurado e como um dever a ser cumprido pela União/Estado/Município”.

Costa (2004, p. 43) salienta que “os princípios de cidadania iniciam nas cidades, o fundamento dessa premissa situa-se na relação cidadão-governo que propicia um controle social mais intenso da população nos governos municipais”.

A Lei nº. 8.142/90, a qual complementa a Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080/90, dispõe sobre as normas para as transferências de recursos e a participação da comunidade na gestão do sistema, concebendo então os conselhos de saúde em todas as esferas de governo (CARVALHO, SANTOS, 1995).

A importância da aproximação do controle social ao quadrilátero da formação encontra-se na premissa de que ele integra dois dispositivos sociais que são orientadores das políticas públicas, portanto das práticas de formação. Esses dispositivos são os Conselhos e as Conferências de Saúde, que passam por todas as esferas de gestão e serviços trabalhando elementos que conferem à integralidade da atenção à saúde (CECCIM, FEUERWERKER, 2003).

Esta participação popular no controle social – de todos os segmentos envolvidos no sistema de saúde – e a integração destes no quadrilátero da formação para a área da saúde, pode facilitar a compreensão dos reais problemas e necessidades de saúde, e aqui estamos utilizando o conceito ampliado de acordo com as premissas da OMS, a fim de criar estratégias de EPS que possam conduzir à

transformação das práticas de ensino e saúde e (re) organizar os serviços de saúde SUS.

O Pólo de EPS foi à instância locorregional e interinstitucional criada e aprovada através desta política para promover a gestão da educação permanente nas ações e serviços de saúde e nas instituições de ensino, visando à formação e o desenvolvimento dos diferentes atores que circulam nesses meios.

Na sua constituição, os Pólos de EPS preconizam a participação de diferentes atores de todos os segmentos do quadrilátero da formação para a saúde, ou seja, representantes dos profissionais dos serviços de saúde, gestores das três esferas de governo, docentes e discentes das instituições de ensino e representantes do controle social, movimentos estudantis, sindicatos da área da saúde, entre outros.

Desta forma, todos estes atores que compuseram as rodas de gestão do Pólo de EPS, acabaram constituindo uma equipe multiprofissional que deveria ter atuado de modo compartilhado, dividindo suas visões pessoais sobre as questões de atenção, ensino, gestão e controle social e decidindo em consenso a cerca das estratégias de EPS que seriam formuladas e implementadas por esta instância.

Ao conceituar o **trabalho em equipe** ressalta-se que, muitas vezes, na prática o processo de trabalho em saúde, ainda se apresenta de forma isolada, onde cada profissional executa suas atividades sem interagir de forma sistêmica com as questões de atenção, gestão, formação e controle social na saúde que permeiam os serviços. Nesta perspectiva, a dicotomia existente entre a prática e a teoria, no que se refere à atuação profissional das equipes de saúde, continua evidente.

A dinâmica com que evoluem o conhecimento científico e o técnico nas diversas áreas de atuação humana torna imprescindível a aplicação da teoria associada à prática, na busca pela melhoria dos processos de trabalho nos níveis de

atenção, promoção, prevenção, assistência, educação e gestão nos serviços de saúde.

Todos esses níveis atuam para atender a complexa diversidade de necessidades de saúde dos indivíduos e coletividades, que se encontram inseridos em diferentes realidades sócio-econômicas. Para tanto, é imprescindível a atuação das equipes multiprofissionais em caráter coletivo, pois a especificidade de cada profissional demanda um conhecimento próprio, mas que isoladamente não atende às necessidades da população.

Contextualizando o trabalho em equipe, Silva (2006, p. 68) comenta:

[...] o trabalho em equipe existe há muito tempo, sem poder precisar o momento histórico em que surgiu, tendo sofrido transformações ao longo do tempo. Alguns dos motivos que levaram ao surgimento da equipe foram às necessidades do ser humano de unificar esforços para alcançar objetivos que de forma isolada e individual seriam obtidos de maneira mais trabalhosa, inadequada ou até mesmo não seriam objetivados; assim como também o desenvolvimento e complexidade do mundo moderno.

O trabalho em equipe se refere à realização de uma determinada tarefa que será compartilhada por todos os membros que a compõe, neste sentido, toda a tarefa se propõe ao alcance de um objetivo que é comum ao todo. Nos serviços de saúde, o trabalho em equipe é multiprofissional, pois as necessidades de saúde da população demandam de especificidades que se inter-relacionam.

Peduzzi, Ciampone (2005, p. 108), definem o trabalho em equipe como “uma modalidade de trabalho coletivo que se contrapõem ao modo independente e isolado com que os profissionais de saúde e de enfermagem usualmente executam seu trabalho no cotidiano dos serviços de saúde”.

Percebe-se que esta proposta de trabalho em equipe multiprofissional surge no interior de um processo contraditório, aqui representado pelo conflito entre a

expansão de um processo de especialização das práticas de saúde e a necessidade de interação dos conhecimentos específicos de cada área de atuação dos serviços de saúde. No entanto, foi no final da década de 80, que esta forma de trabalho ganhou fundamentação devido à criação e implementação do SUS, que preconizou os princípios de universalidade, integralidade e equidade, e, para colocá-los em prática houve a necessidade de redimensionar e redefinir as profissões que atuavam nos serviços de saúde para dar conta da nova demanda de atendimento e cuidado.

O **caráter multiprofissional** foi acrescido ao trabalho em equipe, devido às propostas políticas que foram implementadas após a criação do SUS, pois estes princípios e diretrizes reconhecem que indivíduos ou categorias profissionais atuando isoladamente não dão conta das crescentes e complexas demandas da população na área da saúde.

Com o objetivo de atender esta demanda é imprescindível perceber que todas as profissões são complementares e interdependentes, pois guardam conexões históricas entre si, constituindo-se numa rede complexa de prestação de serviços. Daí a importância da organização do trabalho por equipes multiprofissionais nos serviços de saúde.

Como foi dito anteriormente, a EPS foi incorporando outros significados às suas práticas pedagógicas e acabou se tornando uma ferramenta de gestão estratégica das políticas de formação e desenvolvimento profissional do SUS. Neste contexto, o tema a seguir apresenta as principais diretrizes que norteiam a **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para a formação e o desenvolvimento profissional no SUS**.

2.4.1 Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para a formação e o desenvolvimento profissional no SUS

O Ministério da Saúde (MS) é o órgão, definido a partir da Legislação brasileira, responsável pela gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), assim sendo é o responsável pela formulação das políticas que norteiam a formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2004).

Com o objetivo de formular estas políticas e facilitar a sua implantação nos diversos cenários que compreendem este sistema de saúde, educadores que já experienciaram, em sua atividade profissional, propostas de implementação de ações de educação permanente, assumiram cargos importantes no Ministério da Saúde (MS). Deste modo, iniciaram-se discussões para a criação de uma política de formação e desenvolvimento dos profissionais da Saúde.

Este projeto político deveria ser norteado por um processo educativo fundamentado nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de consolidar este sistema, através da disseminação de uma metodologia pedagógica promotora de mudanças nas práticas e processos de trabalho em saúde.

Após a implementação do SUS, foram criadas algumas ações, pois este sistema de saúde, “assumiu um papel ativo na reorientação das *estratégias* e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva e tem sido capaz de provocar importantes mudanças nas estratégias e modos de ensinar e aprender”. Estas ações foram desenvolvidas com o objetivo de formação e desenvolvimento em

saúde, e culminaram em programas de ensino e aprendizagem no trabalho conforme o quadro abaixo (BRASIL, 2004, p. 7):

Quadro 1: Programas de Ensino e Aprendizagem no Trabalho

• Capacitação e Formação em Saúde da Família (Pólos de Capacitação, Cursos de Especialização e Residência em Saúde da família).
• Profissionalização dos Trabalhadores da Área de enfermagem (Profae).
• Qualificação de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde (Aperfeiçoamento de Gestoras).
• Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde (Gerus).
• Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de saúde (Especialização de Equipes Gestoras).
• Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits).
• Incentivo às mudanças curriculares nos Cursos de Graduação em Medicina (Promed).
• Mestrados Profissionais.
• Cursos de Formação de conselheiros de saúde e de Agentes do Ministério Público para o fortalecimento do Controle Social no SUS.
• Outros.

Fonte: Brasil (2004), organizado por Moraes, Siqueira (2008).

Estes programas foram desenvolvidos para mobilizar os profissionais de saúde do SUS e aproximá-los das instituições formadoras. Com esta aproximação, os órgãos responsáveis por estes programas, pretendiam criar ambientes favoráveis a criticidade e reflexão sobre as práticas profissionais e os processos de formação em saúde.

No entanto, estes programas eram desarticulados e/ou fragmentados das políticas públicas, não promovendo mudanças significativas nas instituições formadoras, como impacto nas práticas dos sistemas de saúde. Os principais atores envolvidos nestes programas não conseguiram “assumir uma postura de mudança e de problematização de suas próprias práticas, bem como do trabalho em equipe” (BRASIL, 2004, p. 8).

Assim sendo, o Ministério da Saúde (MS) criou a Secretaria de Gestão do Trabalho, que compreende o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e o Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde

(DEGERTS), a fim de que estes órgãos propiciem meios para discutir e fomentar as políticas que norteiam o SUS.

Nesta perspectiva, o DEGES/MS é responsável por propor e formular políticas de formação e desenvolvimento profissional, dentre elas, à educação permanente dos trabalhadores da saúde em todos os níveis de formação. Também é responsável por fornecer recursos técnicos, financeiros e operacionais que subsidiem a implementação das políticas em todos os segmentos de saúde dos estados, municípios, instituições formadoras/universidades, organizações de educação popular em saúde, e outras entidades envolvidas na formação, desenvolvimento profissional, educação permanente e educação popular em saúde (BRASIL, 2004).

A organização estrutural do DEGES/MS divide-se em: *Ações Estratégicas em Educação na Saúde*, que atua junto à educação superior nas profissões desta área; *Ações Técnicas em Educação na Saúde*, operando na educação profissional destes trabalhadores; e *Ações Populares de Educação na Saúde*, que tem o objetivo de promover ações junto à sociedade civil para fomentar discussões sobre as práticas sociais e a gestão das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004).

Com esta organização o DEGES/MS promove a articulação entre três eixos fundamentais – Educação, Trabalho e Política –, com o intuito de facilitar a implantação da PNEPS, são eles: [...] a relação entre a educação e o trabalho; a mudança nas políticas de formação e nas práticas de saúde; a produção e a disseminação do conhecimento; e a educação nos locais de serviço (BRASIL, 2004, p. 5).

São representantes, destes três eixos, os diversos órgãos que compõem o Ministério da Saúde (MS), o Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Nacional de

Secretários Estaduais de Saúde (Conass), as Secretarias Estaduais de Saúde, Os Conselhos Estaduais de Saúde, O Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), as Secretarias Municipais de Saúde, os Conselhos Municipais de Saúde, o Ministério da Educação (MEC), as entidades de profissionais e de ensino das profissões de saúde, as entidades estudantis, os movimentos e práticas de educação popular em saúde, entre outros (BRASIL, 2004).

Sob esta perspectiva, o DEGES/MS propõe a utilização da EPS como uma estratégia fundamental de formação que propicie à recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social nos serviços de saúde de todos os níveis de atenção e complexidade (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi aprovada em setembro de 2003 pelo Conselho Nacional de Saúde e regulamentada através da Portaria nº. 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004, a qual dispõe sobre a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor saúde.

É também denominada Política de Educação e Desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde, a qual delibera sobre os caminhos para a Educação Permanente em Saúde como uma ferramenta a favor da construção de um processo de formação que contribua para a transformação das práticas pedagógicas em saúde. Objetiva a (re) organização dos serviços de saúde sob a perspectiva de estabelecer a articulação entre o SUS e as instituições de ensino, partindo do pressuposto da aprendizagem significativa.

A adoção da PNEPS deve ser “capaz de enfrentar, em sua própria concepção e desenvolvimento, o desafio de constituir-se em um eixo transformador; em estratégia mobilizadora de recursos e de poderes; e, ainda, em recurso estruturante do fortalecimento do sistema” (BRASIL, 2004, p. 8). Desta forma, se constituirá uma

estratégia de transformação que promoverá avanços na consolidação do SUS. Para isto, deve ocorrer em espaços que determinem a aproximação entre a gestão descentralizada deste sistema, o aumento da atenção integral à saúde e o fortalecimento da participação popular nos órgãos deliberativos.

Assim sendo, pode-se dizer que o maior desafio dessa Política está na adoção da EPS como estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e participação da sociedade no setor da saúde e promover uma reflexão crítica sobre as práticas de saúde a fim de dar continuidade e avançar no movimento pela reforma sanitária, bem como para a consolidação do SUS.

A proposta da PNEPS tem como objetivo:

Definir uma proposta nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais de saúde, capaz de tratar de Educação e Trabalho, promover mudanças nas Práticas de Formação e nas Práticas de Saúde, promover articulação entre Ensino, Gestão, Atenção e Controle e criar Pólos de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004, p. 39).

A EPS foi apresentada como uma estratégia metodológica que possibilita, aos profissionais dos serviços de saúde do SUS, realizar uma análise dos determinantes sociais e econômicos das comunidades em que se encontram inseridos, bem como dos valores e conceitos que norteiam seus processos de trabalho, a fim de reestruturar estes serviços. Propõe transformar o profissional em sujeito, inserindo-o no processo ensino-aprendizagem (BRASIL, 2004).

Para tanto, se faz necessário que as várias instâncias do SUS, bem como órgãos e instituições formadoras, em todos os níveis sociais e de complexidade, unam esforços para promover as mudanças necessárias, tanto no campo das práticas de saúde quanto no campo de formação dos profissionais e trabalhadores

da saúde.

Isto possibilitaria “um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras”, e:

[...] ao se colocar em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS por meio da construção da Educação Permanente, propõe-se a agregação entre desenvolvimento individual e institucional; entre serviços e gestão setorial; e entre atenção e controle social, visando à implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais do SUS (BRASIL, 2004, p. 8).

O marco conceitual e norteador desta proposta, parte do pressuposto que todas as ações de formação e desenvolvimento devem ser realizadas de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, pois assim propiciarão (BRASIL, 2004):

- A democratização institucional, ou seja, elas poderão decidir quais as ações que irão realizar para dar conta das estratégias propostas;
- O desenvolvimento da capacidade de aprendizagem a partir da sua realidade e respeitando a individualidade dos profissionais e dos usuários do SUS;
- O desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações de saúde, e um exemplo desta lógica é a formação de facilitadores em educação permanente em saúde;
- O trabalho em equipes matriciais;
- A melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde, pois a partir da institucionalização destas estratégias os profissionais estarão em constante busca pela formação e qualificação para a prestação do cuidado;
- A constituição de práticas tecnológicas, éticas e humanísticas.

Assim sendo, para que se tornem possíveis, as transformações na formação

e na gestão do trabalho em saúde, os campos de atuação deverão ir além dos espaços intra e interinstitucionais; faz-se necessário que a educação permanente seja acionada em todos os níveis de formação, na organização do trabalho, na interação com as redes de gestão e de serviços de saúde e do controle social, pois envolvem mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, particularmente, em todos os atores comprometidos com as questões de saúde dos indivíduos, coletividades e populações.

Os gestores e formadores de conhecimento destes serviços, bem como os demais atores envolvidos nestes espaços de aprendizagem, deverão ver atendidas as suas necessidades de planejamento e gestão, a fim de garantir que sua estrutura e processo de trabalho estejam de acordo com a realidade que se apresenta. E, para que possam formular novos pactos de trabalho na saúde, deverá ser dada maior ênfase aos processos de aprendizagem capazes de absorver as demandas de cuidado aos indivíduos e populações da rede de atenção à saúde.

Com este olhar, as instituições formadoras, também deverão realizar iniciativas inovadoras nas áreas de planejamento e gestão educacional, pois são responsáveis pela geração de conhecimento que estará continuamente formando profissionais da saúde que atuarão nos cenários do SUS.

Para implementar os processos de planejamento e gestão da EPS, serão criados os **Pólos de Educação Permanente em Saúde** com o objetivo de realizar a articulação, pactuação e negociação necessárias entre as instituições de ensino, serviços de saúde e controle social, nas três esferas de gestão do SUS, o qual será melhor fundamentado a seguir.

2.4.2 Pólos de Educação Permanente em Saúde

Os Pólos de EPS são espaços locais e regionais com capacidade de desenvolver a educação das equipes de saúde, dos agentes sociais e dos parceiros intersetoriais para uma saúde de melhor qualidade, e são instâncias de articulação interinstitucional para a gestão da educação em serviço.

Neste sentido, é importante que os Pólos de EPS sejam constituídos de maneira descentralizada e locorregional, pois as estratégias utilizadas na formação e desenvolvimento dos profissionais dependem do ambiente em que se encontram inseridos os serviços de saúde, das políticas implementadas, bem como das práticas e processos de trabalho específicos destes locais.

Na construção das estratégias é importante perceber que as decisões tomadas hoje deverão vislumbrar o amanhã, pois ela é um meio para atingir os objetivos que são traçados. As estratégias devem ser reavaliadas e reajustadas periodicamente, pois as mudanças nos cenários de atuação profissional deveriam ser constantes e muito significativas (CHIAVENATO, 2001).

Estes Pólos também foram denominados de Rodas para a Gestão da Educação Permanente em Saúde, que são os espaços, sugeridos pelo DEGES/MS para que os atores das ações e serviços de saúde do SUS, bem como os atores representantes das instituições formadoras pudessem estabelecer o diálogo e a negociação para construção das estratégias e das políticas no campo da formação e desenvolvimento para os educandos e educadores da área da saúde.

Para construção das estratégias e políticas, neste campo de formação e desenvolvimento, seria levada em consideração a identificação de necessidades que

vislumbraassem as perspectivas “de ampliação da qualidade da gestão, da qualidade e do aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, do domínio popularizado do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no SUS” (BRASIL, 2004, p. 10).

Estes Pólos de EPS devem ser espaços coletivos e determinantes para a promoção de mudanças, tanto nas práticas de saúde quanto nas práticas de educação na saúde, na consolidação do SUS.

Os autores e atores fundamentais na implantação desta PNEPS e que constituem os Pólos, são os gestores estaduais e municipais de saúde, as universidades e instituições de ensino com cursos na área da saúde – incluindo as áreas clínicas e da saúde coletiva – as Escolas de Saúde Pública, os Centros Formadores (Cefor), os Núcleos de Saúde Coletiva (Nesc), as Escolas Técnicas de Saúde do SUS (ETS – SUS), os hospitais de ensino, os estudantes e trabalhadores da área da saúde, os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde e os movimentos ligados à gestão social das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004).

Os Pólos de EPS devem trabalhar sob a perspectiva da construção de uma reflexão crítica para a transformação das práticas de saúde, bem como da formação e desenvolvimento profissional dos atores envolvidos nestes processos; além de “trabalhar com elementos que conferem à integralidade de atenção à saúde” causando “impacto sobre a saúde da população”, são elementos fundamentais para reestruturação das práticas de formação e do cuidado em saúde (BRASIL, 2004, p. 11).

Desta forma, a constituição dos Pólos pressupõe a integração entre ensino e serviços de saúde, entre formação e gestão setorial e entre desenvolvimento institucional e controle social. Para que estas articulações ocorram de maneira

positiva, e possam consolidar a PNEPS como uma política pública de saúde, os gestores, a nível federal, sugeriram critérios, regras e diretrizes para nortear a construção dos Pólos.

Os **critérios ou funções** consistem em promover a formulação e a integração de ações de formação dos diferentes atores envolvidos nas práticas de atenção, gestão, formação e controle social, bem como, induzir os processos de transformação destas práticas nos campos da saúde e educação; formular políticas de formação e de desenvolvimento nos espaços locorregionais, pois assim vislumbram-se as características culturais, ambientais, sociais e políticas de cada região; além de estabelecer relações de cooperação entre os demais Pólos de EPS, que permite a disseminação e o compartilhamento de iniciativas, saberes e práticas em saúde e educação (BRASIL, 2004).

As **regras** para a constituição dos Pólos de EPS, são comuns a todas as regiões do país. Cada Pólo corresponde a um território, portanto não é um lugar que tenha poder executivo, mas sim de pactuação e articulação interinstitucional, ou seja, cada espaço locorregional determina suas regras de acordo com suas características locais, mas deve seguir algumas regras que, de acordo com Brasil (2004), fundamentam-se:

- Na constituição de uma *plenária* composta pelos diversos autores e atores representantes da gestão municipal e estadual, instituições formadoras, instâncias de controle social, entre outros já citados neste capítulo, que tem por objetivo propiciar o debate a cerca das necessidades de atenção, gestão, formação e desenvolvimento profissional dos trabalhadores é demais atores sociais da saúde;
- Na caminhada cultural de construção do SUS que se baseia na negociação e

pactuação entre as esferas de gestão federal e estadual e dos projetos verticalizados que permitem o desenvolvimento de estratégias nos diferentes níveis de atenção;

- Na construção de políticas de formação e desenvolvimento profissionais, orientadas pelas necessidades interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, sem substituir outros fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde;
- No registro de toda e qualquer prática implementada, incluindo uma análise crítica da ação realizada que permita uma visão global dos processos de ensino/aprendizagem que foram desenvolvidos;
- Na reorientação das iniciativas de formação que já estão sendo desenvolvidas pelos parceiros institucionais, para que vão ao encontro dos princípios da Educação Permanente em Saúde, bem como das prioridades e orientações produzidas através do Pólo – Neste sentido, “todas as iniciativas de formação e de desenvolvimento devem ser planejadas ou (re) pactuadas com integrantes da PNEPS” (BRASIL, 2004, p.18);
- No fórum privilegiado que propiciará as discussões e definições referentes à formação e ao desenvolvimento, no seu território de abrangência;
- No sistema de referência para o território correspondente, no que tange às questões de formação e desenvolvimento;
- No recurso para os territórios ampliados que não tiveram seus municípios contemplados no Pólo regional, servindo de apoio aos demais Pólos de Educação Permanente em Saúde ou estruturas de formação em saúde para o SUS;
- No principal dispositivo, da base territorial abrangida, para a mobilização de

recursos financeiros do Ministério da Saúde para a formação e para o desenvolvimento;

- No sistema de referência para as esferas de gestão municipal – do território de abrangência do Pólo -, da gestão estadual e demais instituições regionais que estão articuladas para promover a Educação Permanente em Saúde.

A plenária, acima citada, corresponde ao Pólo de Educação Permanente em Saúde, ela é estabelecida como um Colegiado de Gestão composto por todos os participantes já mencionados. Ele poderá dispor de um Conselho Gestor Executivo, constituído por representantes da gestão estadual e municipal, das instituições formadoras e dos estudantes, e deve ser formalizado mediante resolução do Conselho Estadual de Saúde (CES). Assim sendo, os principais atores que representam estes colegiados, devem estar mobilizados em torno dos processos locorregionais, estaduais e nacionais a fim de promoverem a articulação interinstitucional para consolidação da educação permanente em saúde como uma estratégia para transformação das práticas de atenção, gestão, formação e controle social.

A gestão deste colegiado deverá ser participativa e transparente, para que todos os atores envolvidos tenham poder de negociação, devendo suas práticas estar em conformidade com os princípios norteadores do SUS; quando a decisão não for de consenso, deverá ser encaminhada para instâncias pertinentes, são elas a Comissão Intergestores Bipartite Estadual e o Conselho estadual de Saúde (BRASIL, 2004).

Outra regulamentação dos Pólos, no âmbito estadual, configura-se na perspectiva de que cabe à Secretaria Estadual de Saúde (SES) – quando o estado

tiver mais de um Pólo - promover a articulação entre estes dispositivos.

Esta articulação tem como objetivo estimular a cooperação entre os Pólos, a troca de saberes e práticas, a não fragmentação das propostas e tornar compatível todas as iniciativas propostas com as políticas estaduais e nacionais de saúde para o fortalecimento do SUS e da Reforma Sanitária Brasileira, respeitando as necessidades locorregionais (BRASIL, 2004).

As **diretrizes** que orientam a caminhada dos Pólos se fundamentam na validação de projetos de formação e desenvolvimento para promover a educação permanente em saúde.

Estes projetos serão avaliados e acompanhados pelo MS após a pactuação, por consenso, realizada pelo Colegiado de Gestão e Conselho Executivo Gestor do Pólo e pela Comissão Intergestores Bipartite, e, o encaminhamento para aprovação no Conselho Estadual de Saúde.

Os projetos dos Pólos deverão estar assegurados pelas diretrizes da ação política para implementação da PNEPS para o SUS, e deverão conter na sua íntegra (BRASIL, 2004, p. 19 e 20):

[...] Apresentação da previsão de impactos: nas ações e nos serviços de saúde, na gestão do SUS, na educação técnica, na graduação e pós-graduação, na educação popular e na produção e disseminação de conhecimentos. Definição dos compromissos dos parceiros participantes do Pólo [...]. Apresentação da amplitude das inclusões propostas: contemplar a multiplicidade de atores, serviços e de práticas. Formulação de abordagens e estratégias integradas de implementação educativa dos campos de conhecimentos específicos, reconhecidos como de interesse locorregional, estadual ou nacional. Explicitação das necessidades de saúde a que a proposta se reporta e das metodologias previstas; [...] da relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, o princípio de atenção integral à saúde e da cadeia de cuidados progressivos à saúde na rede do SUS; [...] das mudanças nas práticas de saúde e de educação na saúde; [...] da multiprofissionalidade e da transdisciplinaridade nas propostas. Indicação dos responsáveis pela implementação de cada uma das ações previstas [...] com custos e plano de aplicação.

Os parceiros e responsáveis pela elaboração e implementação dos projetos

aprovados, são os gestores municipais e estaduais, autores e atores das instituições formadoras, controle social, hospitais de ensino, movimentos sociais e estudantes da área da saúde.

Tendo cumprido todas as diretrizes propostas, os Pólos deverão encaminhar os projetos ao DEGES/MS, a fim de que estes possam:

[...] orientar o acompanhamento da construção da educação permanente em saúde [...] através de uma Comissão Nacional de Acompanhamento que tem como papel fundamental a pactuação com as instituições proponentes, no sentido de seu ajustamento a estas diretrizes (BRASIL, 2004, p. 20).

Esta comissão é formada por membros que participam do Conselho Nacional de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais da Saúde, dos Ministérios da Saúde e da Educação, dos representantes dos estudantes e das associações de ensino e das profissões da saúde.

A operacionalização dos Pólos pretende quebrar o conceito de sistema de saúde verticalizado, para que todos os atores, envolvidos nos processos de consolidação do SUS, possam atuar com a idéia de um conjunto articulado de serviços e ações.

É nesta perspectiva que Brasil (2004), aborda esta operacionalização no sentido da *Roda*, pois há comunicação entre todas as esferas de atenção, gestão, formação e controle social, assim sendo:

A gestão colegiada, a articulação interinstitucional e a roda de educação permanente em saúde, instituirão a novidade do Pólo [...] com novo arranjo e nova estrutura organizativa, fortemente comprometida com o projeto ético-político da Reforma Sanitária Brasileira, com a co-responsabilidade nas ações de saúde e com a articulação e integração entre as instituições das áreas da saúde e da educação (BRASIL, 2004, p. 21).

Cabe ressaltar que a articulação interinstitucional e idéia da *Roda* em lugar da verticalização do sistema de saúde, pressupõem um desafio para os Pólos de Educação Permanente em Saúde, pois se torna clara a necessidade de mudança em toda a estrutura do sistema, como também e, principalmente, na imagem que os principais autores e atores do SUS já construíram, bem como na maneira com que este é conduzido atualmente.

A imagem da pirâmide, que foi sendo construída ao longo dos tempos, do Sistema de Saúde Brasileiro, vislumbra os hospitais no *topo* e a rede básica na *base*, ou ainda, a União no topo, depois os Estados nos níveis intermediários e uma base larga de municípios – *um desenho clássico de comando* - essa visibilidade dá sentido tanto aos papéis que cada um desempenha quanto aos níveis de atenção e complexidade (BRASIL, 2004).

É necessário reconstruir uma nova relação e produzir uma nova imagem desse sistema, pois a partir de uma nova realidade constituída se pressupõem uma nova aprendizagem sobre a capacidade do Estado de promover a interinstitucionalidade e a intersetorialidade, a arquitetura do organograma, estabelecida pela pirâmide, dá lugar a *dinâmica da Roda* que permite a entrada das instituições formadoras, dos movimentos estudantis e populares nesse processo de mudança (BRASIL, 2004).

Resumindo, é a gestão colegiada dos Pólos que deve reafirmar o compromisso com a mudança no Sistema de Saúde, promovendo a modificação da imagem de pirâmide e a noção de níveis de gerenciamento, através da mobilização dos autores e atores comprometidos com os princípios e diretrizes que norteiam o SUS para desestabilização desta estrutura tradicional de gestão.

O colegiado sendo constituído por representantes das três esferas de

governo, possibilitará que todos os segmentos constitutivos participem nas decisões tomadas coletivamente. Esta composição proporcionará melhor resolutividade no seu aproveitamento.

Com a finalidade de proporcionar esta resolutividade, as instituições formadoras e os municípios devem promover e desenvolver, através da articulação com os Pólos, a reconstituição das práticas de formação e desenvolvimento para o SUS, pois possuem autonomia, mesmo que a aprovação se dê a nível federal, para organizar os campos de exercício do ensino e de exercício das ações de saúde (BRASIL, 2004).

A figura a seguir pretende exemplificar o papel dos Pólos de EPS, a partir da implementação da PNEPS.

Após quase três anos de implantação da PNEPS e constituição dos Pólos de EPS, o MS institui novas diretrizes para a condução desta política, as quais serão abordadas sob a perspectiva da **Portaria GM/MS nº. 1.996/07**.

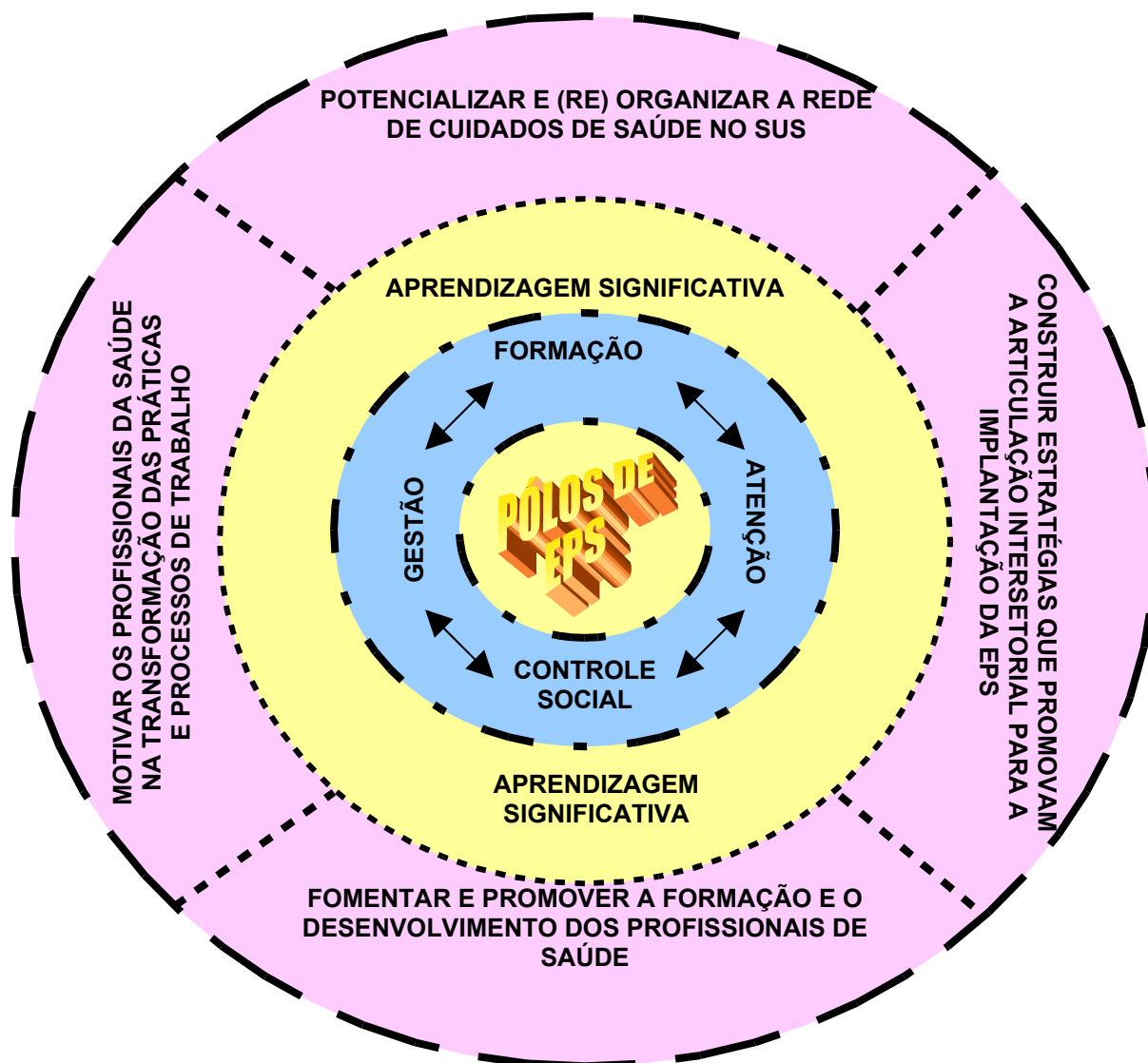
A figura 3 busca representar esquematicamente o papel dos Pólos de EPS, a partir da implementação da PNEPS. Entende-se que através da disseminação da capacidade pedagógica nos serviços e ações de saúde nos níveis da atenção, gestão, formação e controle social, os Pólos de EPS serão responsáveis em instigar os profissionais a utilizar a EPS como estratégia de aprendizagem significativa no trabalho.

A aprendizagem significativa no, para e pelo trabalho representa muito mais do que a aquisição de conhecimentos por meio da participação em cursos, palestras, capacitações, porque ela produz o conhecimento no próprio campo de atuação dos profissionais, através da identificação dos nós críticos que se manifestam nas práticas e processos de trabalho. Na aprendizagem significativa, os

nós críticos identificados poderão ser modificados através da implementação de melhorias nas práticas de saúde, construídas pelos profissionais a partir do pensamento crítico, visão compartilhada, diálogo e criatividade incentivadas e/ou desenvolvidas através de processos educativos.

Neste sentido, os Pólos de EPS serão co-responsáveis pela construção de estratégias que promovam a articulação, negociação e pactuação entre os serviços de saúde e as instituições de ensino na implementação da PNEPS. Estas estratégias visam à formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde nos níveis de atenção, gestão, formação e controle social do SUS, a fim de que estes promovam a transformação das suas práticas profissionais e potencializem a reorganização da rede de cuidados à saúde dos usuários deste sistema.

Figura 3 - Papel dos Pólos de Educação Permanente em Saúde



Fonte: Brasil (2004), adaptado por Moraes, Siqueira (2008).

2.4.3 Portaria GM/MS n°. 1.996/07

Após a delimitação do tema de pesquisa e elaboração do referencial teórico que dá suporte a este estudo, foi aprovada a Portaria GM/MS n°. 1.996, de 20 de agosto de 2007, a qual dispõe sobre as diretrizes para a implementação da

PNEPS.

Esta reformulação foi realizada com o intuito de atender aos interesses da população, e incentivar novas formas de desenvolvimento através da integração entre a formação profissional na área da saúde, e as necessidades de saúde dos indivíduos e coletividades usuárias do SUS.

Os profissionais de saúde devem ter sua base de formação estruturada no conhecimento da realidade de saúde das comunidades, na organização e normatização preconizada pelo SUS, bem como no funcionamento dos serviços de saúde do SUS. Deste modo, poderiam atuar de forma eficiente e com qualidade no cuidado e atenção prestada aos usuários deste sistema de saúde (BRASIL, 2007).

Nesta portaria estão definidas as novas diretrizes para a implementação da PNEPS, adequando a Portaria n°. 198/04 ao regulamento do Pacto pela Saúde aprovado na Portaria n°. 2.007/04 (BRASIL, 2007).

Estabelece os Colegiados de Gestão Regional (COGERE), como instâncias intersetoriais e interinstitucionais de pactuação permanente e co-gestão solidária, “dos gestores municipais de saúde – do conjunto de municípios de uma determinada região – e do gestor estadual”, para a condução da PNEPS, bem como suas atribuições e a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES). Neste sentido, os Pólos passam a ser denominados de CIES, no entanto passam a ter uma nova estruturação e formatação.

De acordo com o art. 5º, as CIES deverão ser compostas pelos gestores de saúde das três esferas de governo – Federal, Estadual e Municipal – e representantes da gestão estadual e municipal de educação, dos trabalhadores do SUS e entidades de representação destes, Instituições de Ensino com curso de formação na área da saúde, movimentos ligados à gestão das políticas públicas de

saúde e representantes do controle social.

Para encaminhar as questões administrativas que envolvem a gestão da PNEPS, as CIES deverão contar com uma secretaria executiva no âmbito regional, bem como a participação das Comissões Intergestores Bipartite e Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde.

O art. 13º estabelece que a formação dos trabalhadores de nível médio no âmbito do SUS, deverá seguir as diretrizes e orientações que constam nesta portaria.

Para acompanhar a gestão da PNEPS, a SGTES propõe indicadores que deverão ser alimentados e monitorados pelas CIES e COGERES.

Os demais artigos estabelecem como será realizado o financiamento das propostas de formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde do SUS, bem como a participação do MS e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na gestão da PNEPS.

Assim, foram apresentadas, resumidamente, as principais diretrizes que irão nortear a PNEPS a partir de agosto de 2007. Elas servirão de base para o questionamento aos sujeitos desta pesquisa, sobre as ações que serão realizadas para adequação dos Pólos a esta portaria.

Para dar fundamentação às discussões sobre a visibilidade dos Enfermeiros no processo de gestão do pólo de EPS, o tema a ser apresentado é o **Trabalho Gerencial do Enfermeiro**.

2.5 TRABALHO GERENCIAL DO ENFERMEIRO

A enfermagem é concebida como uma ciência da área da saúde que fundamenta suas bases conceituais no cuidado ao ser humano, respeitando sua individualidade, singularidade, originalidade e totalidade. Seus modos de cuidar, tratar, assistir e orientar considera a humanização, o acolhimento, o respeito, o conforto e o bem estar de indivíduos e coletividades em todas as práticas e processos de saúde no qual estão inseridos.

Desde a sua concepção como uma profissão, a enfermagem busca contínua e permanentemente a construção do seu conhecimento a partir dos saberes gerados de outras disciplinas. Para Cianciarulo (2001) esses saberes foram cedidos por áreas como educação, administração, psicologia, sociologia, antropologia, medicina, entre outras, que foram reunidos a um conjunto de conhecimentos necessários ao desenvolvimento das práticas e processos de trabalho do enfermeiro, fundamentados em teorias e modelos do cuidado em enfermagem.

Neste contexto,

O trabalho de enfermagem, entendido como prática social e, portanto, articulado a outras práticas como a da saúde, educação, produção de medicamentos, equipamentos, é efetivado na sociedade por meio do trabalho (FELLI, PEDUZZI, 2005, p. 1).

O trabalho pode ser entendido como uma ação realizada pelo homem, orientado por sua capacidade intelectual, emocional, social e física, que promove e produz mudanças com vistas a transformar o mundo externo, e transformando-o também modifica a sua própria natureza (MARX, 1982).

Sávchenko (1987) corrobora com esta idéia, acrescentando que:

[...] trabalho é a atividade racional do homem, com a qual ele adapta os objetos da natureza, de modo a satisfazer suas necessidades. No processo de trabalho o homem despende energia física, nervosa e mental e cria os produtos necessários para sua sobrevivência.

Desta forma, o trabalho passa a ser concebido como uma atividade humana, que possui um caráter social, portanto, esta atividade formal é norteadada por uma finalidade que dá ao homem o potencial de conscientemente transformar a natureza e por ela ser transformada a partir de sua criatividade (MARX, 1993). Esta mediação entre o homem e o meio ambiente é propiciada através do trabalho, que promove as transformações de acordo com as necessidades humanas.

A relação estabelecida entre o homem, a natureza e o trabalho, assim como as transformações que essa interação produz, fazem emergir um olhar sobre o processo de trabalho. Marx (1993, p. 205) comenta que neste processo “a atividade do homem opera uma transformação, subordinada a um determinado fim, no objeto sobre que atua por meio do instrumental de trabalho. O processo extingue-se ao concluir-se o produto”. Neste contexto, observa-se que o trabalho compreende elementos essenciais que envolvem a atividade exercida pelo homem, o artefato ou objeto a ser trabalhado e os meios ou instrumentos que serão utilizados pelo ser humano para transformar este objeto no produto resultante do seu trabalho.

Para melhor compreensão destes elementos, Felli e Peduzzi (2005, p. 2) utilizam o referencial de Marx (1992) para descrevê-los:

(a) o *objeto de trabalho*, aquilo sobre o que incide a atividade e que será transformado no decorrer do processo, constituindo-se em produto; (b) os meios e instrumentos do trabalho; e (c) a atividade adequada a um fim, o trabalho propriamente dito, que se organiza de uma forma específica.

No trabalho da enfermagem o objeto a ser transformado envolve os processos de saúde/doença que acometem o ser humano, os quais serão

transformados por meio do cuidado que é o instrumento de trabalho dos profissionais Enfermeiros. Felli e Peduzzi (2005, p. 1) apontam que o trabalho da enfermagem “não produz bens a serem estocados e comercializados, e sim serviços que são consumidos no ato de sua produção, isto é, no momento da assistência, seja ela coletiva, grupal ou individual”. A diferença no trabalho da enfermagem em relação a outros profissionais encontra-se na assertiva que o Enfermeiro atua para, no e com o ser humano enquanto objeto de transformação.

Nesta perspectiva, o trabalho da enfermagem com vistas a transformação do objeto de trabalho em saúde irá se constituir na promoção, prevenção e recuperação da saúde de indivíduos e coletividades. Para tal finalidade, utiliza como instrumentos de trabalho os processos de cuidar, educar e gerenciar (LEOPARDI et al., 2001; FELLI E PEDUZZI, 2005). Na concepção das autoras, o trabalho da enfermagem voltado para o **cuidado** fundamenta e identifica esta ciência como uma profissão, no qual sua atuação é direcionada exclusivamente para atender as necessidades de saúde do ser humano. O trabalho do Enfermeiro na **educação** é conduzido para orientar, sensibilizar e conscientizar os indivíduos, grupos e coletividades nos assuntos referentes à saúde, respeitando suas diferenças, hábitos, crenças, valores e conhecimentos. E o trabalho **gerencial**, privativo do Enfermeiro na sua equipe, caracteriza-se como uma atividade provedora de recursos humanos, físicos e materiais que envolvem todos estes processos (LEOPARDI et al., 2001). Portanto, com a finalidade de promover, prevenir e recuperar a saúde de indivíduos, grupos e coletividades, o trabalho do Enfermeiro fundamenta-se nos pilares do cuidado, educação e gestão da assistência de enfermagem.

O trabalho gerencial pode ser entendido como a ação principal deste processo, pois envolve a organização e o planejamento do cuidado e da educação

em saúde. O gerenciamento das ações e serviços de enfermagem está regulamentado pela Lei nº 7.498/86, o qual dispõe sobre o exercício da enfermagem, incumbindo ao Enfermeiro:

I – privativamente:

- a) direção do órgão de enfermagem integrante de estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem [...]

II – como integrante de equipe de saúde:

- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde [...] (DECRETO nº 94.406/87 – COREN, 2002).

Compreende-se que a atuação do Enfermeiro no trabalho gerencial é bastante ampla, o que lhe confere determinada autonomia frente à equipe de saúde na participação dos processos de gestão organizacional. Na perspectiva das práticas de saúde, estes fatores tem importante destaque na construção de um modelo do cuidado voltado para as necessidades de saúde dos indivíduos e coletividades.

Neste processo, “o planejamento pode ser definido como um importante instrumento que favorece fazer escolhas e a elaboração de planos que ajudam a enfrentar os processos de mudança”. Para os autores ele envolve conhecimentos científicos e práticos que são sistematizados com a finalidade de promover “a interação com a realidade, programar as estratégias e as ações necessárias, para alcançar os objetivos e as metas pré-estabelecidas” (MELLEIRO et al., 2005, p. 165). O planejamento como ação gerencial do Enfermeiro lhe permite a construção de estratégias assistenciais com o intuito de promover a articulação com as práticas de atenção, gestão e formação em saúde e consolidando sua participação nos movimentos do controle social.

Na visão de Lunardi Filho (1998, p. 333),

[...] os profissionais de enfermagem necessitam procurar estratégias para romper com suas raízes servis e assumir sua competência para enunciar seus próprios conceitos e, desse modo, integrar-se a equipe de saúde como parte constituinte da mesma, em igualdade de condição com os outros profissionais para decidir sobre seu próprio trabalho e sobre o trabalho em saúde, como um todo.

De acordo com Felli, Peduzzi (2005), o trabalho gerencial da enfermagem encontra-se pautado na articulação e integração de quatro dimensões/fatores, são eles:

- Dimensão ou fator técnico - envolve aspectos mais universais do serviço e que envolvem o gerenciamento de recursos humanos, materiais e físicos, são eles: o planejamento, a coordenação, a supervisão, o controle e avaliação;
- Dimensão ou fator político - se encontra a articulação entre o trabalho gerencial (interno) e aos projetos de caráter político-ideológicos, econômicos e sociais (externo);
- Dimensão ou fator comunicativo - está relacionado ao poder de negociação nas relações interpessoais e profissionais, pois nestes serviços acontecem relações de comunicação e diálogo entre as equipes de saúde, com gestores, usuários, e outros representantes da sociedade;
- Dimensão ou fator de desenvolvimento da cidadania – a gerência torna-se uma atividade que busca a emancipação dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho (equipe de profissionais e usuários dos serviços de saúde).

Percebe-se que nestas dimensões encontram-se os objetos do trabalho gerencial do Enfermeiro que são a organização do trabalho e os recursos humanos. Para a execução desse processo nos serviços de saúde Felli e Peduzzi (2005, p. 7) afirmam:

[...] é utilizado um conjunto de instrumentos técnicos próprios da gerência, ou seja, o planejamento, o dimensionamento de pessoal de enfermagem, o recrutamento e seleção de pessoal, a educação continuada e/ou permanente, a supervisão, a avaliação de desempenho e outros.

Essas atividades/ações fazem parte de um planejamento macro para o gerenciamento do serviço de enfermagem das organizações. Os principais fatores que contribuem para as dificuldades de gerenciamento destes serviços estão relacionados a:

[...] intangibilidade da produção dos serviços [...] receios e cautelas na interação sistêmica de uma instituição [...] trabalho fragmentado [...] recursos são considerados ilimitados pelos profissionais [...] funcionamento autônomo e competitivo das unidades [...] debilidade das estruturas formais [...] distribuição do poder [...] pensamento corporativo [...] inexistência de uma visão integral [...] normalização do trabalho [...] (MOTTA, 2001).

Todos estes fatores estão relacionados a questões pessoais, culturais, sociais, políticas e ambientais que formam os valores individuais de cada profissional de enfermagem atuante nos serviços de saúde. Isto corresponde à heterogeneidade dos sistemas organizativos dos serviços de enfermagem, uma vez que cada profissional estrutura, organiza e compõe o seu trabalho de maneira singular.

Para Silva (2006, p. 52):

[...] as pessoas interagem e se desenvolvem com o ambiente, e o reconhecimento desta relação proporciona uma conscientização em que a

estrutura dos ambientes numa sociedade pode ser alterada e produzir mudanças correspondentes no comportamento humano.

Em relação ao ser humano na organização, Siqueira (2001, p.82) considera:

Ver o ser humano na relação coletiva do seu trabalho/serviço na organização permite visualizar o que ele traz de significativo, respeitando a subjetividade do seu eu, suas perspectivas, não apenas pessoais, mas sobretudo profissionais. A liberdade de expressão, ainda que negociada, além de poder garantir espaços para a ação, pode lhe assegurar um contínuo aprendizado rumo a sua satisfação, sua realização. Esta satisfação pode levá-lo a compreender que a sua capacidade de caminhar é infinita, inesgotável.

Neste sentido, entende-se que o trabalho do enfermeiro em relação à educação faz parte dos processos gerenciais, principalmente nas questões que se referem à formação e desenvolvimento de profissionais da enfermagem. O gerenciamento das atividades que envolvem a educação dos profissionais da enfermagem volta-se para a educação formal de nível acadêmico ou técnico, como também ao utilizar elementos na prática que conferem à formação e o desenvolvimento da equipe de enfermagem no próprio local de trabalho. Para sua execução, os Enfermeiros devem exercitar “as teorias, métodos e recursos de ensino-aprendizagem, empregados como instrumentos para atender à finalidade de formar, treinar e aperfeiçoar recursos humanos de enfermagem” (SANNA, 2007, p. 223). Na maioria das vezes estes processos são indutores de mudanças nos processos de trabalho.

Essas mudanças podem ser determinantes de novas formas de cuidar, tratar, ensinar e acompanhar a saúde de indivíduos e coletividades, de modo que os serviços de saúde atendam as necessidades dessa população. Se os Enfermeiros no papel de gestores do serviço de enfermagem tiverem uma visão estratégica, em que a forma de trabalho se desenvolva a partir de um processo de aprendizagem no

próprio trabalho, essas mudanças podem acontecer no contexto destes serviços (MOTTA, 2001).

Percebendo o trabalho gerencial do Enfermeiro como um instrumento estratégico à implantação das políticas públicas de saúde, coloca-se em evidência o compromisso sócio-político que estes profissionais têm na condução da EPS como estratégia de transformação das práticas de ensino e (re) organização dos serviços e ações de saúde no contexto do SUS (BRASIL, 2004; SANNA, 2007).

Com relação ao compromisso da enfermagem frente à EPS, Peres e Ciampone (2006, p. 496) destacam,

O envolvimento do enfermeiro no processo de educação permanente acontece com a aquisição contínua de habilidades e competências que estejam de acordo com o contexto epidemiológico e com as necessidades dos cenários de saúde, para que resultem em atitudes que gerem mudanças qualitativas no processo de trabalho da enfermagem.

O envolvimento deste profissional pode ser atribuído à proposta política da EPS, que possibilita e incentiva a inserção de diferentes atores da atenção, da gestão setorial, da formação e do controle social nas rodas de discussão e gestão da educação permanente nos Pólos de EPS.

PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo apresenta-se o percurso metodológico percorrido na realização deste estudo. Ele contempla a caracterização do estudo, a descrição do local de estudo, os sujeitos de estudo, os aspectos éticos envolvidos na pesquisa, a coleta de dados, a descrição dos dados, a análise e a interpretação dos dados.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Para Minayo (2007), a metodologia consiste em um caminho que nos permite conhecer e abordar a realidade. Com este intuito, esta pesquisa caracterizou-se por uma abordagem qualitativa, do tipo exploratória e descritiva.

Considera-se, que a pesquisa qualitativa busca captar não só a aparência do fenômeno, mas também a sua essência, a partir da percepção do fenômeno em um contexto em que ele é real, concreto e, como tal, possível de ser estudado (TRIVIÑOS, 1995).

De acordo com Polit e Hungler (2004, p. 45) a apreensão da aparência e da essência do fenômeno na pesquisa qualitativa ocorre através das informações dos sujeitos da pesquisa “é o ponto inicial a partir do qual o pesquisador começa a conceitualizar, buscando os padrões emergentes das interações pesquisador-participante”. Para estas autoras, este tipo de pesquisa parte do pressuposto de que o conhecimento sobre os indivíduos só é possível com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios autores.

Segundo Triviños (1995), a pesquisa descritiva busca a descrição exata das características e dos acontecimentos de uma determinada realidade. A finalidade desta pesquisa “é observar, descrever e documentar os aspectos da situação” (POLIT; HUNGLER, 2004, p. 177). É exploratória porque o estudo permitiu ao investigador aumentar sua experiência em torno do problema, ajudando o mesmo, encontrar elementos necessários que lhes permitiram um contato com os sujeitos e obter os resultados que deseja (TRIVIÑOS, 1995). Para Polit e Hungler (2004, p. 34) a pesquisa exploratória “começa com algum fenômeno de interesse; no entanto, mais do que simplesmente observar e descrever o fenômeno, a pesquisa exploratória investiga a sua natureza complexa e os outros fatores com os quais ele está relacionado”.

A partir da caracterização deste estudo, o investigador, através da interação com o sujeito, buscou o conhecimento sobre o processo de gestão formulado e implementado pelos gestores do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS e a visibilidade dos Enfermeiros no processo, através da descrição das experiências vivenciadas por estes atores.

3.2 DESCRIÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

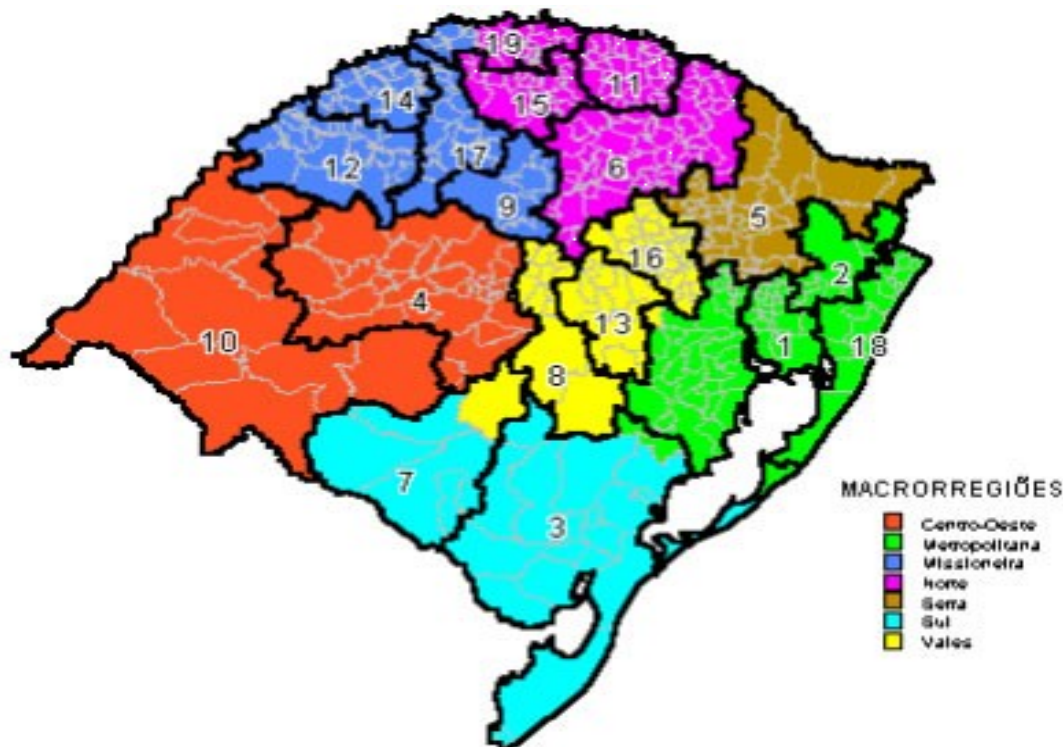
A pesquisa foi realizada no Pólo de Educação Permanente em Saúde da Macrorregião Sul do RS, que abrange os 28 Municípios integrantes da 3ª e 7ª Coordenadorias Regionais de Saúde.

Para uma melhor compreensão da abrangência de atuação deste Pólo,

realiza-se uma breve apresentação dos municípios que integram a Macrorregião Sul. Conforme já foi citada, esta região compreende as duas regionais de saúde, a 7ª CRS/RS a qual abrange 06 municípios e tem sua sede na cidade de Bagé e a 3ª CRS/RS, com sede em Pelotas e com abrangência de 22 municípios.

A 3ª Coordenadoria Regional de Saúde do RS abarca os municípios de: Amaral Ferrador, Arroio Grande, Arroio do Padre, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Chuí, Cristal, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar, Santana da Boa Vista, São José do Norte, São Lourenço do Sul e Turuçu, totalizando vinte e dois municípios. Os municípios de Amaral Ferrador e Cristal desde 1992 já migraram em torno de quatro vezes para a 2ª CRS/RS devido a sua proximidade com a capital, mas agora voltaram a pertencer a 3ª CRS/RS. Os municípios de abrangência da 7ª Coordenadoria Regional de Saúde do RS são: Bagé, Caçapava do Sul, Dom Pedrito, Lavras do Sul, São Gabriel e São Sepé. A região de abrangência do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS, local de pesquisa deste estudo, pode ser vislumbrado na figura 4.

Figura 4 - Mapa das Macrorregiões de Saúde do Rio Grande do Sul



Fonte: 3ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO E ASPECTOS ÉTICOS ENVOLVIDOS NA PESQUISA

Com o intuito de contemplar os objetivos propostos neste estudo, assim como responder a questão norteadora, os sujeitos sociais desta pesquisa foram os gestores responsáveis pelas estratégias formuladas e implementadas pelo Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS. Estes sujeitos representavam a Secretaria Executiva deste Pólo, a qual era formada por um grupo de 7 pessoas, dentre elas: 1 Enfermeiro, 2 Administradores, 1 Fisioterapeuta, 2 Médicos e 1 conselheiro Municipal de Saúde. Este estudo contemplou 6 gestores, como sujeitos, porque não foi possível localizar e contatar um dos gestores deste Pólo de EPS, considerado

como perda.

Para a seleção dos sujeitos foram observados os seguintes critérios de inclusão:

- Ter participado da formulação e implementação das estratégias de gestão e EPS do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS;
- Concordar em participar deste estudo;
- Autorizar a gravação da entrevista;
- Assinar o Consentimento Livre Esclarecido em duas vias;
- Permitir a divulgação dos dados que emergirem neste estudo, respeitando os princípios éticos, em eventos e outras formas científicas.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa na área da saúde da Universidade Federal de Pelotas, e aprovado sob o Parecer nº 157/07 em 17 de dezembro de 2007 (Anexo).

Previamente, encaminhou-se ao Gestor da 3ª CRS e aos Gestores do Pólo de EPS, uma solicitação por escrito, de autorização (Apêndice 1 e 2), para a realização desta pesquisa no Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS.

Posteriormente, cada Gestor foi convidado a assinar, em duas vias, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3), ficando uma com o pesquisador e outra com o sujeito desta pesquisa. Foi-lhes garantido o caráter confidencial da participação, bem como acesso aos dados e liberdade de desistirem do estudo, se julgassem necessário, assim como o compromisso de lhes comunicar os resultados da pesquisa.

Para assegurar esse caráter confidencial, os sujeitos foram identificados por pseudônimos, com o nome que lhes confere a função no Pólo de EPS da

Macrorregião Sul, acrescidos de números arábicos respeitando a ordem das entrevistas realizadas (Gestor 1; 2; ...; 6). Deste modo, este estudo atendeu aos preceitos do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e da Resolução Nº. 196/96, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde.

3.4 DESCREVENDO A COLETA DE DADOS

Neste estudo, o método utilizado para a coleta de dados deu-se através da realização de uma entrevista semi-estruturada (Apêndice 4) com os sujeitos da pesquisa, no mês de maio de 2008, com a finalidade de conhecer as estratégias formuladas e implementadas, com os serviços de saúde e as instituições de ensino na formação dos profissionais de saúde para a consolidação do SUS, na perspectiva dos gestores do Pólo de Educação Permanente em Saúde da Macrorregião Sul do RS e identificar a visibilidade dos Enfermeiros neste processo de gestão.

A técnica da entrevista semi-estruturada é um dos métodos mais utilizados nas pesquisas de campo, onde o investigador utiliza a fala dos atores sociais como instrumento de informação para a coleta dos dados. Entretanto, não significa uma conversa despretensiosa e neutra, pois estes atores são os sujeitos da pesquisa que vivenciam ou vivenciaram uma determinada realidade que é o foco da pesquisa (MINAYO 2002; 2007).

Segundo Marconi e Lakatos (2006), a entrevista pode ser definida como:

[...] um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional. É um procedimento utilizado na investigação social, para a coleta de dados [...] (MARCONI, LAKATOS, 2006, p. 197).

A escolha pela entrevista semi-estruturada ocorreu porque ela proporciona uma aproximação maior entre o pesquisador e o sujeito do estudo, e a partir desta, o entrevistador tem a liberdade para conduzir as perguntas de modo que as respostas contemplem os objetivos da pesquisa.

O roteiro que direcionou a entrevista foi construído de modo que contemplasse os objetivos propostos para a realização do estudo. O instrumento de coleta de dados, como pode ser observado, foi composto por um item de identificação do sujeito e por 7 questões abertas, as quais permitiram que o entrevistado expusesse seu ponto de vista nos diversos assuntos abordados e, ainda, possibilitou que ele acrescentasse idéias sobre pontos que considerasse relevante.

Antes de proceder a coleta de dados, foi realizado um pré-teste com dois gestores do Pólo de EPS da Macrorregião Sul, utilizando o instrumento construído a fim de avaliar possíveis dificuldades encontradas quanto à forma, à extensão, à consistência e aos obstáculos na aplicação do instrumento de coleta.

Durante o pré-teste não foram observadas dificuldades para a utilização do roteiro elaborado para a entrevista, e por isso considerou-se válido não repetir o instrumento nesses dois. As entrevistas foram realizadas individualmente, com a gravação dos dados.

O primeiro passo para a coleta dos dados foi o contato realizado com o Gestor da 3ª CRS do Estado do RS, com o objetivo de apresentar o projeto de pesquisa e o roteiro da entrevista semi-estruturada a ser aplicado com os Gestores

do Pólo de EPS da Macrorregião Sul. Nesta oportunidade, foi entregue a solicitação de autorização para desenvolver a pesquisa com os sujeitos do estudo.

O local e horário da entrevista foram previamente acordados com os sujeitos, de modo que fossem atendidas as suas preferências pessoais ou profissionais. Todas as entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho dos entrevistados e tiveram duração mínima de 1 hora e máxima de 2 horas, numa média de 1 hora e 30 minutos, sendo conduzidas pela pesquisadora. A maioria desses locais propiciou um ambiente tranquilo e silencioso contribuindo na comunicação e interação entre o sujeito e o entrevistador. Somente num dos locais escolhidos o ambiente estava tumultuado fazendo com que a entrevista tivesse que ser interrompida pelo barulho proveniente de conversas paralelas e chamadas telefônicas.

Ao iniciar os diálogos, foi esclarecido a todos os participantes como seriam conduzidas as entrevistas, salientando que não havia respostas certas ou erradas, e que estas tinham a intenção de buscar conhecer a opinião e percepção dos sujeitos sobre cada um dos assuntos abordados no roteiro da entrevista. As entrevistas seguiram a ordem numérica das questões estabelecidas a priori sem que houvesse a necessidade de alterar esta seqüência.

O acolhimento da pesquisadora foi cordial pelos sujeitos, os quais demonstraram bastante interesse e seriedade na condução da entrevista, tendo sido verbalizada por alguns a relevância pessoal que este estudo tinha, uma vez que descreveria suas vivências e caminhadas profissionais na constituição do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS.

Ao término de cada entrevista a pesquisadora agradeceu a participação dos sujeitos, salientando a sua importância, bem como a relevância dos dados coletados para a construção deste estudo. Finalmente ela colocou-se a disposição para

maiores informações em qualquer momento do trabalho e, antecipadamente, foram convidados para a defesa da dissertação.

As fitas gravadas durante a entrevista, foram transcritas na íntegra pela pesquisadora, a fim de garantir a máxima fidedignidade e anonimato necessários e ficarão sob a guarda da pesquisadora, no mínimo por cinco anos.

3.5 DESCRIÇÃO DOS DADOS

Para a análise e interpretação dos dados coletados pela pesquisadora, o método utilizado fundamentou-se em Minayo (2007), observando a seqüência de passos da metodologia da **Análise Temática**. Ressalta-se que a análise oportunizou que os dados fossem explorados e analisados em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação como descritos a seguir.

Após a transcrição na íntegra dos dados coletados das entrevistas, realizou-se leituras e releituras flutuantes, com a finalidade de tomar contato exaustivo com as informações colhidas, de modo a impregnar-se de seu conteúdo e familiarizar-se com os registros, a fim de apreender-se dos *insights* orientadores da análise desta pesquisa.

Na seqüência, passou-se a organizar os dados transcritos, através da visualização individual de cada entrevista, onde se destacou os aspectos que foram considerados relevantes. As falas oriundas das entrevistas foram mapeadas, para que pudessem ser assinalados os principais pontos de cada uma, o que facilitou a visualização de todo o material.

Os principais pontos assinalados a partir do mapeamento das falas, foram àqueles identificados como os mais significativos, ou seja, palavras, frases, parágrafos de mesmo conteúdo temático, identificando as unidades de registro e fazendo os recortes necessários. As unidades de registro foram agrupadas de modo que fosse respeitada a similaridade das idéias, e aquelas que possuíam o mesmo significado ou semelhança foram assinaladas no mapa, com cores iguais, permitindo a visualização do agrupamento das idéias.

Trabalhou-se com categorias pré-estabelecidas para facilitar a classificação dos dados. Na presença dos dados obtidos e assinalados, observou-se a presença dos aspectos que foram apresentados no guia norteador da pesquisa, os critérios de classificação e a representatividade em relação ao atendimento dos objetivos da pesquisa. Novas leituras a partir das falas extraídas das entrevistas foram realizadas procurando apreender o significado visível e/ou oculto das informações prestadas, as quais possibilitaram fazer reflexões que direcionaram as distribuições necessárias à categorização dos dados.

Minayo (2002, p. 70) refere categoria,

[...] a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relaciona, entre si. As categorias são empregadas para se estabelecer classificações. Nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso.

Neste sentido, as categorias pré-estabelecidas facilitaram o agrupamento dos dados que emergiram nesta pesquisa. As categorias e respectivas subcategorias compreenderam:

- Estratégias de Gestão Formuladas e Implementadas pelos Gestores do Pólo de EPS da Macrorregião Sul:
 - Elaboração do plano de ações da EPS pelos gestores do Pólo de EPS;
 - Projetos da EPS nos níveis de atenção, gestão, formação e controle social, formulados e implementados pelos gestores do Pólo de EPS a partir das inter-relações estabelecidas entre as IES e os serviços de saúde;
 - Mudanças para atender às disposições da Portaria GM/MS nº. 1.996/07;
- Facilidades e Dificuldades Vivenciadas pelos Gestores do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS no Processo de Gestão:
 - Principais facilidades vivenciadas pelos gestores no processo de gestão do Pólo de EPS;
 - Principais dificuldades vivenciadas pelos gestores no processo de gestão do Pólo de EPS;
- Visibilidade dos Enfermeiros no Processo de Gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS:
 - Na elaboração do plano de ações da EPS pelos gestores do Pólo de EPS;
 - Na formulação e implementação dos projetos de EPS nos níveis de atenção, gestão, formação e controle social;
 - Nas mudanças para atender às disposições da Portaria GM/MS nº.

1.996/07.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Conforme o exposto, os dados foram obtidos por meio de entrevista semi-estruturada com os gestores do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS, os quais representam a Secretaria Executiva deste Pólo, e analisados a partir das categorias pré-estabelecidas: Estratégias de Gestão Formuladas e Implementadas pelos Gestores do Pólo de EPS da Macrorregião Sul; Facilidades e Dificuldades Vivenciadas pelos Gestores do Pólo de EPS da Macrorregião Sul no Processo de Gestão e a Visibilidade dos Enfermeiros no Processo de Gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS, conforme segue abaixo:

4.1 ESTRATÉGIAS DE GESTÃO FORMULADAS E IMPLEMENTADAS PELOS GESTORES DO PÓLO DE EPS DA MACRORREGIÃO SUL DO RS

A categoria estratégias de gestão formuladas e implementadas pelos gestores do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS contempla as subcategorias: Elaboração do plano de ações da EPS pelos gestores do Pólo de EPS; Projetos da EPS nos níveis de atenção, gestão, formação e controle social, formulados e implementados pelos gestores do Pólo de EPS a partir das inter-relações estabelecidas entre as IES e os serviços de saúde; Mudanças para atender às disposições da Portaria GM/MS nº. 1.996, analisando-as em suas unidades de registro, conforme demonstradas no quadro 4 e apresentadas a seguir:

QUADRO 4 – Estratégias formuladas e implementadas pelos gestores do Pólo de EPS da Macrorregião Sul na elaboração da EPS

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTRO
Estratégias de Gestão Formuladas e Implementadas pelos Gestores do Pólo da Macro-Região Sul do RS na elaboração da EPS	Elaboração do plano de ações da EPS pelos gestores do Pólo de EPS	• Reuniões de chamamento • Sensibilizações/multiplicadores • Formação da Secretaria Executiva • Formação de Comitês em EPS • Levantamento de necessidades • Banco de dados • Construção dos projetos
	Projetos da EPS nos níveis de atenção, gestão, formação e controle social formulados e implementados pelos gestores do Pólo de EPS a partir das inter-relações estabelecidas entre as IES e os serviços de saúde	Nível de atenção: • Cursos de Especialização em saúde da Família • Curso de Auxiliar Dentário Nível de gestão: • Cursos de Capacitação para Gestores Nível de formação: • Mudanças nos Cursos de • Graduação da área da saúde Nível de controle social: • Oficinas para Formação de Conselheiros Municipais de Saúde
	Mudanças para atender às disposições da Portaria GM/MS nº. 1.996	• Formação de comissão transitória • Reuniões de chamamento para composição das CIES • Levantamento de necessidades • Implementação dos projetos • Elaboração do plano de ações para o ano de 2009

Fonte: Moraes, Siqueira (2008).

4.1.1 Elaboração do Plano de Ações da EPS pelos Gestores do Pólo de EPS

A análise global desta subcategoria refere-se às atividades realizadas na fase inicial do planejamento das ações para a formulação de estratégias de EPS, as quais englobam o processo de gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS.

Na seqüência da análise, percebe-se que a primeira preocupação dos Gestores encontra-se na realização de **reuniões de chamamento** dos atores que compõem as diferentes instâncias do SUS. Alguns destes atores constituíram o Colegiado de Gestão do Pólo com o intuito de articular, negociar e pactuar entre as

instituições de ensino e os serviços de saúde, a elaboração e execução de um Plano de Ação da EPS da Macrorregião Sul do RS.

Com relação ao chamamento, algumas falas dos gestores ilustram como foi procedido:

A coisa que a gente fez de começo foi fazer um grande chamamento, tanto que a gente fazia **reuniões** no auditório da UCPel, imaginando poder ter uma participação muito ampla (GESTOR 1).

Na verdade o processo começou com a 3ª CRS fazendo uma chamada de atores de várias instâncias, de vários locais, faculdades, hospitais [...] instituições interessantes naquele momento [...] e a partir de grandes **reuniões** foram [...] se colocando como começaria esse processo (GESTOR 3).

[...] pra se montar esse Colegiado de Gestão foram feitas “n” **reuniões**, “n” chamamentos, vamos dizer assim [...] na região, chamando todo mundo no Jandirão da UCPel, chamando estudantes, docentes, representantes do controle social através dos Conselhos Municipais de Saúde (GESTOR 5).

Bom [...] as estratégias começaram com as **reuniões** de chamamento dos diferentes atores que iriam compor o Pólo [...] participaram pessoas das universidades, dos órgãos públicos municipais e estaduais, alunos de graduação, e alguns da participação social. [...] e também de hospitais (GESTOR 6).

Os Colegiados de Gestão devem ter representação dos diferentes atores que atuam nos níveis de gestão estadual e municipal de saúde e de educação, das instituições de ensino com cursos na área da saúde, das escolas técnicas, escolas de saúde pública e demais centros formadores, dos núcleos de saúde coletiva, dos hospitais de ensino e serviços de saúde, de estudantes e trabalhadores da área da saúde, dos conselhos municipais e estaduais de saúde, assim como dos movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004).

A partir do exposto, algumas falas apontam atores que foram convidados para fazer parte do Colegiado de Gestão da EPS, no Pólo da Macrorregião Sul do RS:

[...] convidamos todos os Conselhos Municipais de Saúde de todos os municípios da 3ª e 7ª CRS, todos os secretários de saúde, os representantes e profissionais de saúde de todos os 28 municípios que correspondiam a estas coordenadorias, todas as instituições de ensino, os alunos, professores, hospitais universitários e até outros hospitais que já não tem tanta vinculação com o ensino (GESTOR 1).

Percebe-se que as reuniões de chamamento foram as primeiras atividades realizadas pelo Pólo com o intuito de constituir a plenária acima citada. Este Colegiado foi formado por representantes das esferas de gestão em todos os níveis e práticas de saúde com o propósito de facilitar o debate acerca das necessidades de atenção, gestão, formação e controle social para a formação e o desenvolvimento profissional dos trabalhadores e demais atores que atuam no SUS. De acordo com os gestores, as reuniões foram elaboradas com o intuito de reunir todos os atores que representavam as ações, serviços e instituições de ensino de todos os níveis de atuação do SUS para compor as rodas de discussão e gestão da EPS.

Com o intuito de facilitar as discussões e definições das prioridades de formação e desenvolvimento dos profissionais, no seu território de referência, os atores que representam o Colegiado de Gestão devem atuar de modo participativo e transparente, pois todos têm poder de negociação, além disto, as ações pactuadas também devem atender aos princípios norteadores do SUS. Outro fator que deve ser levado em consideração é o consenso das decisões, pois se este não se fizer presente nas rodas de discussão, as ações de formação e desenvolvimento devem ser encaminhadas para instâncias superiores. No contexto dos Pólos de EPS, estas instâncias devem ser representadas pela Comissão Intergestores Bipartite Estadual e o Conselho Estadual de Saúde (BRASIL, 2004).

A partir das falas percebe-se que foram realizadas várias reuniões de chamamento do Pólo de EPS da Macrorregião Sul, a fim de formar o Colegiado de Gestão e tornar as rodas de discussão mais efetivas na formulação e

encaminhamento dos projetos de EPS. De acordo com a PNEPS, a formação das rodas de discussão e gestão da EPS tem o objetivo de processar as demandas de formação e desenvolvimento com maior agilidade, para isto é necessário:

[...] identificar as áreas temáticas relevantes para as mudanças nas práticas de formação e de atenção à saúde e a produção de conhecimento e feitas avaliações periódicas das atividades executadas, bem como o acompanhamento da execução financeira, abrindo a possibilidade de recriar processos de integração entre os participantes (BRASIL, 2004, p. 53).

A reunião de trabalho realizada pelas organizações pode ser programada com o objetivo de congregar pessoas em prol da disseminação de informações, maior participação no poder decisório ou ainda no planejamento de ações administrativas. Pelo exposto, a reunião pode ser entendida como uma ferramenta de gestão estratégica, usualmente empregada para agregar diferentes atores e formar equipes de trabalho em torno de objetivos comuns e, dentre muitas outras funções disseminar informações pertinentes e necessárias aos processos de gestão.

Complementando a idéia das reuniões de chamamento como uma estratégia que visava à constituição desta plenária para a gestão da EPS no Pólo da Macrorregião Sul, é relevante abordar a formação de grupos como ferramenta gerencial, por ser entendida como uma estratégia muito utilizada nos contextos organizacionais. Os grupos, na maioria das vezes, visam o trabalho coletivo em busca de um objetivo comum a todos os atores envolvidos num determinado processo de trabalho, partindo do pressuposto que os atores vão influenciar-se mutuamente a partir das inter-relações, quando estas se encontram embasadas no respeito às características e conhecimentos individuais (SIQUEIRA, 1998; MARQUIS & HUSTON, 1999).

Os grupos podem ser definidos:

[...] como um conjunto de sujeitos que interagem movidos por um fim comum a todos eles [...] consideramos como elemento criativo para gerar propostas de trabalho, ações para a intervenção social, recursos, etc. Ele é capaz de transformar por si mesmo o ambiente, contribuindo para o desenvolvimento comum (CONTRERAS, 1999, p. 7 e 13).

É neste sentido, que se entende o Colegiado de Gestão como um grupo de pessoas que se inter-relacionam de modo participativo e transparente, com o intuito de facilitar as discussões e formular projetos de EPS com o intuito de promover a formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde do SUS.

As inter-relações entre os diferentes atores do Pólo de EPS podem ser estimuladas a partir de dinâmicas capazes de favorecer o desenvolvimento da criatividade e descobertas pessoais e profissionais compartilhadas coletivamente no alcance dos objetivos da EPS. Para Contreras (1999, p. 50) a motivação é um fator muito importante para o desenvolvimento e a condução de grupos, definindo-a “como a força que nos dirige de uma forma persistente a um objetivo”.

A este respeito, constata-se que:

[...] os interesses, as atitudes, os sentimentos, as crenças e os valores individuais do grupo, podem ser despertados e desenvolvidos através de estímulos e motivações, pois o indivíduo, sob a interferência do ambiente, influi e é influenciado por aqueles que mantêm contato e procura ser reconhecido e compreendido, tendo em vista seus interesses e aspirações. Esse interesse e este reconhecimento faz despertar motivação pela necessidade de estar junto (SIQUEIRA, 1998, P. 47).

A reunião de chamamento se constituiu numa dinâmica de grupo que procurou despertar os atores do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS para compor os espaços coletivos de discussão da EPS e estimular o processo de gestão na busca dos seus objetivos.

Estas discussões foram motivadas a partir de meios que promoveram a comunicação entre os diferentes atores que constituíram o Pólo da Macrorregião

Sul, entendendo que ela pode ser concebida como a troca de informações entre duas ou mais pessoas com a finalidade de torná-las um bem comum. Assim sendo, os propósitos da comunicação como estratégia organizacional, partem dos seguintes pressupostos: “proporcionar informação e compreensão necessárias ao esforço das pessoas e proporcionar as atitudes necessárias para a motivação, cooperação e satisfação” (CHIAVENATO, 2003, p. 128).

A motivação, cooperação e satisfação podem ter sido elementos principais que levaram os gestores a atribuírem uma importância muito significativa às discussões, como exposto nesta fala:

[...] naquele momento, o interessante era a **riqueza das discussões**, porque eram muitas universidades sentando juntas e tendo que chegar num denominador comum, então foi uma época bem trabalhada, nós chegávamos a nos reunir quatro vezes por semana... sem ganhar nada né!! Mas pensando que aquilo ali poderia mudar... acreditando que a proposta poderia mudar a maneira como realmente a educação permanente aconteceria (GESTOR 3).

Pelo exposto, esta importância foi expressa a partir da riqueza observada, pelos sujeitos deste estudo, nas discussões a cerca da EPS. Para eles, o fato de várias instituições de ensino superior estarem juntas nas rodas de discussão promovidas pelo Colegiado de Gestão, demonstrava a cooperação entre os atores, além de ter sido considerado um fator determinante das mudanças que a proposta da PNEPS poderia oportunizar naquele cenário. A motivação e a satisfação foram demonstradas através da participação de alguns atores, nas discussões realizadas.

No entanto, essa participação não era considerada satisfatória pelos gestores do Pólo de EPS da Macrorregião Sul, que demonstraram preocupação com as formas de disseminação da EPS pelos atores que compareciam nas reuniões de

chamamento. Neste sentido, os gestores elaboraram outra estratégia para difundir a EPS, como referem as falas:

[...] então se fez **sensibilizações** na região, chamando todo mundo no Jandirão da UCPel [...] os atores que não compareceram mais foram motivados a levar e multiplicar esta idéia do Pólo nas suas instituições (GESTOR 5).

Ah, tem outra coisa, tivemos problema em fazer com que todas as representações participassem sempre, então solicitávamos que elas fizessem movimentos de **sensibilização** nas suas instituições (GESTOR 6).

Percebe-se, nestas falas, que mesmo após as reuniões de chamamento organizadas pelos gestores do Pólo de EPS da Macrorregião Sul, alguns atores convidados para compor as rodas de discussão da EPS não se fizeram presentes na continuidade do processo inicial de gestão do Pólo. A alternativa escolhida por estes gestores foi incentivar e motivar os presentes a serem multiplicadores dessa proposta nos seus respectivos serviços de saúde e instituições de ensino.

A **sensibilização** pode ser entendida como uma técnica utilizada para propiciar meios de motivação e comunicação entre as pessoas que formam um determinado grupo ou equipe, com vistas ao compartilhamento de idéias, conhecimentos, valores e atitudes. Esta técnica propicia o envolvimento de indivíduos e coletividades nos processos de trabalho e gestão em diferentes contextos (MARQUIS & HUSTON, 1999; PACHECO et al., 1999; CHIAVENATO, 2003,2004).

No processo de gestão do Pólo de EPS fica evidente, aos olhos dos gestores, que a presença das representações dos níveis de atenção, gestão, formação e controle social não estava sendo significativa frente à proposta da PNEPS, que preconiza o envolvimento de toda a sociedade nas rodas de gestão e discussão da EPS. Gomes (2004, p. 80) afirma que “o envolvimento das pessoas assegura o

necessário comprometimento e motivação para que trabalho seja realizado dentro dos padrões esperados e os erros sejam evitados ou corrigidos”.

A motivação pode ser utilizada como um meio de comunicação com o objetivo de abranger questões que permeiam o processo de trabalho de todos os atores da organização. Ela “refere-se às forças dentro de cada pessoa que a conduzem a um determinado comportamento” (CHIAVENATO, 2003, p. 144). Este comportamento na maioria das vezes é motivado por meio de negociação, diálogo, sensibilização, divulgação e informação, que são meios de comunicação que motivam e integram as pessoas no modelo de gestão das organizações.

Motivar os atores que constituíram as rodas de gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul para participar das discussões pode ter significado para os gestores, uma estratégia capaz de modificar os comportamentos frente às necessidades de formação e desenvolvimento dos diferentes atores que compõem todos os níveis de atuação no SUS, de modo a promover a transformação das práticas de ensino e a (re) organização do trabalho em saúde.

Deste modo, percebe-se que a sensibilização foi a estratégia utilizada pelos gestores com a intenção de motivar a maioria dos atores que participavam das rodas. Assim, partiram do pressuposto que estes seriam responsáveis por multiplicar a idéia da EPS, como apontam as falas:

A gente nunca conseguiu manter uma estratégia específica para este grupo... a idéia sempre foi a de que estas 2 ou 3 pessoas que vinham [...] elas pudessem ser as **multiplicadoras** dentro da sua categoria, vamos dizer assim [...] essa foi a estratégia que se fez para todos os segmentos [...] o Pólo na verdade ficou com esta perspectiva de solicitar a essas pessoas que fizessem os movimentos internos nas suas instituições (GESTOR 1).

[...] uma coisa que num primeiro momento o governo fez foi de algumas situações dependerem dos atores estarem engajados no Pólo, então eles nos auxiliavam, por exemplo os hospitais pra se reorganizar nos seus processos, eles precisavam ter um ator deles vinculado ao Pólo, isso fazia

com que eles tivessem que ter um ator no Pólo e esse ator participasse e levasse a situação pra **multiplicar** no hospital... porque as vezes tem problema de adesão (GESTOR 3).

[...] teve que haver muitas sensibilizações para tu ter uma participação que chegou no máximo a ter 112 representantes institucionais no Colegiado. Na roda de gestão as decisões são tomadas por consenso, então não tem a necessidade de tu ter a maior diversidade de atores é pra tu enriquecer o processo, não pela questão de poder porque não vai ter mais voto de A ou B quem vai decidir, mas para **multiplicar** a idéia da educação permanente (GESTOR 5).

A idéia de **multiplicar** a EPS em todos os espaços de produção de saúde está fundamentada na PNEPS, que prevê a sua condução através dos Pólos de EPS, os quais serão formados pelo Colegiado de Gestão. Sendo estes os atores que deveriam compor o Colegiado de Gestão ou Pólo de EPS, as sensibilizações serviram para motivar, divulgar e multiplicar a importância da adesão destes aos processos de gestão da EPS, assim como os seus objetivos. No Pólo de EPS da Macrorregião Sul, este Colegiado agregou 112 representantes dos segmentos da atenção, gestão, formação e controle social.

A composição deste colegiado direcionou o processo de gestão deste Pólo, o qual prescreveu a criação de uma Secretaria Executiva, que, posteriormente, foi formada por docentes, estudantes, gestores membros do conselho de saúde, entre outros profissionais, para que fosse possível a implementação e agilização dos encaminhamentos desta plenária. De acordo com a Portaria que dispõe sobre as diretrizes da PNEPS, esta seria a composição mínima desta secretaria, prevista na gestão colegiada do Pólo, e que pode contar com a participação de outros atores (BRASIL, 2004).

Assim sendo, esta foi a próxima etapa que envolveu o processo de gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul, conforme elucida a fala destes gestores:

[...] formamos um núcleo diretivo composto por 7 pessoas, onde tinha representação da Coordenadoria, das duas Coordenadorias... 3ª e 7ª, do Conselho aí era regional de saúde, não mais dos locais e das instituições de ensino superior das três localidades ... Rio Grande, Pelotas e Bagé, então era um conselho deliberativo e executivo que chamamos de **Secretaria Executiva**... era um conselho deliberativo e executivo (GESTOR 2).

Dessas grandes reuniões, uma delas que foi lá no auditório da UCPel, então alguns autores, nem dissemos nada contra, mas foi mais ou menos assim: cada instituição com um ator, então se pegou da FURG, da UCPel, da SMS, da 3ª CRS e alunos dessas duas universidades, não tinha alunos da UFPel, e formamos a **Secretaria Executiva** com mais ou menos 7 representantes... nós sete então começamos a operacionalizar, a marcar as reuniões, a pegar nas grandes plenárias os assuntos interessantes que se apresentavam... (GESTOR 3).

Desde o início do Pólo sempre teve e é o que agente acabou chamando de **Secretaria Executiva**, grupo dos sete, agora de G 8... sempre teve um grupo que é o que provoca... vamos dizer assim... que toca essas questões, que é comprometido, que leva as questões da EPS adiante... e esse grupo vem sendo mais ou menos o mesmo, com exceção de algumas pessoas que entram outras que saem (GESTOR 5).

Daí se formou o grupo dos 7 que acabaram representando a **Secretaria Executiva** do Pólo ... (GESTOR 6).

A partir das falas, percebe-se que no contexto do Pólo de EPS da Macrorregião Sul, a **Secretaria Executiva** foi constituída por sete gestores representantes da gestão, formação e controle social em saúde integrantes do SUS. Foi este grupo que operacionalizou todo o processo de gestão deste Pólo. Uma característica muito importante, e que está presente neste processo, é que a Secretaria Executiva assumiu caráter multiprofissional a partir do um trabalho que foi realizado em equipe, constituída por Enfermeiros, Médicos, Fisioterapeutas, Administradores e Conselheiros de Saúde. Dessa forma ela atendeu aos preceitos da PNEPS.

Peduzzi, Ciampone (2005, p. 108), definem o *trabalho em equipe* como “uma modalidade de trabalho coletivo que se contrapõem ao modo independente e isolado com que os profissionais de saúde e de enfermagem usualmente executam seu trabalho no cotidiano dos serviços de saúde”.

Contextualizando o trabalho em equipe, Silva (2006, p. 68) comenta:

[...] o trabalho em equipe existe há muito tempo, sem poder precisar o momento histórico em que surgiu, tendo sofrido transformações ao longo do tempo. Alguns dos motivos que levaram ao surgimento da equipe foram as necessidades do ser humano de unificar esforços para alcançar objetivos que de forma isolada e individual seriam obtidos de maneira mais trabalhosa, inadequada ou até mesmo não seriam objetivados; assim como também o desenvolvimento e complexidade do mundo moderno.

Observa-se que o trabalho em equipe se refere à realização de uma determinada tarefa que será compartilhada por todos os membros que a compõe, neste sentido, toda a atividade se propõe ao alcance de um objetivo que é comum ao todo. No contexto do Pólo de EPS, se fez necessário essa articulação entre os atores, a fim de que estes compartilhassem dos objetivos que direcionaram todo o processo de gestão deste espaço coletivo.

Peduzzi, Ciampone (2005, p. 112) colocam que esta integração poderá ser vista “como expressão da articulação entre trabalhos de agentes de uma mesma área profissional [...] e também entre trabalhos produzidos por profissionais de diferentes áreas”.

A partir deste trabalho em equipe, o Pólo de EPS promoveu o encontro entre o trabalho, a gestão, a formação e o controle social através da Secretaria Executiva, e os elementos que conferem a integralidade da atenção à saúde de indivíduos e coletividades foram trabalhados como demonstra a seguinte fala:

A gente chegou a tentar, não avançou muito isso. A gente tentou criar **comitês**, comitê de saúde a família, da atenção básica, comitê pra atenção à gestante, pro controle social, o comitê pras questões de educação permanente que eram e ainda são as linhas de projetos pra tratar das questões da integralidade da atenção à saúde (GESTOR 5).

As discussões promovidas pelas rodas de gestão da EPS são capazes de gerar demandas específicas de formação e desenvolvimento profissional para o SUS, as quais são identificadas pelos gestores da Secretaria Executiva como uma

área temática que deveriam ter sido trabalhadas nos **comitês temáticos**. De acordo com os gestores, as áreas delimitadas se referiam à saúde da família, atenção básica, atenção às gestantes, controle social no SUS e educação permanente. Entretanto, houveram dificuldades para implementação dos comitês.

Os comitês temáticos são concebidos a partir de,

[...] cada área de formação e desenvolvimento, eleita como prioridade locorregional ou determinada pelas instâncias de controle social ou de pactuação intergestores, deve ter um espaço de tematização que se estende às e extrapola as estruturas formais previamente existentes em cada instituição participante (BRASIL, 2004, P. 53).

Os comitês, além de serem formados por atores diferentes que lhes confere um caráter interinstitucional no planejamento, execução e avaliação das estratégias de EPS, eles devem compartilhar os projetos com a Secretaria Executiva e o Colegiado de Gestão, pois não possuem plena autonomia na sua execução.

Contudo, no Pólo de EPS da Macrorregião Sul constatou-se que não foi dada muita ênfase à formação dos comitês temáticos como nos mostra a fala:

[...] a gente chegou a formar **comitês** pra tentar discutir essas questões, mais como operacionalizar... no fim isso não rolou como a gente fala, porque as pessoas que se reuniam e que tocavam eram sempre as mesmas [...] tinha o colegiado de gestão formado, inicialmente por 112 pessoas, que no final ficaram em 36, e entre estes a Secretaria Executiva que foi quem levou todo o processo adiante (GESTOR 5).

Esta fala demonstra que houve a tentativa de formar comitês, mas que esta não obteve êxito, pois os atores que participavam das rodas de gestão da EPS eram sempre os mesmos, dificultando a sua formação. E outro fator que chamou a atenção e vai ao encontro desta fala, se refere ao fato de que os outros entrevistados não teceram quaisquer comentários sobre a formação destes comitês, parece que permaneceram mais na base da teorização.

A próxima etapa atribuída pelos gestores do Pólo no plano de ações formuladas durante o processo de gestão foi o **levantamento de necessidades**, como apontam as seguintes falas:

Tinha um **levantamento das necessidades** realizado pelo grupo que se reunia... não eram só esses 7, mas sim um grupo muito mais ampliado (GESTOR 1).

Dentro desse grande grupo, representado pelos sete, já estavam representados todos os segmentos que podiam ter atores na construção dos projetos de educação permanente, porque a finalidade do Pólo seria o quê? Fazer um **levantamento das necessidades** de capacitação e de cursos né... e a partir daí o Pólo, por consenso, nunca por votação, todos esses atores se reuniam e tinham que aprovar por consenso (GESTOR 4).

Os projetos antes de serem elaborados nas reuniões da secretaria, nós **levantávamos as necessidades** de EPS nos níveis da atenção básica... na época estava se dando mais atenção à saúde da família, que era uma estratégia do Ministério da Saúde (GESTOR 5).

[...] primeiro **levantamos** quais eram as **necessidades** de formação dos profissionais de saúde e de graduação [...] (GESTOR 6).

Evidencia-se nesta fala que os gestores do Pólo de EPS tinham a real preocupação em atender as deliberações da PNEPS quanto às questões de formação e desenvolvimento profissional. O *levantamento de necessidades*, conforme a PNEPS visa identificar lacunas na qualificação, formação e desenvolvimento dos profissionais para subsidiar a formulação de metodologias de aprendizagem. Esse levantamento corresponde ao diagnóstico situacional da aprendizagem nas organizações envolvendo as etapas de coleta e análise das necessidades identificadas (CHIAVENATO, 1999; PACHECO et al., 2005).

Algumas instituições costumam utilizar o levantamento de necessidades como uma das principais ferramentas de gestão dos processos de aprendizagem. Para o autor, esta ferramenta tem como objetivos: “atender às demandas urgentes ou graves; apoiar o plano de desenvolvimento individual de cada empregado; melhorar os processos de trabalho de áreas e da organização” (PACHECO et al., 2005, p.

42).

Existem muitas técnicas para o levantamento de necessidades, no entanto, os gestores do Pólo optaram pelas reuniões do Colegiado de Gestão como o fórum privilegiado para as rodas de discussão da EPS. Nesta plenária os atores/gestores do Pólo, conforme já apresentado, definiram por consenso as necessidades de formação dos profissionais e acadêmicos da área da saúde, dos gestores e atores do controle social para formulação e implementação das estratégias de educação permanente.

A EPS tem suas bases fundamentadas num pressuposto pedagógico, onde as práticas de atenção são definidas por múltiplos fatores que englobam o conhecimento, os valores pessoais e profissionais de cada ator envolvido nos serviços de saúde, a organização do trabalho, entre outros. A aprendizagem destes atores requer a utilização de elementos que “*façam sentido*” para os sujeitos envolvidos, ou seja, uma aprendizagem significativa no trabalho. Estes elementos referem-se às práticas de trabalho (BRASIL, 2004).

Com o levantamento das necessidades, os gestores do Pólo de EPS constituíram um **banco de dados** como revelam as falas:

[...] desse levantamento de necessidades que fizemos nas reuniões de chamamento, conseguimos organizar um **banco de dados** com as principais necessidades de formação né... a secretaria executiva elencava as mais importantes e elaborava os projetos [...] (GESTOR 1).

Então fizemos um **banco de dados** muito grande em relação à outras cidades, ah... os projetos realmente eram... o grande interesse era que fossem feitos conjuntamente (GESTOR 3).

O banco de dados é uma ferramenta utilizada como mecanismo de retenção das informações obtidas pelo levantamento de necessidades de formação e desenvolvimento. Faz parte de um sistema de informações que alimenta os

processos de gestão estratégica das organizações, servindo muitas vezes de subsídio para a tomada de decisão. Nesta perspectiva, o autor salienta que os “dados são os elementos que servem de base para a resolução de problemas ou para a formação de juízo” (CHIAVENATO, 1999, p. 111).

Este sistema de informações passa a ser entendido como “um conjunto de elementos interdependentes, logicamente associados, para que de sua interação sejam geradas informações necessárias à tomada de decisão” (CHIAVENATO, 1999, p. 113).

A tomada de decisão passa a ser concebida como um “processo cognitivo complexo, freqüentemente definido como a escolha de uma determinada linha de ação”. Normalmente envolve a resolução de problemas e o pensamento crítico. (MARQUIS & HUSTON, 1999, p.

Para Feuerwerker (2003, p. 24),

[...] os profissionais devem desenvolver competências no campo da tomada de decisões, que lhes permitam desenvolver trabalho visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Também devem possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada.

No contexto do Pólo de EPS, coube aos gestores a tomada de decisão na escolha das necessidades contidas nos bancos de dados, para a resolução dos “nós” críticos encontrados nas práticas de formação das instituições de ensino, na gestão e atenção dos serviços de saúde, bem como da participação social em todos esses níveis do SUS.

A partir desta etapa, os gestores conseguiram conduzir estratégias para a **elaboração dos projetos** de EPS, como sugerem as seguintes falas:

A gente construiu o plano e construiu **projetos** específicos para as necessidades elencadas... as oficinas de construção dos projetos começavam sempre por uma grande discussão onde tinham gestores, alunos, professores, profissionais de saúde.. bom pra se chegar num momento de quais são as necessidades... é daí que se construíam os projetos (GESTOR 1)

[...] então todos os **projetos** que envolviam educação permanente eram elaborados e então passavam pela Secretaria... tinham esta instância de formatação dos projetos do Pólo (GESTOR 2).

[...] então se mapeavam os assuntos de mais importância, de mais relevância... e daí começávamos a planejar **projetos** e desvencilhar aqueles nós que estavam existindo... (GGESTOR 3).

Dentro desse grande grupo, representado pelos sete, já estavam representados todos os segmentos que podiam ter atores na construção dos **projetos** de educação permanente (GESTOR 4).

A secretaria executiva formulou diversos **projetos** nas áreas de atenção e gestão... alguns deles com foco maior na atenção básica... os projetos eram aprovados e encaminhados para outras instâncias para depois serem implementados (GESTOR 5).

Depois do grupo formado começamos a elaborar **projetos** e encaminhá-los para aprovação nas instâncias superiores [...] nós éramos responsáveis pela elaboração dos projetos de educação permanente e de sua execução (GESTOR 6).

Ao discutir os diálogos, constatou-se que foram realizadas oficinas para construção dos projetos com a participação de todos os atores envolvidos nas rodas de discussão da EPS. Após sua formatação pela Secretaria Executiva, os projetos eram encaminhados para as instâncias superiores.

Conforme a PNEPS os projetos devem ser pactuados e aprovados no Colegiado de Gestão de cada pólo, na Comissão Intergestores Bipartite e na Coordenadoria Regional de Saúde de cada estado antes de serem encaminhados ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde – órgão vinculado ao Ministério da Saúde, com vistas a sua validação e repasse dos recursos financeiros para as instituições responsáveis pela execução dos mesmos (BRASIL, 2004, p. 54).

As linhas de apoio aos projetos dos Pólos de EPS para o SUS visam à promoção de diferentes estratégias de educação permanente nos níveis de atenção, gestão, formação e controle social. Para Brasil (2004), essas linhas se referem:

- Desenvolvimento de ferramentas e metodologias para educação permanente em saúde;
- Educação e desenvolvimento dos profissionais de saúde para a clínica ampliada, seja na atenção básica, nos ambulatórios de especialidades ou nos hospitais de ensino, com ênfase em saúde da família;
- Educação e desenvolvimento da gestão e do controle social no SUS;
- Incentivo à implementação das diretrizes curriculares nacionais no ensino de graduação das profissões de saúde.

Entende-se por projeto todo e qualquer ato que envolve a programação das metodologias nos processos de aprendizagem. Ele é realizado após o delineamento do diagnóstico situacional que desencadeará a fase de prescrição de metodologias de ensino. Normalmente utilizam-se os projetos para delimitar os aspectos estruturantes das atividades/ações de formação e desenvolvimento dos profissionais (CHIAVENATO, 1999, 2003).

Na concepção do autor, “o projeto é um desafio definido para criar um único produto ou serviço. É temporário porque cada projeto tem um começo e um final definidos” (CHIAVENATO, 2003, p. 590). Os projetos são utilizados como uma ferramenta de gestão que possibilita o planejamento, a execução e o controle de processos ou produtos em todos os níveis da instituição.

Na perspectiva da EPS como uma estratégia de gestão para a formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde, compete aos gestores do Pólo a formulação e a implementação de estratégias a partir de metodologias problematizadoras que possibilitam conduzir as equipes multiprofissionais a uma aprendizagem significativa *no, para e com* o trabalho.

Para Ceccim (2005) esta estratégia deverá estar sustentada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), prevendo a sua consolidação a partir da proposta de implementação de processos de reformulação e transformação dos processos de trabalho, causando impacto nas práticas de ensino, de atenção à saúde, na gestão setorial e no controle social. O autor acredita que a formação dos profissionais da saúde necessita de um projeto educativo que vá além dos campos de conhecimento técnico e científico das profissões, ele deveria ter como foco estratégico os aspectos estruturantes das relações e práticas em todos os componentes de interesse e relevância social. Essas idéias partem do pressuposto de que os frutos desse projeto contribuiriam para o aumento da qualidade de saúde de indivíduos e coletividades, no âmbito da prestação de serviços e ações em toda a rede do SUS (CECCIM, 2005).

4.1.2 Projetos da EPS nos Níveis de Atenção, Gestão, Formação e Controle Social Formulados e Implementados pelos Gestores do Pólo de EPS a partir das Inter-Relações Estabelecidas entre as IES e os Serviços de Saúde.

Ao refletir sobre as estratégias de EPS formuladas e implementadas pelos gestores do Pólo de EPS nos níveis de atenção, gestão, formação e controle social em saúde, foi possível constatar, a partir das falas, que foram estabelecidas as inter-relações necessárias para promover articulação, negociação e pactuação entre as instituições de ensino superior e os serviços de saúde do SUS. Estas inter-relações

facilitaram a formulação e a implementação dos projetos de EPS através do Pólo de EPS na Macrorregião Sul do RS.

Questionados sobre sua opinião com relação ao estabelecimento das inter-relações necessárias para promover a negociação, a pactuação e a articulação com os serviços de saúde e com as instituições de ensino pelo Pólo de EPS, as afirmativas foram unânimes:

Eu **acho que sim**, eu acho que o Pólo tem um papel muito importante. A gente nunca conseguiu sentar antes, do jeito que a gente sentou na mesa pra discutir questões de educação em saúde (GESTOR 1).
Sem dúvida sim. Na rede isto tem sido bastante significativo (GESTOR 2).

Eu **acredito que sim**, a continuidade iria melhor muito isso, mas com certeza as inter-relações que foram criadas no Pólo continuaram tão importantes que, algumas com maior dificuldade e outras mais fáceis, mas perduram e vão continuar com o segmento agora. Eu acredito que esse foi o grande momento do Pólo, a situação mais importante de todas no meu ponto de vista, foram as relações, as inter-relações, os conhecimentos, as trocas de experiências e as somas o grande ápice desse processo. Foi esse momento de sentar, de conversar, atores que antes se olhavam atravessados, era o mais interessante das reuniões (GESTOR 3).

Nisso **conseguiu-se avançar** bem, a gente sabe que outros Pólos não tiveram a mesma facilidade que o nosso (GESTOR 4).

Com relação aos níveis de atenção, gestão e formação e, mesmo que havendo algumas restrições por parte do controle social, no sentido de haverem poucos representantes deste segmento, acredito que **foram estabelecidas** essas inter-relações (GESTOR 5).

Só pelo fato de diferentes pessoas de vários segmentos sentarem juntas e das universidades elaborarem e executarem em parceria alguns projetos... posso **afirmar que sim**, que conseguimos estabelecer essas relações de parceria que continuaram ainda nos dias de hoje, mesmo que agora as coordenadorias estejam atuando separadamente (GESTOR 6).

Tais afirmações sugerem que as inter-relações necessárias ao processo de gestão do Pólo de EPS ocorreram, e que a busca da articulação, negociação e pactuação entre as instituições de ensino e os serviços de saúde do SUS, aconteceram a partir das rodas de gestão de EPS compartilhadas pelos diferentes atores que constituíram o Colegiado de Gestão deste Pólo.

As **inter-relações** que se estabelecem entre os componentes de um serviço ou instituição e o ambiente no qual está inserido, promove uma troca de energia, matéria ou informações que o sustentam. Nestas organizações, elas podem ser reais ou ideais, ativas ou passivas, naturais ou artificiais, recíprocas ou unidirecionais. Apresentam-se de forma ordenada, como uma rede estruturada e que podem, facilmente, serem entendidas esquematicamente pela entrada/input, transformação e saída/output (RODRIGUÉZ, 1990).

Ainda com relação ao estabelecimento das inter-relações,

“As partes não podem ser entendidas como entidades isoladas de um todo, mas vistas e defendidas por meio de suas inter-relações. Essas relações ou inter-relações, expressas como probabilidades, são determinadas pela dinâmica do sistema como um todo”. A partir das interconexões entende-se que toda a realidade que emerge e que pode ser observada, estabelece-se através das relações (SIQUEIRA, 2001, p. 50).

Além disto, as relações determinam o comportamento dos sujeitos nos espaços coletivos, o modo como se comunicam e interagem com o outro promovem meios de facilitar ou dificultar as relações. Essa interação deve acontecer de tal modo que produza satisfação entre os sujeitos envolvidos para que o processo não se interrompa (CONTRERAS, 1999). Assim, o processo de gestão da EPS pressupõe a articulação interinstitucional e locorregional entre o Pólo de EPS, os serviços de saúde do SUS e as instituições de ensino a partir da formação de uma gestão colegiada que visa “quebrar a regra da verticalidade única e hierarquizada nos fluxos organizativos [...] superar a racionalidade gerencial hegemônica e a tradicional concepção educativa dos treinamentos para pessoal de serviço” (CECCIM E FEUERWERKER, 2004, p. 55).

A gestão colegiada tem como propósito formar uma *roda* de co-gestão da EPS, onde os atores/gestores do Pólo definem em consenso as necessidades de

formação dos profissionais e acadêmicos da área da saúde, dos gestores e atores do controle social para formulação e implementação das estratégias de EPS. Essa inter-relação estabelecida pelo Pólo de EPS pressupõe as rodas de co-gestão compartilhada entre os representantes das três esferas de gestão – União/Estado/Município – e das instituições de ensino e serviços de saúde através da interinstitucionalidade e intersetorialidade.

A aproximação entre formação profissional e trabalho salienta o processo de co-gestão, onde os atores podem criar “espaços de poder compartilhado e possibilita a ampliação significativa da aprendizagem no trabalho, podendo contribuir para estimular o compromisso e a responsabilização pelo processo e por seu resultado” (BRASIL, 2005, p. 131).

Comentando sobre a co-gestão e o poder compartilhado, Medeiros (2007, p. 48), entende que “o compartilhar é uma estratégia potente do crescimento coletivo”. Para a autora, “essas idéias são intrinsecamente vinculadas à idéia de descentralização e de autonomia”.

Para Senge (1998), uma gestão que leva em consideração estes aspectos vinculados ao trabalho em equipe, prioriza a tomada de decisão por consenso, onde todas as opiniões e idéias procuram ser contempladas por todos os atores. O autor considera que esta forma de gestão leva em consideração a visão compartilhada, que no seu entendimento é a soma das visões pessoais de diferentes sujeitos e o seu comprometimento com as idéias que emergirem destas aspirações coletivas. Desta forma é possível estabelecer relações pessoais, profissionais e institucionais de modo que constituam um processo de troca e aquisição de conhecimentos.

No contexto do Pólo de EPS da Macrorregião Sul, a gestão colegiada propiciou a discussão nas rodas e foram efetivas. A discussão nas rodas

demonstrou que os atores envolvidos no processo de gestão conseguiram estabelecer as inter-relações por meio de articulação, negociação e pactuação com as instituições de ensino e os serviços de saúde desta região. Essas inter-relações se fortaleceram na medida em que as instituições de ensino e os serviços de saúde conseguiram investir em esforços conjuntos que promoveram o desenvolvimento dos processos de ensino-aprendizagem, como recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação nos níveis de atenção, gestão, formação e controle social no SUS. Nestes campos de atuação, além de articular ações interinstitucionais e intersetoriais, o Pólo de EPS formatou e implementou ações de EPS direcionadas para a qualidade nos processos de gestão, na promoção e aperfeiçoamento da atenção integral à saúde da família, instigou discussões acerca das mudanças na graduação dos cursos da área da saúde, além de capacitar conselheiros de saúde e promover o fortalecimento do controle social no sistema.

Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 42) salientam que o processo de ensino-aprendizagem pode ser construído a partir de um processo educativo “com capacidade de impacto no ensino, na gestão setorial, nas práticas de atenção e no controle social em saúde” o apresentam como o quadrilátero da formação para a área da saúde.

No entendimento de Siqueira (1998, p. 38),

A educação, como processo, acompanha o indivíduo na trajetória da vida. Por processo da educação, entendemos, não apenas a formal, mas aquela que nos acompanha no decorrer da nossa existência, nos ensinando com as experiências e com a vivência do nosso cotidiano [...] para torná-lo consciente de suas ações, é preciso envolver a reflexão crítica, a investigação e a curiosidade.

Percebe-se que para esse processo educativo trazer impacto no cotidiano das instituições de ensino e nos serviços de saúde, é necessário reformular as

práticas pedagógicas, assim como estabelecer relações de troca e interação entre estes segmentos. Corroboramos com a idéia dos autores, de formular ferramentas que permitam modificar o sistema de gestão dos processos de ensino-aprendizagem a partir da EPS:

A imagem do quadrilátero de formação serve à construção e organização de uma gestão da educação na saúde integrante da gestão do sistema único de saúde, redimensionando a imagem dos serviços como gestão e atenção em saúde e valorizando o controle social (CECCIM E FEUERWERKER, 2004, p. 41).

Essa articulação entre os elementos que compõe o quadrilátero de formação propiciam meios de favorecer a negociação e a pactuação dos processos educativos nas instituições de ensino e nos serviços de saúde, para a formação e o desenvolvimento dos profissionais do SUS. Neste sentido, percebe-se que os projetos de EPS foram formulados e implementados a partir do processo de gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS.

Ao serem investigados sobre como foram formuladas e implementadas as estratégias de educação permanente nos níveis de atenção, gestão, formação e controle social, as falas provenientes das entrevistas com os gestores demonstraram algumas ações resultantes dos projetos de EPS. Essas estratégias deram maior enfoque ao **nível de atenção**, como manifestado nas falas:

[...] a gente conseguiu traçar um plano, na verdade de ação de EPS onde a gente elencou uma série de prioridades da região onde entrou saúde da família, capacitação de gestão, capacitação de conselheiros de saúde e mais algumas outras coisas... mas a gente deu maior prioridade à **atenção básica** (GESTOR 1)

[...] então as ações tem sido para qualificação dos recursos humanos que atuam na **atenção básica** (GESTOR 2).

[...] alguns deles com foco maior na **atenção básica**... (GESTOR 5).

Conseguimos avançar com muitos projetos... sendo que as necessidades acabaram sendo de **atenção básica** e de gestão basicamente (GESTOR 6).

A atenção básica em saúde é assim concebida pela Organização Mundial de Saúde (OMS):

[...] atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar para manter em cada estágio de seu desenvolvimento um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integrante do sistema de saúde do país, sistema este do qual a função é central, e o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando à atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (STARFIELD, 2002, p. 30).

Sendo o primeiro elemento de um sistema de saúde, a atenção básica se configura como porta de entrada dos serviços que o constituem. Sua abordagem tecno-assistencial garante aos usuários o acesso a tecnologias e métodos de prevenção, promoção e manutenção da saúde. E, desta forma atua sobre as necessidades básicas de saúde da população, sendo que estas são assistidas em um nível próprio de atendimento (STARFIELD, 2002).

Com relação aos serviços de saúde no nível da atenção, Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 46) destacam:

[...] que o componente serviço não pode se restringir à noção de práticas de atenção. Deve revelar uma estrutura de condução das políticas, a gerência do sistema e organização de conhecimentos do setor. Da mesma forma, a atenção não pode informar apenas o domínio de habilidades em fisiopatologia ou busca de evidências, recaindo sobre a alteridade com os usuários das ações e serviços de saúde [...].

A atenção à saúde não pode ser abreviada pela realização de procedimentos

e técnicas assistenciais, mas na maneira como os profissionais dos serviços de saúde e os usuários se inter-relacionam e interagem nos modos de cuidar, tratar e acompanhar os processos de saúde-doença e a qualidade de vida. Neste sentido a EPS se refere justamente a realização de estratégias que visem à identificação de situações críticas nos processos de trabalho dos profissionais de saúde, para que estes, através da problematização, promovam a transformação das práticas de saúde e/ou a (re)organização dos serviços. A problematização, vista como uma metodologia poderá propiciar a elaboração e a construção de estratégias contextualizadas que geram a comunicação entre as políticas públicas e a singularidade dos serviços e indivíduos, em cada estado ou município (BRASIL, 2004).

Os gestores apontam que no nível da atenção, a formulação das estratégias foi a seguinte, como referem as falas:

[...] a **Especialização em Saúde da Família** da universidade, que foi transformado de interesse, vamos dizer assim, de toda essa macrorregião... o que era algo da FURG passou a ser um projeto gerenciado e executado pela URCAMP – Bagé, FURG – Rio Grande - UCPel – Pelotas, então pra facilitar a qualificação do pessoal, cada um destes executou... o curso era o mesmo, mas os executores eram de instituições diferentes (GESTOR 2).

[...] um dos grandes projetos eu acho que foi... não deixou de ser a **Especialização em Saúde da Família** que aconteceu para capacitar pessoas que já estavam na rede, e que ainda não tinham essa capacitação, esse foi um projeto que se sentiu as necessidades nas plenárias (GESTOR 3).

Então as estratégias eram essas: sentarmos todos juntos, ver quais eram os nós, priorizar quais eram os mais importantes naquele momento, tanto que a **Especialização** veio pelo motivo de ter esta falta de capacitação dos profissionais que trabalhavam com a estratégia Saúde da Família... e essa especialização veio para os profissionais que já trabalhavam na rede (GESTOR 3).

O Pólo foi realmente montado em cima de uma estratégia muito maior... em nível de atenção foi a **Especialização em Saúde da Família** (GESTOR 4).

Os projetos mais significativos foram o da **Especialização em Saúde da Família**... naquela época a atenção básica em saúde da família era a prioridade em qualquer instituição (GESTOR 5).

Pelo exposto, a **Especialização em Saúde da Família** foi uma das estratégias de EPS que obteve maior repercussão neste nível de atuação dos profissionais de saúde. Foi considerado um projeto macro que envolveu a participação de três diferentes instituições de ensino na sua elaboração e condução a partir da sua identificação como necessidade de formação e desenvolvimento nas rodas de discussão do Colegiado de Gestão.

Seguindo as linhas de apoio aos projetos dos Pólos de EPS, a Especialização em Saúde da Família faz parte de um eixo de ação que possui como enfoque a “promoção de diferentes tipos de atividades de educação permanente para os trabalhadores da rede de serviços, contemplando o planejamento e o exercício da clínica, da promoção da saúde e da saúde coletiva” (BRASIL, 2004, p. 60).

Essas atividades visam o *desenvolvimento profissional* dos atores que atuam na rede de atenção básica da saúde. Para Chiavenato (1999) o desenvolvimento profissional objetiva o crescimento profissional dos atores que incorporam os diferentes papéis dentro de uma organização, através de desenvolvimento e aperfeiçoamento na carreira pretendida. Ainda para o autor, “seus objetivos perseguem prazos mais longos, visando dar ao homem aqueles conhecimentos que transcendem o que é exigido no cargo atual” (CHIAVENATO, 1999, p. 21).

A Especialização em Saúde da Família emergiu no meio de um processo em que a rede de atenção básica estava implantando uma estratégia de gestão baseada num grupo social mais dinâmico e complexo, cujos profissionais de saúde não estavam preparados para atender suas demandas. Esta estratégia visava uma modificação nos processos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde de indivíduos e coletividades, por isto a necessidade de propiciar meios de capacitar e desenvolver os profissionais da atenção básica.

Conforme a análise dos dados obtidos através das falas dos sujeitos, pode-se constatar que esta estratégia foi implementada, conforme segue:

Algumas discussões foram fomentadas em todos os níveis... tanto que se fez o plano regional... as estratégias implementadas foram... a **Especialização em Saúde da Família**... (GESTOR 1).

[...] também foi implementado um curso no nível de especialização [...] então o grande foco foi em cima dos profissionais de nível superior com a **Especialização em Saúde da Família** (GESTOR 2).

Em termos de atenção eu acho que quando se conseguiu... por exemplo... fazer a **Especialização em Saúde da Família**, a gente fez uma especialização com 9 turmas, se fez aqui, em São Lourenço, Rio Grande... Bagé também se fez (GESTOR 3).

Os projetos foram executados, mas, no entanto, não foram avaliados. O projeto que teve mais repercussão foi o da atenção básica, no curso de **Especialização em Saúde da Família**, onde quase 100% dos profissionais foram capacitados, até porque se conseguiu recurso (GESTOR 4).

[...] as **Especializações em Saúde da Família**, que eram inicialmente sete e chegaram a 9 ou 10 turmas... (GESTOR 5).

Bom, a nível de atenção basicamente o que se fez foi capacitar quase todos os profissionais da rede básica... fizemos a **Especialização em Saúde da Família** com a parceria entre as universidades como já te falei. Foi muito bom, até aumentamos o número de cursos que seriam oferecidos (Gestor 6).

A implementação da Especialização em Saúde da Família, como uma estratégia de EPS, buscou a formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde da rede de atenção básica. De acordo com as falas, foram capacitados quase 100% dos trabalhadores que atuam nos programas de saúde da família dos municípios de Bagé, Pelotas, Rio Grande e São Lourenço. A Especialização em Saúde da Família foi realizada em caráter multiprofissional e contou com a parceria entre as Universidades da URCAMP, UCPel e FURG para sua elaboração e execução.

Retomando esta questão, Ceccim, Feuerwerker (2004, p. 49) salientam que “os processos de qualificação do pessoal da saúde deveriam ser estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho”. Como o processo de

trabalho nos serviços de saúde que implementou a estratégia saúde da família é realizado, especificamente, por uma equipe multiprofissional, esta proposta do Pólo de EPS foi inserida neste contexto. Desta forma, a EPS se estabelece como uma estratégia fundamental às transformações do processo de trabalho e práticas de saúde, para que a atuação multiprofissional e interdisciplinar seja crítica, reflexiva, propositiva, comprometida e tecnicamente capaz.

Outra demanda identificada, formulada e implementada pelos gestores do Pólo de EPS da Macrorregião Sul, no contexto da atenção básica, foi um curso de formação profissional como apresenta a fala:

[...] através do Pólo, fizemos um **Curso de Auxiliar de Consultório Dentário**, um profissional exigido no Programa de Saúde Bucal que não existia contratado, e que não tinha ninguém com essa titulação... então via Pólo junto com os colégios técnicos da universidade a gente capacitou 25 profissionais para atenderem a nossa região (GESTOR 2).

Este **Curso para Formação de Auxiliar de Consultório Dentário**, foi uma demanda específica da região sul, para atender às exigências da implantação do Programa de Saúde Bucal. Percebe-se que houve uma movimentação entre as escolas de nível técnico para capacitação de 25 profissionais que atendem a rede de atenção básica.

Os cursos de *formação profissional* partem de um processo de aprendizagem que busca a preparação de indivíduos e coletividades para a o exercício de uma determinada profissão. Abrangem os níveis de formação técnica e acadêmica, com vistas a preparar profissionais para atuação nos diferentes ramos do trabalho (CHIAVENATO, 1999). Esta concepção de formação vem ao encontro do exposto na fala do Gestor 2, uma vez que ele foi formulado com o objetivo de atender o diagnóstico do sistema de saúde após a inserção de um novo programa de saúde.

Não tendo profissionais na rede de atenção básica, é necessário buscar meios para preencher as lacunas existentes entre a realidade dos serviços de saúde e as políticas públicas.

No **nível de gestão**, observou-se correlação entre formulação e implementação das estratégias de EPS. As ações ficaram restritas a uma **Capacitação para os Gestores Municipais** como exposto nas falas:

[...] a **Capacitação para Gestores**, quase que voltadas exclusivamente para profissionais de nível superior da rede de atenção básica (GESTOR 1).

Na época também nós conseguimos dentro dos projetos do Pólo, nós conseguimos um projeto de **Capacitação para os Gestores** municipais em planejamento estratégico, nós fizemos quatro oficinas de 40 horas... focado ao pessoal executivo das secretarias (GESTOR 2).

[...] tiveram outros assim, a **Capacitação de Gestores** por exemplo, onde nós fomos em várias cidades, para fazer essas reuniões pra visualizar o que eram os problemas, o que acontecia, porque não se falava a mesma língua... (GESTOR 3).

Os gestores municipais foram mais acessíveis, tivemos cursos de **Capacitação**, e ao meu ver, a gestão municipal acolheu muito bem a idéia de educação permanente (GESTOR 4).

[...] foram executadas mais do que as planejadas oficinas de **Capacitação da Gestão em Saúde**... a gente chamava oficina dos gestores... tinham sido programadas três e foram feitas cinco, se não me engano, em tempo e espaços diferentes até do que se programou (GESTOR 5).

[...] na gestão realizamos várias oficinas para **Capacitação dos Gestores Municipais de Saúde** (GESTOR 6).

As falas apontam à realização de oficinas de 40 horas em municípios da região, com o objetivo de identificar problemas de gestão e capacitar atores do executivo para a construção do planejamento estratégico das Secretarias Municipais. Esse planejamento relaciona-se aos processos de mudança organizacional que buscam efetivar o poder compartilhado entre os atores que atuam nos níveis de atenção e gestão dos serviços de saúde.

A gestão possui como sinônimos as palavras administração e gerência, sendo

concebida por Motta (2001, p. 26), como “um termo genérico que sugere [...] a idéia de dirigir e de decidir”. Essa arte envolve o pensar, decidir e agir a cerca de pessoas, processos, produtos, recursos e toda a estrutura que envolve as organizações, no sentido de conduzi-la ao alcance de seus objetivos e propósitos (MOTTA, 2001; CHIAVENATO, 2003).

Nas normas e regulamentos que orientam o SUS não se observa ênfase nas questões conceituais da palavra gestão, eles são abordados de forma a promover dicotomia entre teoria e prática. Na concepção do SUS, a gestão é utilizada para indicar o responsável pelas funções gestoras em cada esfera do governo. Para Souza (2002, p. 38), a definição do papel e das atribuições de cada gestor do SUS no seu nível de atuação governamental, significa:

[...] identificar as especificidades da atuação de cada esfera no que diz respeito a cada uma dessas macro-funções gestoras, de forma coerente com a finalidade de atuação do Estado em cada esfera governamental, com os princípios e objetivos estratégicos da política de saúde, e para cada campo de atuação na saúde [...].

Os campos de atuação na saúde envolvem a promoção, proteção e recuperação para além do campo de atenção básica, devemos incluir a articulação intersetorial, a vigilância sanitária, a vigilância epidemiológica, a saúde do trabalhador, a assistência à saúde, e principalmente a formação e desenvolvimento das equipes multiprofissionais de saúde, entre outros.

Referente à esfera *Municipal*, o papel dos gestores é definir e implantar o modelo de atenção básica do seu território, contratualizar o seu trabalho, manter o funcionamento da rede de unidades básicas de saúde, financiar as ações, alimentar o sistema de informações e avaliar o desempenho das equipes de atenção básica sob sua supervisão. Tomando como exemplo a região de abrangência do Pólo de

EPS, a qual se refere este estudo, o modelo de atenção preconizado e que direcionou as estratégias de educação permanente, já discutidas neste nível, atentaram para a saúde da família. Respeitando este modelo, a gestão dos serviços de saúde também poderia direcionar suas ações para este foco.

Nas falas acima citadas, a Capacitação para os Gestores foi direcionada para o planejamento estratégico, vislumbrando a formação e o desenvolvimento dos profissionais que atuam nas Secretarias Municipais de Saúde, seja na figura do próprio gestor ou das pessoas que atuam na execução das demandas deste serviço.

A capacitação, em muitos casos, tem sua base fundamentada nos conceitos de treinamento, no entanto ela abrange um processo de ensino-aprendizagem mais amplo, que envolve a apropriação de conhecimentos e o desenvolvimento de atitudes, habilidades e competências que poderão (re)orientar processos de mudança pessoal e profissional. O planejamento estratégico por sua vez, pode ser entendido como um processo contínuo, considerado no meio organizacional como um instrumento de natureza técnica e política, que possibilita a definição de diretrizes e objetivos que norteiam os seus processos de trabalho. É um processo de mudança que poderá modificar a estrutura organizacional em busca do melhor modo de administração/gestão (SIQUEIRA, 2001; CIAMPONE & MELLEIRO, 2005; PACHECO et al., 2005; GELBCKE et al., 2006).

Deste modo, a capacitação em planejamento estratégico, promovida através do Pólo de EPS da Macrorregião Sul, tinha como objetivo (re)formular o modelo de gestão municipal, para que este atendesse aos princípios e diretrizes do SUS de forma efetiva e eficaz. Além disto, inserir as diretrizes que norteiam a PNEPS, nas ações e serviços de saúde em todos os níveis de atuação.

Para Lentz e Erdmann (2003, p. 42),

A relação trabalho-educação precisa se constituir em processo de criação de sujeitos capazes de pensar, fazer e criar com autonomia: sujeitos capazes de maximizar a utilização dos seus potenciais e recursos (materiais, físicos e humanos), de forma solidária; sujeitos capazes de estabelecer e manter relações harmônicas com a natureza; capazes de auto-gerar, auto-organizar e se governar, coletivamente, em suas diversas unidades de trabalho e de existência, da mais universal e geral a mais local e específica.

Essa capacidade de construir espaços de poder compartilhado através de projetos educativos amplia a capacidade de aprendizagem significativa no trabalho e propicia maior participação dos trabalhadores nas rodas de co-gestão da EPS. Neste sentido, os gestores do Pólo, a partir da Capacitação para Gestores Municipais de Saúde, conseguiram realizar a aproximação entre trabalho e educação com o intuito de instigar as transformações nas práticas de gestão e (re) organização dos serviços de saúde.

Em **nível de formação**, as falas a seguir aponta a formulação e implementação de uma estratégia única:

[...] **mudanças na graduação** era uma outra coisa no nível de ensino considerada prioritária pelo grupo e se construiu projetos nessa área (GESTOR 1).

[...] na graduação iniciamos uma discussão para **mudança dos currículos** a fim de que os cursos da saúde pudessem formar profissionais com o perfil de saúde coletiva (GESTOR 6).

Nas falas, observa-se que a formação permeia às questões do ensino nos cursos de graduação como uma estratégia prioritária dos gestores do Pólo para **revisão e mudanças nas bases curriculares** na área da saúde.

Sobre as instituições de ensino, Feuerwerker (2003, p. 24) comenta que a “a produção de conhecimento e a formação profissional estão marcadas pela especialização, pela fragmentação”. É necessário rever o seu papel e importância na formação de indivíduos sociais e comprometidos em promover e proteger a saúde das pessoas e suas comunidades.

Para Ceccim e Feuerwerker (2005, p.43), esta nova prática:

[...] não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia de doenças e agravos. Deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado.

A revisão das bases curriculares na formação acadêmica dos profissionais de saúde que atuam nos serviços do SUS estão previstas na política de EPS, entre outras sugestões como salienta Brasil (2004, p. 62):

Desenvolvimento de estratégias para transformações curriculares na graduação das profissões de saúde; desenvolvimento de currículos integrados; adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem que possibilitem tomar as práticas e problemas da realidade como mote pra a aprendizagem; adoção de metodologias inovadoras de avaliação, diversificação dos cenários de práticas desde o início dos cursos; trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar para garantir integralidade e continuidade da atenção e produção de conhecimentos relevantes para o SUS.

Todas estas estratégias devem favorecer a aproximação entre o trabalho e a formação na saúde, através da articulação entre as instituições de ensino e os serviços de saúde para disseminação de uma metodologia pedagógica em toda a rede de atenção e gestão no SUS.

Promover essas discussões pode ter sido uma estratégia para inserir a saúde coletiva como fundamento teórico e prático na formação dos futuros profissionais

desta área, a fim de que seus conhecimentos tenham um caráter de atuação mais generalista para atender as demandas que emergem das necessidades de saúde de indivíduos e coletividades nas redes de atenção básica.

O **controle social**, conforme as falas dos sujeitos, avançou muito pouco na formulação e implementação das estratégias de EPS:

A nível de controle social alguma coisa se trabalhou... durante a gestão do Pólo se criou as **Oficinas para Formação de Conselheiros de Saúde** (GESTOR 2).

[...] elaboramos **Oficinas para Formação de Conselheiros de Saúde**... tínhamos pouca participação da participação social, então nessa época se formou o Conselho Regional de Saúde... daí a necessidade de se capacitar essas pessoas (GESTOR 4).

O Conselho Regional de Saúde se formou no meio desse processo, pois nós não tínhamos esse conselho... a gente como gestor estadual de saúde não teve como ser diferente... a gente sempre esteve envolvido nessa roda... por isto a necessidade de **formar Conselheiros de Saúde** (GESTOR 5).

Daquilo que foi proposto dentro daquelas áreas por exemplo, o que foi articulado... houveram seminários com relação ao controle social... houveram novas turmas na verdade do **curso de formação de conselheiros** do projeto antigo, mas já com envolvimento dos atores do Pólo [...] o **Conselho Regional de Saúde** se formou no meio desse processo (GESTOR 5).

Durante a gestão do Pólo formou-se o **Conselho Regional de Saúde** [...] foram feitos **Cursos para Formação de Conselheiros**, mas não mais que isso (GESTOR 6).

Neste nível, como observado nas falas, foi dado maior ênfase à **Formação de Conselheiros de Saúde**, a fim de capacitar atores da participação social para atuação junto aos fóruns de discussão das políticas públicas de saúde. Compreende-se que esta estratégia tem como pano de fundo a intenção de chamar a comunidade local para atuação junto aos fóruns de participação social, uma vez que algumas falas dos gestores enfatizam que houve pouca representação dos atores que correspondem a este nível, durante o processo de gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul.

É importante salientar que a PNEPS nos níveis de gestão e controle social, a linha de apoio aos projetos de Pólo de EPS encontra-se relacionada à educação e desenvolvimento da gestão e controle social no SUS, tendo como enfoque a elaboração de diferentes tipos de ações educativas voltadas para a capacitação, formação e educação permanente, as quais incluem a formação de agentes sociais e conselheiros de saúde (BRASIL, 2004). Neste sentido, sentiu-se a necessidade de formação destes atores, para a qual se formulou a Oficina para Formação de Conselheiros de Saúde. A implementação desta estratégia ocorreu no meio de uma movimentação locorregional que resultou na formação do Conselho Regional de Saúde com a condução de diferentes atores da participação social nos processos de planejamento e controle das políticas públicas.

Neste contexto, Kleba et al. (2007, p. 336) afirmam:

O aprendizado da democracia pode ser promovido através de vivências em que os indivíduos e grupos aprendem a interagir, adquirindo autoconfiança e reconhecendo o outro e a si mesmos como atores de um mesmo processo de negociação e de construção coletiva. Nesse sentido, a promoção de espaços de troca e convivência entre os sujeitos envolvidos favorece o reconhecimento das possibilidades e dos desafios inerentes à participação social na esfera pública e o seu caráter histórico, socialmente construído.

Ele acontece neste sistema, através dos Conselhos de Saúde e das Conferências nas três esferas de governo, onde todo cidadão poderá participar do processo de formulação das políticas públicas de saúde e do controle de sua execução com poder deliberativo (BRASIL, 1990). O controle social deve encontrar-se assegurado através da participação popular, de todos os segmentos envolvidos no sistema de saúde - governos, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e, principalmente, os usuários dos serviços, as comunidades e a população, pois é a garantia constitucional de que a participação da comunidade acontecerá através de

suas entidades representativas.

Em relação ao Pólo de EPS da Macrorregião Sul, os dados evidenciam que é necessário criar mais espaços e incentivar a participação da comunidade para, assim enriquecer a discussão e encontrar as soluções mais pertinentes nas questões que afetam as necessidades da população. Desta forma, a participação social se constituiu num desafio para as rodas de co-gestão compartilhada deste Pólo.

Percebendo a co-relação entre a educação permanente e os níveis de atenção, gestão, formação e controle social, Feuerwerker (2003) afirma que “no campo da saúde, é indispensável que produção do conhecimento, formação profissional e prestação de serviços sejam tomados como elementos indissociáveis de uma nova prática”. Desta forma, as estratégias de EPS formuladas e implementadas pelos gestores do Pólo contemplaram todos os níveis através de ações que priorizaram a aproximação entre o trabalho e a educação, pensando na transformação das práticas de saúde e (re)organização dos serviços de saúde.

Seguindo nesta linha de pensamento, “uma organização que aprende é um lugar onde as pessoas descobrem, continuamente, como criam sua realidade, e assim, como podem modificá-la” (SENGE, 1998, p. 12). No entanto, para que a aprendizagem promova mudanças nos processos de trabalho e gestão é necessário que primeiro ocorram mudanças significativas nos modos de pensar e agir dos diferentes atores que compõe a sua estrutura organizacional, pois estes serão impulsionadores dessas transformações.

Os aspectos que devem ser levados em consideração na formação acadêmica e profissional dos trabalhadores da área da saúde são:

[...] produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS. [...] deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (CECCIM, 2005, p. 167).

Com esta finalidade, tornou-se imprescindível repensar as práticas de formação e desenvolvimento dos profissionais da saúde em todos os níveis de atuação no SUS, pois os campos de atualização técnico-científica são partes integrantes de um todo no seu processo de ensino-aprendizagem. As rodas de gestão da EPS se configuram numa ferramenta que vai além das práticas educativas. Elas reforçam o sentido de reflexão sobre o processo de trabalho para a produção de um conhecimento que será iniciado nas questões teóricas, e fundamentado nas vivências de cada sujeito envolvido neste contexto, elegendo a metodologia da problematização como instrumento de sua atuação prática.

Para Freire (1987, p. 92) “práxis que, sendo reflexão e ação verdadeiramente transformadora da realidade, é fonte de conhecimento reflexivo e criação”. Deste modo, o processo educativo pode ser entendido como uma atividade onde educandos e educadores são mediados pela realidade que apreendem e da qual extraem o conteúdo da aprendizagem. Desta forma, ambos atingem um nível de consciência da realidade em que se encontram inseridos, a fim de atuarem sobre ela e com ela para propiciarem as transformações necessárias. No entanto, essas transformações só poderão ser realizadas quando formadores e trabalhadores da saúde superarem as concepções tradicionais de educação e construam uma cultura crítica a cerca de suas práticas profissionais. Esta realidade deverá se constituir em todos os níveis de atenção, gestão, formação e controle social do SUS.

4.1.3 Mudanças para Atender às Disposições da Portaria GM/MS nº. 1.996/07

Durante o processo de gestão de Pólo de EPS da Macrorregião Sul o Ministério da Saúde instituiu uma nova Portaria Interministerial para adequar a PNEPS aos objetivos referentes à atenção e gestão em saúde deliberados no Pacto pela Saúde, os quais recomendam:

I. Garantir a participação dos trabalhadores de saúde do SUS na gestão dos serviços, assegurando a sua valorização profissional, fortalecendo a democracia nas relações de trabalho e promovendo a regulação das profissões, para a efetivação da atuação solidária, humanizada e de qualidade, e implementando uma política nacional para os trabalhadores do SUS, segundo os princípios e diretrizes aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

II. Implementar uma política de educação permanente para o SUS, em conjunto com o Ministério da Educação, os demais entes federados e as instituições formadoras, enfocando a mudança na formação superior e técnica das profissões da saúde e sua educação contínua, de acordo com as necessidades de saúde e do SUS; os serviços de saúde como locais de ensino-aprendizagem; a inserção da temática da saúde na escola (BRASIL, 2007).

Os profissionais de saúde devem ter sua base de formação estruturada no conhecimento da realidade de saúde das comunidades, na organização e normatização preconizada pelo SUS, bem como no funcionamento dos serviços de saúde do SUS. Deste modo, poderiam atuar de forma eficiente e com qualidade no cuidado e atenção prestada aos usuários deste sistema de saúde (BRASIL, 2007).

Portanto, esta reformulação na PNEPS foi realizada com o intuito de atender demandas políticas e incentivar novas formas de desenvolvimento por meio da integração entre a formação profissional na área da saúde e as necessidades de saúde dos indivíduos e coletividades usuárias do SUS.

Com relação a esta Portaria, um dos sujeitos fez a seguinte colocação, a qual achamos pertinente trazer a esta discussão:

[...] não é uma nova política, na verdade, a gente tinha a portaria 198 que regulamentava a EPS. Ela continua valendo e mais do que nunca, no entanto, com o Pacto pela Saúde, que é hoje a atual estratégia de organização do SUS para a revisão e a reformulação de todas as NOBs anteriores, a PNEPS também precisou se adequar a isto, por isto ela foi reformulada. Hoje a gente tem uma nova portaria que regulamenta, não mais os Pólos como instâncias de articulação, mas estas CIES, porque houve uma mudança na organização do sistema de saúde e a EPS precisava acompanhar (GESTOR 5).

O gestor faz referência ao Pacto pela Saúde como o balizador das mudanças que aconteceram no cenário da implementação da PNEPS a partir da instituição da Portaria GM/MS nº 1.996/07, que estabelece os Colegiados de Gestão Regional (COGERE), como instâncias intersetoriais e interinstitucionais de pactuação permanente e co-gestão solidária entre os gestores municipais e estaduais para a condução desta política, bem como suas atribuições e a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).

As CIES têm a mesma composição dos Pólos de EPS diferenciando-se nas questões de sua estruturação e dinâmica de funcionamento, eis que:

As Comissões de Integração Ensino-Serviço devem funcionar como instâncias interinstitucionais e regionais para a co-gestão dessa política, orientadas pelo plano de ação regional para a área da educação na saúde, com a elaboração de projetos de mudança na formação (educação técnica, graduação, pós-graduação) e no desenvolvimento dos trabalhadores para a (e na) reorganização dos serviços de saúde (BRASIL, 2007).

Nessa reformulação, as CIES perdem a autonomia e o poder de co-gestão compartilhada na condução regional da EPS, deixando de serem os responsáveis pela pactuação, negociação e articulação entre as instituições de ensino e os serviços de saúde nos níveis de atenção, gestão, formação e controle social. Estas comissões passam a participar dos processos de formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS sob a coordenação dos COGERE (BRASIL, 2007).

Para atender a estas adequações, os gestores do Pólo de EPS formularam um plano de ações, que compreende algumas atividades/ações, como apresentado na fala do gestor 1:

A gente construiu uma **comissão transitória**, que foi na verdade a recondução das pessoas que faziam parte da secretaria executiva do Pólo (GESTOR 1).

Observa-se que esta comissão transitória permaneceu com a mesma constituição da Secretaria Executiva do Pólo de EPS, apenas houve a formalização na (re)estruturação desta equipe para atender as modificações políticas.

A Formação de **Comitês/Comissões** e sua implementação também é vista como responsabilidade dos gestores. Em algumas literaturas também são concebidas como conselhos, juntas e grupos de trabalhos, além de não possuírem uma única formatação referente ao seu conteúdo e estrutura (MARQUIS & HUSTON, 1999; CHIAVENATO, 2003).

Os comitês/comissões desempenham algumas funções que podem variar desde administrativas, consultivas, técnicas, acadêmicas ou assistencialistas, com vistas a minimizar problemas de comunicação entre as cadeias de comando na gestão organizacional.

Marquis & Huston (1999, p. 211), acrescentam:

[...] uma vez que os comitês se comunicam com os níveis superiores e inferiores e estimulam a participação de funcionários interessados ou influenciados, eles auxiliam a organização na recepção de *feedback* valioso e de informações importantes. Eles geram idéias e pensamentos criativos para a resolução de problemas operacionais ou aperfeiçoam os serviços, além de freqüentemente melhorarem a qualidade e a quantidade do trabalho realizado.

Neste sentido, os comitês/comissões podem ser percebidos como um grupo de pessoas que se reúnem para pesquisar um determinado assunto e formar opiniões para auxiliar os gestores na tomada de decisão para resolução de problemas administrativos, operacionais, assistenciais, de ensino ou pesquisa de acordo com a natureza ou o negócio da organização (CHIAVENATO, 2003).

A comissão transitória do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS tem como objetivo adequar o processo de gestão deste Pólo às novas atribuições das CIES, portanto vem realizando algumas das estratégias que já haviam sido formuladas, anteriormente, na concepção do Pólo.

Dando continuidade a esta adequação, as falas abaixo apontam as **reuniões de chamamento** como estratégia para a reorganização das CIES:

Essa comissão transitória fez novos **chamamentos** para reorganizar as CIES... mas há um mês mais ou menos, a gente está tendo que refazer, pois **montamos essa CIES** como era o Pólo, ou seja da Região-Sul, só que agora as CRS da 3ª e 7ª resolveram se separar ficando duas CIES na verdade (GESTOR 1).

[...] fazer novos **chamamentos** para enfim, poder fazer o plano para 2009 e **criação das CIES**, onde a nossa optou por constituir uma única CIES Sul com as duas regionais porque a gente já vinham trabalhando na Macro à anos (GESTOR 5).

Com a publicação da nova portaria as coisas ficaram um pouco devagar, o que tem se feito são as mesmas **reuniões** iniciais para chamar outros atores para **compor a CIES**, que agora passará a ser duas... uma da 3ª e outra da 7ª CRS (GESTOR 6).

Percebe-se que este processo de reorganização das CIES está sendo um pouco mais complexo que a criação do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS, pois ao instituir a PNEPS em 2004, os pólos eram espaços locorregionais que poderiam compreender mais de uma regional do estado. A partir desta reformulação política muda o processo de condução da PNEPS. As CIES não perdem o caráter interinstitucional, no entanto, possuem uma nova lógica de financiamento, o qual

vislumbra as desigualdades regionais. Este fato ocasionou o rompimento da parceria estabelecida entre a 3ª e a 7ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do RS na formação do Pólo de EPS e a CIES passa a ser formada por atores representantes das instituições de ensino e dos serviços de saúde da 3ª CRS.

Portanto, as reuniões de chamamento tiveram como objetivo principal chamar novos atores para organizar as CIES e reconduzir os processos de formulação e implantação dos **projetos de EPS** através da elaboração de um plano de atividades/ações para 2009, como exposto nestas colocações:

A idéia para o 2º semestre é realizar estes **projetos** e então remontar um Plano, a exemplo do que se tinha feito antes, para o ano de 2009, com novas estratégias e aí tentar fazer de novo um movimento para chamar mais gente da participação social (GESTOR 1).

Agora os encaminhamentos dos **projetos** das CIES estão sendo reformulados e encaminhados à luz do momento atual, mas não são projetos novos (GESTOR 5).

Continuar elaborando **projetos** na CIES (GESTOR 6).

Observa-se ainda a preocupação com a (re) inserção de mais atores da participação social, uma condição que já havia sido vislumbrada na constituição dos Pólos de EPS.

Com relação a outras atividades/ações neste processo, ainda foi colocado por um dos gestores que:

As mudanças foram muito poucas na medida em que se trabalhava mais ou menos desse modo, por causa justamente deste bom vínculo que a gente tinha com as pessoas (GESTOR 2).

Este processo de mudança envolveu, principalmente, as questões administrativas de gestão da PNEPS, a formação dos trabalhadores de nível médio no âmbito do SUS e a formulação de indicadores de EPS que deverão ser

alimentados e monitorados pelas CIES e COGERES (BRASIL, 2007).

Formular estratégias de EPS com a perspectiva de provocar mudanças nas práticas de ensino e transformações nos processos de trabalho na atenção e gestão do SUS, além de estimular a reinserção do controle social nestes processos, pressupõe a implementação compartilhada entre estes mesmos atores do processo de gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul na recondução às CIES, mesmo que estas tenham suas atribuições um pouco diferenciadas.

4.2 FACILIDADES E DIFICULDADES VIVENCIADAS PELOS GESTORES NO PROCESSO DE GESTÃO DO PÓLO DE EPS DA MACRORREGIÃO SUL DO RS

A categoria Facilidades e Dificuldades Vivenciadas pelos Gestores no Processo de Gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS contempla as subcategorias: Principais facilidades vivenciadas pelos gestores no processo de gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul e Principais dificuldades vivenciadas pelos gestores no processo de gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul, analisando-as em suas unidades de registro, conforme apresentação no quadro 5.

QUADRO 5 – Facilidades e dificuldades vivenciadas pelos gestores no processo de gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTRO
Facilidades e Dificuldades Vivenciadas pelos Gestores no Processo de Gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS	Principais facilidades vivenciadas pelos gestores no processo de gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS	• Empenho do Ministério da Saúde - processo de co-gestão no Pólo de EPS • Parceria entre as Instituições de Ensino • Atores que acreditam nas mudanças e comprometidos com a EPS • Curso de Facilitadores em EPS • Credibilidade do Pólo de EPS
	Principais dificuldades vivenciadas pelos gestores no processo de gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS	• Participação do Controle Social • Pouca autonomia dos representantes das instituições de ensino • Conflito de poder • Trâmites burocráticos • Mudanças na Política Nacional de EPS

Fonte: Moraes, Siqueira (2008).

4.2.1 Principais Facilidades Vivenciadas pelos Gestores no Processo de Gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS

Uma das facilidades percebidas nas falas dos gestores do Pólo de EPS, diz respeito ao **empenho do Ministério da Saúde** na condução da PNEPS, expressas pelas falas:

Inicialmente as facilidades eu diria que era o empenho que o MS tinha que isso desse certo, tanto que eles vieram a Pelotas... representantes do MS... várias vezes para nos ajudar nisto. Acho que isso foi uma facilidade inicial assim importante (GESTOR 1).

[...] uma coisa que num primeiro momento o governo fez foi de algumas situações dependerem de atores estarem engajados no Pólo, então eles nos auxiliavam... sentar nos níveis que fazíamos de reunião, níveis de todos os grupos, do conselho e níveis dessa comissão que era o grupo dos 7 (GESTOR 3).

As expressões revelam que os gestores perceberam um empenho bastante significativo por parte do Ministério da Saúde, na condução do processo de gestão do Pólo de EPS. Essa facilidade refere-se à participação de representantes deste órgão federal nas primeiras reuniões de chamamento, com vistas a reforçar a importância da adesão dos diferentes atores que deveriam compor as rodas de co-gestão da EPS para a condução da PNEPS na Macrorregião Sul do RS.

Os processos de co-gestão são concebidos como o modo de produção da democracia na organização do trabalho em saúde, de modo que estes sejam compartilhados por todos os atores que compõe estes espaços coletivos (BRASIL, 2005).

Esta forma de gestão democrática que visa a horizontalização na tomada de decisões é assinalada pelo MS como uma alternativa para incentivar e promover uma maior participação dos profissionais da saúde. Assim sendo, na proposta da EPS a construção do processo de co-gestão cria espaços de poder compartilhado, possibilitando o aumento significativo da aprendizagem no trabalho, a partir do comprometimento e responsabilização de todos os gestores.

Segundo Siqueira (2001, p. 250):

[...] o ser humano ao participar de um processo de reflexão dialógica é capaz de modificar, de forma consciente os seus modelos mentais, compreender o mundo em transformação e adotar uma visão compartilhada, facilitando o seu crescimento e desenvolvimento pessoal”.

Ainda com relação ao **processo de co-gestão do Pólo de EPS**, as falas apontam:

Acho que também tivemos algumas facilidades por afinidades que já existiam e que na verdade nunca tinham encontrado um espaço formal para se reunir... acho que tinham alguns desejos... às vezes pessoais, de

algumas pessoas nas instituições... e, eventualmente até institucionais de algumas instituições mais interessadas nisso (GESTOR 1).

A estratégia maior assim foi a de colocar todos os atores na mesa, todos cara-a-cara... e acho que não tem estratégia melhor que essa... e discutir ali os problemas, isso era o nosso nó, mas acho que também foi a grande vitória daquele momento de conseguir chegar a consenso em relação aos projetos, porque todos os atores sentavam frente a frente (GESTOR 3).

A principal facilidade foi a de reunir os atores realmente interessados para dentro da mesa de negociação (GESTOR 4).

E... meio que misturando um pouco as informações, mas talvez um facilitador é que aqui eu enquanto NURESC participo desde o início em todas as instâncias representando a CRS no Pólo de EPS em todas as instâncias... nas outras regionais isso não aconteceu sempre né... em alguns lugares ficou mais centralizado em outros atores e isso nos dispersou um pouco... essa coisa de educação permanente de não ter um ator que se sobreponha sobre outros (GESTOR 5).

A partir das falas, observam-se alguns aspectos facilitadores do processo de co-gestão do Pólo de EPS da macrorregião Sul, os quais destacam: as afinidades, os desejos pessoais e profissionais, o diálogo e a negociação presentes nas rodas de discussão da educação permanente.

No trabalho em grupo é preciso considerar que cada ator encontra-se numa relação de interdependência e influência mútua com o outro, recebendo a interferência do ambiente interno e externo no qual o grupo encontra-se inserido na busca de um objetivo comum (SIQUEIRA, 1998, p. 251). A autora complementa:

Esta dinâmica grupal é possível de enfrentamento, reflexões, discussões, soluções e avanços, compromissos, que individualmente, talvez, não obtivessem êxito, pois, as idéias socializadas, deixam de ser uma simples partícula, uma flutuação aleatória, individualizante e isolada, transformando-se em onda através da interação, da reflexão dialógica com o outro. Despertando caminhos e novos conhecimentos numa visão compartilhada⁴.

Os aspectos encontrados nas falas dos gestores do Pólo podem ser entendidos como fatores motivacionais do processo de co-gestão deste espaço,

⁴ A autora refere-se a alguns princípios da física quântica trabalhados na sua Tese de Doutorado (2001).

uma vez que se percebe que as discussões eram motivadas pelos aspectos subjetivos das relações interpessoais que se estabeleceram no grupo da Secretaria Executiva. Para Siqueira (1998, p. 47),

[...] os interesses, as atitudes, os sentimentos, as crenças e os valores individuais do grupo, podem ser despertados e desenvolvidos através de estímulos e motivações, pois o indivíduo, sob a interferência do ambiente, influi e é influenciado por aqueles que mantêm contato e procura ser reconhecido e compreendido, tendo em vista seus interesses e aspirações. Esse interesse e esse reconhecimento faz despertar motivação pela necessidade de estar junto.

Pelo exposto, o fato dos atores se reunirem nas rodas de gestão do Pólo e sentarem frente a frente nos processos de discussão da educação permanente, promoveu meios de fortalecer a relação entre os atores possibilitando as inter-relações necessárias para a negociação, pactuação e articulação com as instituições de ensino e os serviços de saúde.

As inter-relações estabelecidas nos processos de co-gestão do Pólo de EPS podem ser vistas como um fator desencadeador da **parceria entre as instituições de ensino**. Essa facilidade foi apontada pelos gestores do Pólo, como sugerem as falas:

[...] no caso específico aqui da especialização em saúde da família da universidade né, que foi transformado de interesse vamos dizer assim, de toda essa macrorregião... o que era algo da FURG passou a ser um projeto gerenciado e executado pela URCAMP – Bagé, Rio Grande - FURG e Pelotas – UCPel, então pra facilitar a qualificação do pessoal, cada um destes executou... o curso era o mesmo, mas os executores eram de instituições diferentes(GESTOR 2).

Outro ponto do Pólo, era a parceria entre as universidades da UCPel, FURG e URCAMP, pois todos os projetos tinham um mesmo norte, mas cada instituição executava ele na sua região (GESTOR 6).

Os processos de formulação e implementação das estratégias de EPS contou com a parceria entre as instituições de ensino da URCAMP, UCPel e FURG como

nos mostram estas afirmativas, pressupondo a realização de um diagnóstico situacional da formação e desenvolvimento profissional, o levantamento dessas necessidades, a elaboração/construção de projetos educativos, bem como sua execução.

Esse processo de gestão estratégica da EPS tem sua responsabilidade compartilhada entre os gestores do Pólo, representantes dos diferentes segmentos da atenção, gestão setorial, formação e controle social. Essa responsabilidade encontra-se na formulação e implementação das atividades/ações de EPS para os profissionais e acadêmicos da área da saúde através da parceria entre as instituições de ensino e os serviços de saúde.

Outra facilidade, percebida através das falas, nos remete ao entendimento de que **os atores** que compõem as rodas de co-gestão do Pólo **acreditam nas mudanças e estão comprometidos com a EPS**.

A este respeito, as falas apresentam:

A grande facilidade é a quantidade de gente que acredita que é possível fazer essa mudança na saúde... que ela já está ocorrendo e que a gente é o responsável. A garra que o pessoal tem e a vontade de mudar essa maneira de fazer... sem estar vinculado a horário, a salário ou vaidade pessoal... cargo. Se é possível vamos fazer... se não é vamos tornar possível!!! (GESTOR 2).

O que muito nos ajudou foi o comprometimento dos atores na participação e a gente conseguir que esses atores comprometidos vendessem a idéia a toda uma sociedade e a todos os atores que antes pensavam muito diferente... não entendiam e não conheciam a proposta e depois tu perceber que estes atores passaram a acreditar nesta idéia e a trabalhar junto (GESTOR 3).

Facilidades eu acho que já falei em muitos momentos... foi de poder contar com atores que já tinham uma trajetória de fazer as coisas coletivamente aqui na região Sul; não precisei começar do zero... essas pessoas continuam até hoje bastante envolvidas e isso foi um facilitador (GESTOR 5).

[...] mas um ponto positivo foi esse grupo de pessoas que estavam realmente envolvidos com a EPS, sem essa gestão não sei como teriam sido conduzidos os projetos (GESTOR 6).

Tais considerações nos remetem aos processos de mudanças que a EPS propõe a partir da aproximação entre trabalho e formação para uma aprendizagem significativa dos profissionais de saúde. Estas falas demonstram justamente esta aproximação entre os diferentes atores que compõem as rodas de co-gestão da EPS e o seu comprometimento na condução desta política e alcance de um objetivo comum a todos. Outro fato importante que está implícito nas falas se refere à trajetória profissional de alguns atores, a sua bagagem de conhecimento fundamentada nas questões de saúde coletiva, sendo vistas como um fator positivo na condução da PNEPS.

A EPS, como visto anteriormente, considera os profissionais como sujeitos de um processo de (re) construção social de saberes e práticas, a partir dos seus conhecimentos, valores e práticas de trabalho. Nesta condição, os profissionais de saúde devem se inserir nos processos educativos a fim de que desenvolvam uma reflexão crítica que lhes permita modificar o trabalho, a partir da construção uma aprendizagem significativa, neste meio social.

A implantação de uma nova prática que promova essa aprendizagem significativa, conforme Gomes, 2004, p. 145:

[...] pode exigir mudanças que vão além do conhecimento e das habilidades. Em muitas situações as pessoas precisam acreditar que a mudança é benéfica ao seu trabalho, ao seu departamento, à sua empresa.

Essas mudanças não podem se restringir apenas ao conhecimento, mas também às atitudes individuais, do grupo e das instituições e o seu comprometimento na execução das práticas e processos de trabalho. O sujeito comprometido é capaz de agir e refletir a partir de sua prática a fim de inserir-se nos processos de mudança.

Neste sentido,

[...] no momento em que os indivíduos, atuando e refletindo, são capazes de perceber o condicionamento de sua percepção pela estrutura em que se encontram, sua percepção muda, embora isto não signifique, ainda, a mudança da estrutura. Mas a mudança da percepção da realidade, que antes era vista como algo imutável [...] uma realidade histórico-cultural, humana criada pelos homens e que pode ser transformada por eles (FREIRE, 1979, P. 50).

O comprometimento com a EPS é um fator determinante do envolvimento e responsabilidade, destes atores, com os processos de transformação das práticas de trabalho e ensino no contexto da formação e atenção à saúde no SUS. Estar envolvido, planejar as estratégias e perseguir o alcance dos objetivos, significa assumir o processo de gestão do Pólo de EPS de forma responsável e comprometida.

A Participação no **Curso de Facilitadores em EPS** foi traduzido num elemento facilitador do processo de gestão do Pólo de EPS, no entendimento dos gestores, como revelado nas falas:

[...] de nós fazermos essa formação de facilitadores que muito nos facilitou na parte pedagógica... de organização do processo (GESTOR 3).

[...] saiu um Curso de Facilitadores de EPS promovido pelo próprio Ministério da Saúde e pela Escola Nacional de Saúde Pública... tiveram muitas ações para instrumentalizar mesmo estes atores com relação à EPS (GESTOR 5).

O Ministério da Saúde também nos ajudou na nossa preparação... fizemos um curso que ficou conhecido como Curso de Facilitadores de EPS, quem conseguiu concluir teve uma boa base de conhecimento da educação permanente (GESTOR 6).

As falas dos gestores apontam a estratégia de formação para os profissionais do SUS, que teve sua formulação e execução promovidas pelo Ministério da Saúde e Escola Nacional de Saúde Pública, como um elemento facilitador do processo de

gestão do Pólo de EPS. Pelo exposto, este curso foi importante na formação pedagógica e gerencial para a condução da PNEPS no Pólo de EPS da Macro Região Sul.

O Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde foi uma estratégia formulada com o intuito de promover um estímulo aos processos de implantação dos Pólos de EPS, através da disseminação desta política. A utilização dessa metodologia visa modificar as concepções e o planejamento da capacidade pedagógica dos atores que atuam nas práticas de saúde do SUS, de modo que estes estejam capacitados para operarem, estrategicamente, na ampliação das inter-relações entre os processos educativos dos profissionais de saúde na gestão, formação e controle social (BRASIL, 2005).

No que tange ao processo de ensino-aprendizagem, o Curso de Facilitadores tem suas bases na problematização das práticas de saúde, tanto no contexto das instituições de ensino, como nos serviços da rede de atenção e gestão no SUS, com o intuito de capacitar os diferentes atores que compõe as rodas de gestão da EPS para a condução da PNEPS.

Diante do processo de gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS, apresentado e discutido durante o percurso metodológico deste estudo, as falas dos gestores destacam a sua credibilidade frente aos demais Pólos de EPS do nosso Estado.

Essa **credibilidade do Pólo de EPS** foi expressa nas falas:

A credibilidade que o Pólo adquiriu em relação aos outros Pólos sempre foi muito importante, pois mostrava o reconhecimento do nosso trabalho (GESTOR 3).

Se conseguiu vender a idéia e criar uma credibilidade em relação aos outros Pólos (GESTOR 4).

A credibilidade pode ser entendida como atitude, postura ou qualidade que é conquistada a partir do comportamento individual ou institucional frente á situações formais ou informais do dia-a-dia (CHIAVENATO, 2003).

O próprio processo de formulação e implementação das atividades/ações de EPS pelos gestores do Pólo, o qual estabeleceu inter-relações com os serviços de saúde da atenção e gestão, com as instituições de ensino e o controle social demonstraram as atitudes e a postura deste espaço coletivo na condução da PNEPS, conferindo essa credibilidade como as falas demonstraram ao longo do texto.

A PNEPS preconiza que os Pólos introduzam as rodas de discussão e gestão da EPS em cada território locorregional, para que os atores representantes desse sistema possam formular, debater, construir e implementar as estratégias de educação permanente para todos os profissionais das redes de atenção, gestão e formação em saúde. Estas ações devem possuir uma estrutura que envolve desde a definição dos temas, caráter do processo educativo, metodologias e responsáveis pela execução de modo a garantir maior impacto na aprendizagem (BRASIL, 2004).

O resultado deste processo de gestão do Pólo pode ser vislumbrado nos modos como ele promove a articulação, negociação e pactuação entre os principais serviços e instituições que compõem o SUS. É neste sentido, que se entende e se associa essa credibilidade ao modo como os gestores conduziram o processo de gestão, o qual pode ser evidenciado no percurso metodológico deste estudo.

Deste modo, a gestão colegiada, a articulação institucional e as rodas de discussão da EPS que conseguiram ser conhecidas no processo de gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS, traduzem a postura, as atitudes e o comportamento dos gestores frente às estratégias formuladas e implementadas que

conferiram esta credibilidade frente à sociedade e aos outros Pólos, como apresentado nas falas.

4.2.2 Principais Dificuldades Vivenciadas pelos Gestores no Processo de Gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS

A pouca **participação do Controle Social** foi citada como uma dificuldade vivenciada pelos gestores do Pólo de EPS da Macrorregião Sul, assim como enunciada nas falas:

Agente tem uma dificuldade de estabelecer uma relação mais sólida com a participação social... isso é uma fragilidade que a gente precisa olhar com mais calma (GESTOR 1).

[...] a gente tinha a possibilidade de ter a representação dos Conselhos Municipais de Saúde dos 22 municípios, mas não tinha a participação deles todos, tu tinha de alguns. Eles continuavam participando sem estarem envolvidos... isso nunca foi exeqüível (GESTOR 5).

A adesão dos atores de diversos segmentos foi um ponto difícil, pois as pessoas iam às reuniões iniciais e depois desistiam, tanto que foram poucos que realmente ficaram tocando o Pólo da Macro-Sul. Esta adesão foi menos expressiva no controle social (GESTOR 6).

Tais colocações nos remetem ao entendimento que os atores que representam o controle social em saúde não estão ocupando os espaços coletivos que promovem discussões e deliberam sobre as políticas públicas. O território locorregional representado pelo Pólo de EPS da Macrorregião Sul corresponde aos 28 municípios da 3ª e 7ª Coordenadorias Regionais de Saúde, no entanto, quanto à participação dos Conselheiros Municipais de Saúde, sua participação, de acordo

com as falas a seguir, ficou restrita a alguns integrantes, devido à dificuldade de promover a interação com estes atores.

No que diz respeito à participação, Motta (1998, p. 158) aponta que ela “compreende todas as formas e meios pelos quais os membros de uma organização, como indivíduos ou coletividade, podem influenciar os destinos dessa organização”. O modo como os indivíduos participam dos processos de gestão deixará impresso suas atitudes, valores, conhecimentos e comportamentos expressos nas práticas e processos de trabalho.

A participação dos Conselhos de Saúde no Colegiado de Gestão dos Pólos é uma das regras preconizadas pelo Ministério da Saúde para a constituição destes espaços coletivos, como visto anteriormente. Isto sugere que estes atores devem participar e atuar nas rodas de discussão e gestão dos Pólos, assim como os demais representantes desta plenária, de modo que possam ser responsáveis pela condução da PNEPS.

Para dar maior ênfase a esta proposta, em 2006 foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para o Controle Social no SUS, a qual busca aumentar e qualificar a participação da comunidade na formulação, gestão e controle social das políticas de saúde no território brasileiro (CONSELHO.SAÚDE, 2006).

As falas não apontam claramente os motivos pelo qual essa participação foi pouco significativa, mas sendo os conselheiros municipais de saúde o elo entre o Conselho de Saúde e as instâncias que representam, a sua atuação no Pólo de EPS é muito importante. Este fato pode estar relacionado ao conhecimento que estes atores possuem a respeito das necessidades de saúde da população. Necessidades que devem ser traduzidas pelos atores do Pólo e discutidas nas rodas de gestão da

EPS para formulação e implementação das estratégias de educação permanente para os profissionais de saúde.

Outra dificuldade apontada pelo gestor 4, pressupõe a **pouca autonomia dos atores representantes das instituições de ensino:**

Uma coisa que estava sendo colocada na época era a autonomia das universidades. Elas estavam acostumadas a fazer as coisas a sua maneira, de repente chega uma estratégia diferenciada que tu tens que chamar os atores para resolver. Na época nós tivemos representações que tinham poder para resolver, mas outros, como é o caso da gestão universitária aqui na nossa região, é que muitas vezes eles vinham para o Pólo e depois eles tinham que ir resolver com o seu reitor que aquilo era para ser feito... e isso não era muito fácil (GESTOR 4).

Este gestor questiona a autonomia de alguns atores que representavam as universidades na gestão colegiada do Pólo de EPS da Macrorregião Sul. No seu entendimento, eles participavam das rodas de discussão, mas antes das decisões na plenária, era necessário que apresentassem as propostas para as instâncias de maior poder nestas instituições, aqui referenciada na figura da reitoria.

Todas as decisões do Pólo de EPS eram tomadas em consenso por todos os gestores e instituições ali representadas, por isto as discussões no *sentido da roda*, como visto no referencial. Este espaço coletivo e locorregional é entendido como um espaço de pactuação e articulação interinstitucional, onde gestores, instituições de ensino, instâncias do controle social, serviços de saúde e representação estudantil atuam de maneira compartilhada no processo de gestão da EPS. O processo de co-gestão da EPS deverá ser percebido e inserido no contexto universitário não somente como uma proposta política que servirá de incremento financeiro aos orçamentos educacionais, mas também como uma mudança de atitude e comportamento dos responsáveis pela formação acadêmica e profissional e sua articulação com os serviços de saúde.

É importante que as universidades repensem sua relevância social nos modos como produz conhecimento e se relaciona com os demais segmentos da sociedade. Com relação à fala do gestor, percebe-se a necessidade de uma modificação na postura dos dirigentes universitários, é necessário que eles revejam seus posicionamentos frente às mudanças propostas pela PNEPS para inserir-se na gestão colegiada do Pólo de EPS, de modo que sua participação seja flexível, comprometida e menos verticalizada.

Mesmo com a gestão colegiada, o gestor 5 percebe que existe um certo **conflito de poder** dificultando o processo de gestão do Pólo de EPS, como expresso na sua fala:

As dificuldades em todos esses processos é sempre a mesma né... é o conflito de poderes. Por mais que essas pessoas que trabalhem coletivamente nessas ações, elas sempre puxam brasa pro seu assado. Há sempre uma tendência em tu querer... sei lá... que a tua fala, que a tua instituição, que o teu trabalho seja o mais valorizado né... e aí isso gera disputas, infelizmente isso é ruim, bastante ruim, mas não é um desafio só da EPS, na verdade qualquer situação é assim (GESTOR 5).

Para o gestor, a principal questão com relação ao poder é o conflito de interesses, presentes no posicionamento de alguns atores, os quais visam dar maior ênfase as suas questões pessoais e institucionais, esquecendo que o processo de gestão do Pólo de EPS acontece num espaço coletivo onde as necessidades de formação e os processos educativos devem ser decididos por consenso.

O poder, formal ou informal, é um elemento presente nas instituições de saúde, e se concretiza nas suas práticas e relações interpessoais. Isto porque envolve subjetividades, valores, crenças, interesses e objetivos pessoais e institucionais constituindo toda a estrutura organizacional e dando significado as práticas e processos de trabalho. Também pode ser entendido como uma força, uma

capacidade de agir e modificar atitudes e comportamentos de indivíduos e coletividades em prol de mudanças organizacionais (MARQUIS & HUSTON, 1999; KURCGANT, MASSAROLO, 2005).

Kurcgant, Massarolo (2005) se apóiam em SROUR (1998) para considerar que,

[...] toda coletividade abriga diferenças sociais e exige mediações para manter a convivência e organizar os interesses e atividades coletivas. Essas mediações são atividades de gestão, traduzidas por processos de controle, de articulação, de arbitragem e de deliberação (KURCGANT, MASSAROLO, 2005, p. 31).

O modo como o poder interfere sobre as pessoas ou interesses coletivos, bem como as diferenças sociais, podem ser os fatores que geram o conflito de interesse e poder entre nas organizações formais ou informais. A mediação destes conflitos está relacionada à postura que os coletivos assumem frente as diferenças pessoais e institucionais.

Com relação a este conflito de poder sugerido pelo gestor 5, as atitudes e o comportamento dos atores o Pólo de EPS devem ser mediados pelas inter-relações estabelecidas a partir da articulação, negociação e pactuação perante as decisões estratégicas do Colegiado de Gestão.

Cabe ressaltar que, conforme Ceccim (2005, p. 984):

A interação entre os segmentos da formação, da atenção, da gestão e do controle social em saúde deveria permitir dignificar as características locais, valorizar as capacidades instaladas, desenvolver as potencialidades existentes em cada realidade, estabelecer a aprendizagem significativa e a efetiva e criativa capacidade crítica, bem como produzir sentidos, auto-análise e auto-gestão.

Essa interação pressupõe que todas as necessidades devem ser levadas em consideração permitindo que todos os segmentos possam provocar as mudanças propostas pela EPS também nas suas instituições e serviços. No entanto, essas

necessidades devem ser agrupadas, assim como a identificação das prioridades, de modo que os processos educativos sejam formulados e encaminhados para as instâncias superiores após a decisão em consenso do Colegiado de Gestão do Pólo de EPS (BRASIL, 2004).

As dificuldades também foram vivenciadas nas questões que envolvem o encaminhamento dos projetos de educação permanente às instâncias deliberativas da PNEPS.

Os **trâmites burocráticos** foram salientados como uma dificuldade, conforme comentários:

Tinha outra coisa dificultadora que no Estado do RGS tinha o Fórum estadual dos Pólos que era um negócio que só serviu para atrapalhar as ações que funcionavam direito, os projetos sempre trancavam em POA, lá tinha o Fórum que reunia os 7 Pólos do RS e tinha uma coisa muito amarrada que era uma questão política (GESTOR 1).

A maior dificuldade é a burocracia... entre o ir e vir as várias instâncias que tem que se vencer. O caminho da administração pública é um pouco lento (GESTOR 2).

Outra dificuldade que se encontrou também, foi à nível de escola de Saúde Pública, porque a gente preparou uma imensidão de projetos para serem levados ao Ministério, e esses projetos trancaram e terminaram encalhando dentro da Escola de Saúde Pública e ficaram engavetados ficando muito tempo parados lá (GESTOR 4).

Outra dificuldade foram os trâmites burocráticos, algumas instâncias acabavam trancando os projetos e talvez por isto não se executou todos os que planejamos (GESTOR 6).

Tais comentários apontam uma dificuldade que inviabilizou a realização de outros projetos educativos pelas instituições de ensino e serviços de saúde. As instâncias “dificultadoras”, que foram citadas, se referem ao nível estadual de gestão, dentre as quais a Escola de Saúde Pública e o Fórum Estadual dos Pólos.

A burocracia pode ser caracterizada “por uma cadeia bem definida de comando, regras e regulamentos, especialização do trabalho, divisão de tarefas e

impessoalidade das relações” (MARQUIS & HUSTON, 1999, p. 173). Isto pode ser aplicado às organizações formais que acabaram fundamentando suas práticas a partir das *Teorias da Administração Científica*, a qual visa essa hierarquização dos níveis de comando, bem como a fragmentação e especialização no trabalho.

Siqueira (2001, p. 218) comenta que nas organizações onde o poder decisório está estruturado em níveis hierárquicos, em relação à burocracia, o pensar e o agir dos sujeitos sendo determinados pelos níveis mais superiores, acabam tolhendo “o direito à participação, à cooperação, à negociação e o sentir-se satisfeito”.

Na PNEPS, os níveis de gestão estadual e federal assumem um papel mais específico com relação aos projetos de educação permanente formulados e pactuados, Colegiado de Gestão e Comissão Intergestores Bipartite, eles são os responsáveis por sua aprovação, avaliação e acompanhamento (BRASIL, 2004).

É imprescindível ressaltar que o desafio do Pólo estava centrado na realização das articulações interinstitucionais e das rodas de discussão e formulação dos projetos educativos de EPS entre os atores que constituíram o Colegiado de Gestão. Ao que parece neste estudo, este desafio foi superado pelos gestores do Pólo de EPS da Macrorregião Sul. No entanto, estas mudanças não podem acontecer somente neste nível, é necessário que a imagem do sistema seja reestruturada para que a comunicação entre os entes federados aconteça de forma transparente e flexível, caracterizando-se pela horizontalidade nas negociações e pactuações. Talvez uma necessidade eminente do sistema de saúde, seja acrescentar nas rodas de discussão da EPS, a intersetorialidade.

Para finalizar essa discussão, outra dificuldade que emergiu neste estudo foi à **mudança na Política Nacional de EPS**, assinalada nas falas:

Acho que depois a principal desvantagem foi, exatamente de novo, o MS na descontinuidade da política de EPS como eu já falei anteriormente... e sempre houve aí, e isso há até hoje, mesmo que se tenha superado um pouco essas coisas das mudanças do MS no momento atual [...] acho que o grande problema foi que o MS ter interrompido essa política ainda no momento em que ela estava engatinhando. Essa é uma modificação de política... eu nem to avaliando se a anterior era melhor ou pior do que esta, mas a simples modificação foi um problema porque se leva tempo para consolidar... na verdade em dois anos e pouco se mudou tudo... quer dizer... arrecem a gente tava entendendo bem como é que era e conseguindo dar os primeiros passos e aí muda tudo...esse acho que foi um grande complicador (GESTOR 1).

Por outro lado é essa ruptura que eu te falei no início do processo todo... primeiro a própria burocracia... e, essa ruptura de política de governo que não pode ser assim manejada, pois são políticas públicas e não devem ser vistas como políticas de governo (GESTOR 2).

Primeiro vamos falar das dificuldades... acho que a maior delas aconteceu agora... com a mudança política, pois essa portaria de 2007 mexeu com a estrutura de funcionamento do Pólo e a própria gestão dele (GESTOR 6).

A ruptura política, na qual os sujeitos se referem nas falas, foi à substituição da Portaria GM/MS nº. 198/04 que institui a PNEPS, pela Portaria GM/MS nº. 1.996/07 que dispõe sobre novas diretrizes para condução desta política. No entendimento destes gestores, ela promoveu a quebra na continuidade de toda uma trajetória construída até então, pelo Pólo de EPS da Macrorregião Sul. Segundo a sua percepção, esta ruptura está “atrelada” a uma mudança político-partidária ocorrida no governo federal, nesta época, a qual se refere à troca do gestor federal no MS.

Na verdade, este processo de mudança visa atender uma situação que vai além desta questão político-partidária sugerida pelos gestores, ela perpassa pelo processo de construção e deliberação do pacto pela Saúde, discutido, negociado e pactuado por várias representações do sistema de saúde em todos os níveis de gestão.

O Pacto pela Saúde recomenda estratégias que buscam,

[...] aperfeiçoar e consolidar a descentralização do SUS, fortalecendo a gestão descentralizada, de modo a efetivar o comando único do Sistema em cada esfera de governo e aprimorar os processos de negociação e pactuação, contribuindo para o atendimento segundo as necessidades e demandas regionais e locais (BRASIL, 2005).

A partir destas diretrizes, a Portaria GM/MS n°. 1.996/07 modificou o processo de gestão da EPS objetivando, entre outras alterações, diminuir os níveis de comando da PNEPS e constituir as CIES – Comissões de Integração Ensino e Serviço, que acabam assumindo o papel antes exercido pelos Pólos, no entanto com atribuições referentes à articulação com os segmentos dos níveis de atenção, gestão, formação e controle social, bem como na formulação de projetos de educação permanente em saúde (BRASIL, 2006).

Entende-se que foi uma dificuldade vivenciada pelos gestores do Pólo, cujos sentimentos são inerentes aos processos de mudanças, no entanto, deve-se levar em consideração o que esta nova proposta traz no seu bojo, pois esta Portaria visa diminuir os níveis deliberativos da EPS, centralizando as decisões na gestão estadual. Reafirmando tais colocações, Franco (1981) entende que os processos de mudança nas instituições estão diretamente vinculados às turbulências ambientais e às conseqüentes necessidades de sobrevivência que conduzem o processo de mudança social.

É neste contexto, que os gestores do Pólo deveriam visualizar o processo de gestão às disposições desta portaria. Algumas estratégias já foram formuladas, mas a continuidade deste processo deverá caminhar de modo que não interfira nas inter-relações já estabelecidas, nos processos construídos e nos compromissos sociais assumidos. Agora assumindo o papel das CIES, os gestores que foram reconduzidos e continuam a fomentar as discussões de educação permanente em saúde, não podem esquecer da relevância social, interinstitucional e locorregional

que a PNEPS tanto preconiza. Parte-se do pressuposto que as mudanças políticas implicam em transformações nas concepções, práticas e relações de poder na saúde, sugerindo que novos conhecimentos sejam produzidos a partir de discussões coletivas.

4.3 VISIBILIDADE DOS ENFERMEIROS NO PROCESSO DE GESTÃO DO PÓLO DE EPS DA MACRORREGIÃO SUL DO RS

A visibilidade dos Enfermeiros no processo de gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS foi atribuída, pelos gestores, a elementos referentes à sua formação acadêmica e ao desenvolvimento do seu trabalho gerencial.

Em relação à **formação acadêmica**, as falas apontaram:

[...] já na formação acadêmica, diferente de outros profissionais, vocês tem cadeiras específicas para a administração [...] (GESTOR 2).

[...] eles tem isso na formação, no trabalho em grupo que eles fazem, nesse gerenciamento que eles aprendem [...] Eles são os grandes atores nos processos de gestão da saúde (GESTOR 3).

Os gestores corroboram com a idéia de relacionar a atuação dos enfermeiros frente aos processos de gestão a sua formação acadêmica, que possui nas bases curriculares, disciplinas específicas de administração e gerenciamento em saúde.

Nas diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem consta:

Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão,

da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem (BRASIL, 2001).

Estes conteúdos devem contemplar as Ciências Biológicas da Saúde, as Ciências Humanas e Sociais e as Ciências da Enfermagem, que são as disciplinas específicas para desenvolver o trabalho do enfermeiro nos níveis individuais e coletivos. Nestas disciplinas específicas se encontra inserida a Administração/gerenciamento dos serviços de enfermagem, que visa capacitar este profissional para a gestão dos serviços, do cuidado e da educação em saúde da equipe de enfermagem e dos usuários do sistema de saúde.

A formação acadêmica destes profissionais busca conceber um enfermeiro,

[...] com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001).

O perfil do profissional enfermeiro exige conhecimentos, habilidades e competências para atuar na atenção, gestão, formação e controle social em saúde, pois sua formação lhe permite exercer os processos de trabalho fundamentados na capacidade de tomar decisões, na comunicação, liderança e administração/gerenciamento das equipes multiprofissionais das ações e serviços de saúde, assim como promover meios para a educação permanente dos profissionais e de sua própria.

A formação acadêmica do enfermeiro objetiva que sua atuação seja fundamentada nos princípios e diretrizes do SUS, a fim de que seus processos de

trabalho promovam meios para atender as necessidades de saúde da população e assegurem a integralidade da atenção, assim como a qualidade e humanização no cuidado prestado (BRASIL, 2001).

Em relação ao **trabalho gerencial** do Enfermeiro, os gestores enfatizaram:

Com certeza os profissionais da enfermagem foram e são os trabalhadores que mais atuam nos processos de gestão [...] (GESTOR 1).

Esse profissional é o cuidador por excelência, e as políticas de atenção preconizam esse cuidado como prevenção e promoção para a saúde. Para isto as enfermeiras gerenciam o cuidado e a educação em saúde [...] (GESTOR 2).

[...] eu acredito que os Enfermeiros eles tem uma característica... da saúde eles são os organizadores... quase sempre se tu pegar os processos de gestão, os Enfermeiros eles são os organizadores do processo [...] (GESTOR 3).

[...] os Enfermeiros estão envolvidos na saúde coletiva, saúde comunitária... Enfermeiros que tem experiência na área de gestão... são pessoas que independente de qualquer política, Pólo, enfim, já vem ao longo de muitos anos discutindo a reforma sanitária (GESTOR 5).

Mas percebemos que elas estão em muitos serviços, ou seja, na coordenação de políticas ou de serviços, o que lhes confere grande importância nos processos de gestão (GESTOR 6).

Percebe-se que algumas falas se afastam do contexto de atuação dos Enfermeiros junto ao Pólo de EPS, remetendo-os a atuações muito mais amplas, nas quais os sujeitos identificam o enfermeiro como um dos profissionais que mais participam dos processos de gestão das ações e serviços de saúde, os quais envolvem o cuidado/atenção/educação com ênfase na saúde coletiva. Entretanto, como as ações de saúde se encontram interligadas, existem relações e interações de todos os elementos constituintes dos serviços/trabalho e ensino/formação, influenciando e sendo influenciando, mutuamente, numa totalidade/unidade (Siqueira, 2001). Desta forma não é possível fazer uma análise fragmentada/independente das ações do enfermeiro, ela deve envolver o produto a

ser alcançado como sendo resultado do coletivo de ações no qual se constitui parte integrante (SIQUEIRA, 2001).

O trabalho da enfermagem busca a transformação das condições de saúde a partir da organização de práticas de saúde que se constituem a partir da promoção, prevenção e recuperação da saúde de indivíduos e coletividades. Para tal finalidade, utiliza como instrumentos de trabalho os processos de cuidar, educar e gerenciar (LEOPARDI et al., 2001; FELLI E PEDUZZI, 2005).

Visto desta maneira, compreende-se que a atuação do enfermeiro é bastante ampla, o que lhe confere determinada autonomia frente à equipe de saúde na participação dos processos de gestão organizacional. Na perspectiva das práticas de saúde, estes fatores têm importante destaque na construção de um modelo do cuidado voltado para as necessidades de saúde individual e coletiva.

O trabalho gerencial da enfermagem encontra-se pautado na articulação e integração da dimensão/fator técnico, político, comunicativo e desenvolvimento da cidadania. A dimensão técnica envolve aspectos mais universais do serviço como o gerenciamento de recursos humanos, materiais e físicos, através de planejamento, coordenação, supervisão, controle e avaliação. O fator político envolve a articulação entre o trabalho gerencial (interno) e os projetos de caráter político-ideológicos, econômicos e sociais (externo). A dimensão/fator comunicativo está relacionada ao poder de negociação nas relações interpessoais e profissionais, pois nestes serviços acontecem relações de comunicação e diálogo entre as equipes de saúde, com gestores, usuários, e outros representantes da sociedade. Por fim a dimensão do desenvolvimento da cidadania, onde a gestão torna-se uma atividade que busca a emancipação dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho (FELLI, PEDUZZI, 2005).

O trabalho do Enfermeiro direcionado para a educação encontra-se pautado nas diretrizes curriculares nacionais que apontam elementos indissociáveis da formação acadêmica do enfermeiro. Assinala a capacitação pedagógica como um instrumento pertinente ao ensino em enfermagem. Este processo envolve os aspectos de formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado em saúde de indivíduos e coletividades.

Para sua execução, os Enfermeiros devem exercitar “as teorias, métodos e recursos de ensino-aprendizagem, empregados como instrumentos para atender à finalidade de formar, treinar e aperfeiçoar recursos humanos de enfermagem” (SANNA, 2007, p. 223) tendo como objeto a saúde do ser humano. Na maioria das vezes estes processos são indutores de mudanças no modo de realizar o trabalho.

Essas mudanças podem ser determinantes de novas formas de cuidar, tratar, ensinar e acompanhar a saúde das pessoas, de modo que as ações e os serviços de saúde atendam as necessidades dessa população. Se o Enfermeiro no papel de gestor do serviço de enfermagem tiver uma visão estratégica, em que a forma de trabalho se desenvolve a partir de um processo de aprendizagem no próprio trabalho, essas mudanças podem acontecer no contexto destes serviços (MOTTA, 2001).

Considera-se, a partir das falas dos sujeitos, que a formação acadêmica e o trabalho gerencial do Enfermeiro, estão fundamentados nas questões que envolvem o gerenciamento como um elemento indissociável de sua prática nos diversos campos de sua atuação profissional. Observa-se que o cuidado, a gestão e o ensino estão inter-relacionados, de modo a causarem impactos positivos nas condições de saúde e qualidade de vida de indivíduos, grupos e coletividades, demonstrando a visibilidade do Enfermeiro frente a estes processos.

A análise das subcategorias que compreenderam a Visibilidade do Enfermeiro no processo de gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul expressa o compromisso deste profissional frente à PNEPS. Neste sentido, Peres e Ciampone (2006, p. 496) destacam,

O envolvimento do enfermeiro no processo de educação permanente acontece com a aquisição contínua de habilidades e competências que estejam de acordo com o contexto epidemiológico e com as necessidades dos cenários de saúde, para que resultem em atitudes que gerem mudanças qualitativas no processo de trabalho da enfermagem.

No contexto das diretrizes curriculares nacionais, a educação permanente é apontada como uma competência e habilidade para o exercício profissional do enfermeiro, sendo necessário que as instituições de ensino agreguem este conhecimento na formação acadêmica destes profissionais.

A este respeito,

[...] os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais (BRASIL, 2001).

No processo de gestão do Pólo de EPS foi possível conceber o compromisso assumido pelo Enfermeiro na formulação e implementação dos projetos de EPS, principalmente pelo trabalho realizado em equipe, onde a abertura promovida pela proposta política de EPS trouxe diferentes atores da atenção, da gestão setorial, da formação e do controle social para participar das rodas de gestão deste espaço coletivo.

Neste sentido, a análise dos dados em relação à visibilidade dos Enfermeiros no processo de gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS evidenciou que os gestores destacaram a presença desses profissionais em todas as etapas do processo, conforme síntese apresentada no quadro 6. Esta categoria contemplou a participação dos enfermeiros e integrou as subcategorias: na elaboração do plano de ações da EPS pelos gestores do Pólo de EPS; na formulação e implementação dos projetos de EPS nos níveis de atenção, gestão, formação e controle social; e nas mudanças para atender à Portaria GM/MS nº. 1.996/07.

QUADRO 6 – Visibilidade dos Enfermeiros no processo de gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTRO
Visibilidade dos Enfermeiros no Processo de Gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do Rs	Na elaboração do plano de ações da EPS pelos gestores do Pólo de EPS	• Reuniões de chamamento • Sensibilizações/multiplicadores • Formação da Secretaria Executiva • Formação de Comitês em EPS • Levantamento de necessidades • Banco de dados • Construção dos projetos
	Na formulação e implementação dos projetos da EPS nos níveis de atenção, gestão, formação e controle social	Nível de atenção: • Cursos de Especialização em saúde da Família • Curso de Auxiliar Dentário Nível de gestão: • Cursos de Capacitação para Gestores Nível de formação: • Mudanças na Graduação Nível de controle social: • Oficinas para Formação de Conselheiros Municipais de Saúde
	Nas mudanças para atender às disposições da Portaria GM/MS nº. 1.996/07	• Formação de comissão transitória • Reuniões de chamamento para composição das CIES • Levantamento de necessidades • Implementação dos projetos • Elaboração do Plano de Ação para o ano de 2009.

Fonte: Moraes, Siqueira (2008).

4.3.1 Na Elaboração do Plano de Ações da EPS pelos Gestores do Pólo de EPS

Ao dialogar com os gestores sobre a participação dos enfermeiros no processo de gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul, eles se expressaram assim:

Eu diria assim... **acho que sim**... Esse grupo de gestão que era formado por essas 7 pessoas, a única profissional de saúde que era enfermeira representava a 3ª CRS, outros eram médicos, administradores, fisioterapeutas e conselheiro de saúde. Bom, mas enfim... tinha uma enfermeira que representava um órgão público, e que o papel dela era de gestora de saúde [...] (GESTOR 1).

Especificamente dos Enfermeiros... **tivemos algumas envolvidas desde o início** de constituição do Pólo [...] Gestor 6).

Os gestores do Pólo de EPS ao apontarem um enfermeiro na formação da Secretaria Executiva como integrante dessa equipe multiprofissional, destacaram a sua participação em todo o processo de gestão deste Pólo. Mais especificamente, as falas ressaltam que este profissional enfermeiro da secretaria executiva era representante de um órgão público na gestão em saúde.

A visibilidade do enfermeiro na elaboração do plano de ações da EPS está atrelada à realização de todas as estratégias de gestão aplicadas nesta subcategoria. Elas compreendem a elaboração e realização das *reuniões de chamamento*, realizadas com o objetivo de chamar representantes de todos os níveis de atuação no SUS para composição do Colegiado de Gestão do Pólo de EPS, assim como no redirecionamento destas reuniões para promover *sensibilizações*, estratégia de gestão que foi construída com o intuito de motivar os atores que participavam das rodas de gestão a disseminarem os pressupostos da EPS nos seus contextos profissionais.

Como apontado nas falas acima, a visibilidade do Enfermeiro também pode ser evidenciada na constituição da *Secretaria Executiva* que acabou se consolidando como o elemento principal na condução de todo o processo de gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul. Esta secretaria foi formada por um grupo de sete pessoas, denominada por seus integrantes como o “núcleo diretivo” deste espaço coletivo. Esse espaço constituído por médicos, administradores, fisioterapeutas, conselheiros de saúde e a presença e atuação, constante, do enfermeiro. Esse desempenho citado pelos sujeitos fortalece a importância desse profissional no trabalho da equipe multiprofissional do Pólo.

A Secretaria Executiva, através de seus membros integrantes, deu continuidade na elaboração e execução de atividades/ações para a implementação da EPS nos níveis de atuação do SUS, contemplando: a *formação de comitês temáticos* para discussão dos projetos de EPS; *levantamento das necessidades* de formação e desenvolvimento dos profissionais do SUS; criação de um *banco de dados* para equacionamento das prioridades; e, a *construção dos projetos de EPS*. Ressalta-se que todas as atividades/ações citadas compreenderam o processo de gestão que foi elaborado e implementado pelos gestores do Pólo de EPS, dentre os quais se destacou a participação de Enfermeiros.

A Secretaria Executiva, conforme o Ministério da Saúde pode ser criada pelo Colegiado de Gestão, constituída por docentes, estudantes, gestores e membros do conselho de saúde, entre outros atores, para que possam implementar e agilizar os encaminhamentos desta plenária (BRASIL, 2004). O caráter multiprofissional confere aos Pólos de EPS a legitimização como uma instância política, locorregional, para a formulação e implementação dos projetos de educação permanente para a formação e o desenvolvimento profissional na saúde.

Em relação a esta *heterogeneidade* proposta para implementação dos projetos de EPS, Ceccim (2005, p.977) pondera que “a política de educação permanente em saúde congrega, articula e coloca em roda/rede diferentes atores, destinando a todos um lugar de protagonismo na condução dos sistemas locais de saúde”. Este protagonismo confere à Enfermeira, citada nas falas, a visibilidade no papel de gestor do Pólo de EPS da Macrorregião Sul no processo de formulação e implementação das estratégias de educação permanente.

Relacionado à gestão político-administrativa do SUS, o papel do gestor está ligado a diversas habilidades e competências técnico-administrativas para superar os desafios inerentes a esta função, mas, principalmente, em relação à condução das políticas públicas, onde ele deve ser hábil para negociar e pactuar com os demais atores envolvidos neste processo (BRASIL, 1990). Nas habilidades de conduzir o processo de gestão, principalmente na negociação e pactuação a atuação do Enfermeiro recebeu papel de destaque no papel do Enfermeiro como gestor do Pólo de EPS da Macrorregião Sul conforme se percebe na fala:

[...] tinha uma enfermeira que representava um órgão público, e que o papel dela era de gestora de saúde [...] (GESTOR 1).

Neste sentido, pode-se afirmar que todos os atores que participaram dos processos de gestão do SUS, foram gestores deste sistema que atuam de maneira compartilhada nos processos decisórios. Tal afirmativa vai ao encontro da participação dos profissionais de saúde como co-gestores nas rodas de gestão da educação permanente dos Pólos de EPS.

O gestor pode ser concebido como co-responsável pelos processos que envolvem o gerenciamento das instituições e serviços de saúde em todas as áreas de atuação. Ao aproximar esta afirmativa à legislação que regulamenta o exercício

profissional do enfermeiro, o qual dispõe sobre o seu papel como integrante da equipe de saúde na participação dos processos de planejamento, execução e avaliação da programação de saúde em todos os segmentos que promovam o cuidado à saúde de indivíduos e coletividades, pode-se concluir que ele é um co-gestor do sistema de saúde e está cumprindo com o seu dever profissional.

O enfermeiro ao tomar assento na gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul, demonstra que esse profissional está ocupando outros espaços nos processos de gestão do SUS, exercendo um papel muito amplo, complexo e significativo perante o sistema de saúde e as equipes multiprofissionais, e que essa decisão permite uma maior visibilidade deste profissional.

4.3.2 Participação dos Enfermeiros na formulação e Implementação dos Projetos de EPS nos Níveis de Atenção, Gestão, Formação e Controle Social pelos Gestores do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS

A participação dos Enfermeiros na **formulação e implementação dos projetos de EPS nos níveis de atenção, gestão, formação e controle social pelos gestores do Pólo de EPS** foi apontada nas falas:

[...] sem dúvida sempre tiveram muitos Enfermeiros na roda [...] (GESTOR 5).

[...] no processo de gestão do Pólo, muitas enfermeiras da FURG participaram das discussões e também na construção de projetos (GESTOR 6).

Inicialmente, as rodas de discussão da EPS foram conduzidas pelos atores que correspondiam ao Colegiado de Gestão e Secretaria Executiva objetivando o levantamento de necessidades da rede de atenção básica, gestão setorial, formação acadêmica e controle social para alimentar o banco de dados que subsidiaram a construção de projetos de educação permanente em saúde. Nas falas, os gestores apontam a participação dos Enfermeiros nas rodas de EPS para a formulação e implementação dos projetos que visavam à formação e o desenvolvimento profissional em todos os níveis de atuação no SUS.

Pelo exposto, os Enfermeiros que compartilharam do processo de gestão do Pólo de EPS preocupavam-se em atender as deliberações da PNEPS quanto às questões de formação e desenvolvimento profissional, para tanto, participaram das etapas que precederam a formulação dos projetos de EPS. Desta forma, após a identificação dos nós críticos de formação e desenvolvimento, os Enfermeiros, assim como os demais gestores do Pólo, elaboraram diferentes projetos que foram encaminhados para instâncias superiores para aprovação e liberação de recursos para sua execução.

Os projetos de EPS implementados pelos gestores do Pólo de EPS nos níveis de atenção, gestão, formação e controle social propiciaram a realização de cursos para a formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde em todos os níveis.

A visibilidade dos Enfermeiros nesta etapa do processo de gestão do Pólo de EPS foi assim considerada nas falas:

Algumas enfermeiras participavam mais ativamente na realização dos cursos de formação, algumas bastante atuantes no começo do Pólo (GESTOR 1).

[...] no curso de especialização que temos aqui, com certeza 50% ou mais do quadro de docentes são enfermeiras (GESTOR 2).

Sei que em Rio Grande elas tiveram grande participação na Especialização em Saúde da Família (GESTOR 6).

O processo de gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul formulou e implementou vários projetos de educação permanente, os quais tiveram seu foco direcionado para a formação profissional. No nível de atenção básica foram executados os cursos de Especialização em Saúde da Família e Auxiliar Dentário; Na gestão foi realizado um curso de Capacitação para Gestores; no nível da formação foram organizados seminários que discutiram e propuseram mudanças nos cursos de graduação da área da saúde; e, no controle social foram desenvolvidas oficinas para Formação de Conselheiros Municipais de Saúde. Todos estes projetos foram construídos e executados pelos gestores do Pólo de EPS e docentes da FURG, UCPel e URCAMP, através da parceria estabelecida entre a maioria das instituições de ensino localizadas na região de abrangência da 3ª e 7ª CRS e com participação contínua de Enfermeiros.

O curso de Especialização em Saúde da Família teve repercussões muito significativas no fortalecimento das inter-relações estabelecidas entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, capacitando quase 100% dos profissionais da rede de atenção básica do SUS. Para os gestores, os Enfermeiros corresponderam, no mínimo, a 50% do quadro de docentes que ministraram este curso através da Universidade Federal do Rio Grande.

As inter-relações estabelecidas entre os níveis de atenção e formação promovidas pela articulação, negociação e pactuação dos gestores do Pólo com os diferentes atores envolvidos no processo de gestão, facilitaram a implementação das atividades/ações de EPS na Macrorregião Sul do RS, como interpretadas a partir da fala:

Com relação aos níveis de atenção, gestão e formação e, mesmo que havendo algumas restrições por parte do controle social, no sentido de haverem poucos representantes deste segmento, acredito que foram estabelecidas essas inter-relações (GESTOR 5).

Essas inter-relações se estabelecem entre os componentes de um serviço ou instituição e o ambiente no qual está inserido, promovendo uma troca de energia, matéria ou informações que o sustentam. No Pólo de EPS, essa troca de energia determinou a execução dos projetos de EPS por diferentes atores que participaram do processo de gestão. Entre estes atores, observou-se que os Enfermeiros Docentes receberam maior destaque nas falas dos gestores.

Os projetos executados no Pólo de EPS, com a participação dos Enfermeiros, capacitaram quase 100% dos profissionais de saúde que atuavam na rede de atenção básica do SUS para atuação junto à estratégia política para a saúde da família, entre outros profissionais; desenvolveram e formaram gestores municipais para o planejamento estratégico dos serviços de saúde do SUS; discutiram sobre as mudanças necessárias nos Cursos de Graduação da área da saúde, para a formação acadêmica de profissionais capacitados para atuação frente às necessidades de saúde coletiva da população; e, na formação de conselheiros de saúde para atuação nos espaços sociais que visam à discussão e deliberação sobre as políticas públicas.

Em relação à visibilidade dos Enfermeiros na articulação, negociação e pactuação entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, as falas expressam:

[...] os enfermeiros são os interlocutores entre os demais profissionais da equipe de saúde (GESTOR 2).

[...] elas (são) o elo de ligação entre as equipes de saúde e os usuários do sistema (GESTOR 4).

Tais colocações apontam o Enfermeiro como um profissional que possui características bem peculiares na realização da articulação, negociação e pactuação entre a formação e o trabalho tendo sido considerado pelos gestores, como *elo de ligação* frente à equipe multiprofissional de saúde e os usuários do sistema.

Na abordagem construtivista concebida por Siqueira (2001), o homem passa a ser percebido como um fator responsável pela construção da sua realidade e do seu conhecimento e coadjuvante nos processos de construção de outros indivíduos, a partir das suas subjetividades e interação com as pessoas, o ambiente, a instituição e o mundo.

Para a autora, ao utilizar uma forma gerencial dialógica participativa é possível:

[...] redirecionar o pensar e agir individualista, fragmentário, determinístico, para o desencadeamento de um sistema relacional em que o todo começou a ser considerado como *elo conectivo* importante para enfrentar, resolver e encaminhar situações que requeiram um maior comprometimento coletivo, buscando a renovação, a mudança e a transformação (SIQUEIRA, 2001, p. 225).

Neste sentido, os gestores definem o papel do Enfermeiro no processo de gestão, como o elo de ligação entre as equipes multiprofissionais e usuários da atenção, gestão setorial, formação acadêmica e controle social, na busca por mudanças nas práticas de saúde e na (re) organização dos serviços.

Percebe-se que o modo como foi conduzido o processo de gestão do Pólo de EPS promoveu esta aproximação entre a formação profissional e o trabalho objetivando provocar essas mudanças. Para isto, agregou diferentes atores de distintos segmentos que compõem a rede de atuação do SUS, mas os Enfermeiros foram protagonistas na articulação que estabeleceu as inter-relações entre os segmentos que correspondem aos níveis de atuação no SUS.

Em relação à articulação, Siqueira (2001, p. 257) ressalta:

Pensar uma *enfermagem articuladora*, com envolvimento na mudança de pensar e agir, apoiada em estratégias políticas, significa atribuir-lhe um prestígio mais sólido frente à equipe multiprofissional e fazê-la encontrar a sua verdadeira auto-organização, em suas ações de competência. Como as mudanças acontecem através das pessoas, é preciso iniciar a mudança com um processo mental capaz de mudar e transformar atitudes, formas de pensar e agir compartilhadas.

Com o intuito de fortalecer essa visão do Enfermeiro como articulador dos processos de mudança que a PNEPS tem como propósito, requer-se que a formação acadêmica e as práticas profissionais sejam aceitas como elementos indissociáveis do seu processo de trabalho gerencial. Sabe-se que a PNEPS pode ser um instrumento fundamental para a reformulação das práticas de enfermagem, sendo possível que venha consolidar estes profissionais como elos de conexão e articulação entre os diferentes atores que compõem o sistema de saúde.

4.3.3 Participação dos Enfermeiros nas Mudanças para Atender às Disposições da Portaria GM/MS nº. 1.996/07

O processo de gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS precisou ser (re) estruturado após a instituição da Portaria GM/MS nº. 1.996 que dispôs sobre a (re) formulação das diretrizes norteadoras da PNEPS nos níveis locais e regionais. Neste sentido, foi necessário (re) organizar os processos de gestão e EPS em saúde na região sul do estado.

A visibilidade dos Enfermeiros na realização das **mudanças para atender às disposições nova portaria**, foi considerada assim:

[...] os enfermeiros participaram de todo o processo de gestão do Pólo, desde a sua constituição, até o momento atual (GESTOR 6).

Tal colocação reforça a participação deste profissional em todo o processo de gestão do Pólo, o qual iniciou com a elaboração de um plano de ações para a realização das mudanças necessárias no setor saúde/serviços e ensino para adequação das diretrizes instituídas através da Portaria acima citada.

Este plano de ações compreendeu a formação de uma comissão transitória, constituída pelos gestores da Secretaria Executiva do Pólo; realização de novas reuniões de chamamento para compor a Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES); levantamento de necessidades para construção de novos projetos de EPS; implementação dos projetos de EPS que haviam ficado pendentes na gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul e que já haviam sido aprovados pelas instâncias superiores; elaboração do plano de ação para o ano de 2009.

A Portaria GM/MS nº. 1.996/07 suprimiu os Pólos de EPS, criando as CIES sob outra lógica de funcionamento e gestão, mas mantendo o caráter multiprofissional nas rodas de discussão da educação permanente, como apresentado anteriormente. Nessa reformulação, as CIES perdem a autonomia e o poder de co-gestão compartilhada na condução regional da EPS, deixando de serem os responsáveis pela pactuação, negociação e articulação entre as instituições de ensino e os serviços de saúde nos níveis de atenção, gestão, formação e controle social. Estas comissões passam a participar dos processos de formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS sob a coordenação dos COGERE (BRASIL, 2007).

A participação dos Enfermeiros na formulação de estratégias da EPS com a perspectiva de provocar mudanças nas práticas de ensino e transformações nos processos de trabalho na atenção e gestão do SUS pressupõe a implementação

compartilhada entre todos os atores do processo de gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul, agora sob a perspectiva das CIES.

A visibilidade dos Enfermeiros percebida em todas as etapas do processo de gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS manifestou-se, também, em relação à proposta da PNEPS. Essa pode ser utilizada por este profissional como uma estratégia capaz de modificar toda a trajetória histórica que o colocou na posição de coadjuvante nos processos de saúde. Através da EPS, poderão ser oportunizados meios para que ocupe o lugar de protagonista no cuidado/atenção em saúde, na gestão destes serviços, na formação e desenvolvimento pessoal e profissional, assim como na formulação das políticas públicas de saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso do presente estudo, permitiu conhecer o processo de gestão implementado pelos gestores do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS e a visibilidade dos Enfermeiros neste processo, sob o olhar dos gestores deste Pólo. Além disso, possibilitou conhecer as principais estratégias formuladas e implementadas; a forma como foram realizadas a negociação, pactuação e articulação com os serviços de saúde e as instituições de ensino; e, as principais facilidades e dificuldades vivenciadas neste processo.

O estudo apoiou-se no processo de gestão do Pólo de Educação Permanente em Saúde e teve como objetivo: **Conhecer as estratégias formuladas e implementadas, com os serviços de saúde e as instituições de ensino na formação dos profissionais de saúde para a consolidação do SUS, na perspectiva dos gestores do Pólo de Educação Permanente em Saúde da Macrorregião Sul do RS e identificar a visibilidade dos Enfermeiros nesse processo de gestão.**

O **referencial teórico** foi construído a partir do processo político-administrativo do SUS, em consonância com os processos de gestão estratégica da educação permanente em saúde na perspectiva da PNEPS e do trabalho gerencial do Enfermeiro, o qual foi capaz de fundamentar as discussões e encaminhamento do estudo na perspectiva da superação das concepções tradicionais dos processos de educação permanente em saúde.

O SUS apresenta as concepções político-administrativas que norteiam a gestão das políticas públicas de saúde, trazendo no seu escopo a preocupação com

a formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde que atuam nas práticas de atenção, gestão, formação e controle social. A EPS se configura numa ferramenta de gestão para as questões que envolvem a formação e o desenvolvimento profissional *no* e *para* o trabalho, enquanto que a PNEPS constitui os Pólos de EPS como espaços coletivos para a discussão dos nós críticos que envolvem a formação e o desenvolvimento profissional, buscando disseminar a capacidade pedagógica da EPS para aproximar a formação e o trabalho em saúde. Neste contexto, incluiu-se o trabalho gerencial do Enfermeiro como interlocutor das práticas de atenção, formação e gestão no contexto do SUS.

O método da entrevista semi-estruturada utilizada para a coleta de dados proporcionou aos gestores uma reflexão sobre o processo de gestão na implementação do Pólo de EPS, e tornou mais visível a importância do caminho percorrido como um fator incentivador para dar continuidade na (re) condução da PNEPS, sob o olhar das novas diretrizes instituídas pela Portaria GM/MS N° 1.996/2007. Através dos dados obtidos com a entrevista foi possível alcançar o objetivo proposto e avançar no sentido de evidenciar um grande destaque atribuído a participação dos Enfermeiros na implementação das políticas de formação e desenvolvimento profissional, com ênfase na EPS, tornando o seu trabalho, nesse processo de gestão, bem visível.

A partir da questão de pesquisa e refletindo sobre os fundamentos teóricos da PNEPS, **os pressupostos** foram contemplados satisfatoriamente. Considera-se que em relação ao pressuposto: **os gestores do Pólo de Educação Permanente em Saúde da Macrorregião Sul do RS formularam estratégias de gestão com os serviços de saúde e as instituições de ensino, na formação dos profissionais de saúde para a consolidação do SUS** – este confirmou-se, pois a

partir da análise das falas dos sujeitos sociais, foi demonstrado que os gestores conseguiram formular diversas estratégias de gestão do Pólo de EPS para a elaboração de um plano de ação da EPS junto aos serviços de saúde e as instituições de ensino. Desta forma, observou-se a capacidade das rodas de co-gestão desses espaços coletivos na promoção de discussões sobre o processo de gestão da EPS, objetivando a identificação das necessidades de formação e desenvolvimento profissional e formulação das estratégias de educação permanente.

As estratégias formuladas pelos gestores do Pólo de EPS da Macrorregião Sul, presentes nas rodas de co-gestão e discussão dos nós críticos vislumbrados na formação e desenvolvimento dos profissionais que atuam nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), propiciaram a formulação de projetos de EPS nos níveis de atenção, gestão, formação e controle social.

Em relação ao segundo pressuposto: **os gestores do Pólo de Educação Permanente em Saúde da Macrorregião Sul do RS implementaram algumas estratégias de gestão com os serviços de saúde e com as instituições de ensino, na formação dos profissionais de saúde** – a participação de diferentes atores nas rodas de gestão e discussão da EPS permitiram a implementação/execução dos projetos de educação permanente formulados pelos gestores do Pólo de EPS da macrorregião Sul do RS nos níveis de atenção, gestão, formação e controle social em saúde.

As estratégias implementadas possibilitaram: a formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde que atuam nos serviços da atenção básica, sob a perspectiva da saúde da família e saúde bucal; na capacitação dos gestores municipais para a elaboração do planejamento estratégico das secretarias de saúde;

no incentivo às discussões para mudança nas bases curriculares dos cursos de graduação da área da saúde; e, na formação de conselheiros municipais, buscando ampliar a participação do controle social nos espaços deliberativos das políticas públicas de saúde.

Este pressuposto revela que **o Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS conseguiu estabelecer algumas das inter-relações necessárias para promover a negociação, a pactuação e a articulação com os serviços de saúde e com as instituições de ensino** – as falas sugerem o estabelecimento das inter-relações necessárias ao processo de gestão do Pólo de EPS, a partir da articulação, negociação e pactuação entre as instituições de ensino e os serviços de saúde do SUS promovidas nas rodas de gestão de EPS e compartilhadas pelos atores que correspondem aos diferentes níveis das práticas de saúde, atenção, gestão, formação e controle social.

O processo de gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS assinalou a articulação interinstitucional com os serviços de saúde do SUS e as instituições de ensino a partir da formação de uma gestão colegiada. Estas inter-relações foram co-responsáveis pela implementação das estratégias de EPS para a formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde desta localidade.

De acordo com este pressuposto evidenciou-se, através dos dados, que: **os Enfermeiros participaram de todo o processo de gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS** - foi possível constatar que estes profissionais foram atores muito significativos na condução deste processo, porque se mostraram comprometidos com os principais objetivos do Pólo, foram participantes ativos e promoveram as inter-relações necessárias para a articulação, negociação e pactuação entre as instituições de ensino e os serviços de saúde para a formação e

desenvolvimento profissional no SUS, que na visão dos gestores do Pólo de EPS, lhes concedeu visibilidade.

Essa visibilidade atribuída pelos gestores é percebida durante todo o processo de gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS, desde sua constituição, integração a Secretaria Executiva e implementação/execução das estratégias de EPS nos níveis de atenção, gestão, formação e controle social. Foi um ator decisivo das inter-relações estabelecidas entre as instituições de ensino, serviços de saúde e níveis de gestão do SUS, pois este Pólo apresentou uma característica peculiar que lhe conferiu a facilidade de interagir com todos os segmentos. Esta característica pode ser atribuída à participação de um Enfermeiro como gestor de saúde, destacando-se como um dos principais atores da Secretaria Executiva do Pólo de EPS da Macrorregião. Os atores sociais deste estudo enfatizaram o destaque da participação dos docentes dos Cursos de Graduação em Enfermagem, na execução do Curso de Especialização em Saúde da Família.

Durante a análise desta categoria levou-se em consideração todos os elementos que se manifestaram significativas nas falas dos gestores e que sinalizaram questões mais amplas do trabalho dos Enfermeiros. Estes dados valorizaram o cuidado, a gestão e a educação em saúde como elementos indissociáveis das suas práticas de trabalho, e, conforme os gestores, acrescentam à formação acadêmica um diferencial frente à atuação deste profissional nas ações e serviços de saúde do SUS.

O último pressuposto demonstra que: **os gestores do Pólo de Educação Permanente em Saúde da Macrorregião Sul do RS estão formulando estratégias para a adequação do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS** – pelo exposto, os gestores do Pólo de EPS estão formulando estratégias de gestão para

atender às disposições da Portaria GM/MS N° 1.996/07. As estratégias visam adequar o processo de gestão da educação permanente que vinha sendo construído no Pólo de EPS às novas diretrizes apresentadas por esta portaria.

A Portaria GM/MS n°. 1.996/07 estabelece os Colegiados de Gestão Regional (COGERE), como instâncias intersetoriais e interinstitucionais de pactuação permanente e co-gestão solidária, “dos gestores municipais de saúde – do conjunto de municípios de uma determinada região – e do gestor estadual”, para a condução da PNEPS, bem como suas atribuições e a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço - CIES (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Neste sentido, o Pólo de EPS passa a ser representado pela CIES, a qual perde a lógica da co-gestão e assume o papel de formatador dos processos educativos no entendimento dos gestores.

Assim, os gestores do Pólo de EPS formularam estratégias para estabelecer a nova lógica de gestão da EPS com a perspectiva de continuar provocando mudanças nas práticas de ensino e transformações nos processos de trabalho na atenção e gestão do SUS, além de estimular a reinserção do controle social nestes processos.

A **análise dos dados** apontou a consistência das falas e a qualidade das informações, as quais possibilitaram a desvelar o processo de gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS e conhecer as formas participativas dos Enfermeiros neste processo, conduzindo a construção das categorias e subcategorias com base nas unidades de registro intermediárias/complementares (Quadro 7).

A primeira categoria **Estratégias de Gestão Formuladas e Implementadas pelos Gestores do Pólo de EPS da Macrorregião Sul** engloba as subcategorias:

Elaboração do plano de ações da EPS pelos gestores do Pólo de EPS; Projetos de EPS nos níveis de atenção, gestão, formação e controle social formulados e implementados pelos gestores do Pólo de EPS; Mudanças para atender às disposições da Portaria GM/MS nº. 1.996/07.

A análise global da primeira subcategoria, sobre a **Elaboração do plano de ações da EPS pelos gestores do Pólo de EPS**, possibilitou identificar os elementos que correspondem aos processos de planejamento estratégico das instituições e serviços de diferentes segmentos da sociedade, evidenciando uma seqüência ordenada das etapas que corresponderam a formulação de estratégias de gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul.

O planejamento estratégico significa a formulação sistemática de estratégias e ações interrelacionadas e interdependentes que visam alcançar os objetivos propostos. As estratégias formuladas pelos gestores correspondem ao Plano de Ações da EPS na Macrorregião Sul, que objetiva a formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde a partir de processos educativos que estimulem a aprendizagem significativa no trabalho.

Observou-se que este plano de ações buscou contemplar diferentes etapas que possibilitaram a construção de projetos de EPS, e teve início na formação do Colegiado de Gestão do Pólo. Os projetos de EPS que foram elaborados referem-se aos níveis de atenção, gestão, formação e controle social do SUS.

Quadro 7 – Processo de gestão formulado e implementado pelos gestores do Pólo de (EPS) da Macrorregião Sul do RS

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTRO
Estratégias de gestão formuladas e implementadas pelos gestores do Pólo de EPS da Macrorregião Sul na elaboração da EPS	Elaboração do plano de ações da EPS pelos gestores do Pólo de EPS	• Reuniões de chamamento • Sensibilizações/multiplicadores • Formação da Secretaria Executiva • Formação de Comitês em EPS • Levantamento de necessidades • Banco de dados • Construção dos projetos
	Projetos de EPS nos níveis de atenção, gestão, formação e controle social formulados e implementados pelos gestores do Pólo de EPS	Nível de atenção: • Cursos de Especialização em saúde da Família • Curso de Auxiliar Dentário Nível de gestão: • Cursos de Capacitação para Gestores Nível de formação: • Mudanças na Graduação Nível de controle social: • Oficinas para Formação de Conselheiros Municipais de Saúde
	Mudanças para atender às disposições da Portaria GM/MS n°. 1.996	• Formação de comissão transitória • Reuniões de chamamento para composição das CIES • Levantamento de necessidades • Implementação dos projetos • Elaboração do Plano de Ação para o ano de 2009
Facilidades e dificuldades vivenciadas pelos gestores no processo de gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS	Principais facilidades vivenciadas pelos gestores no processo de gestão do Pólo de EPS	• Empenho do Ministério da Saúde - processo de co-gestão no Pólo de EPS • Parceria entre as Instituições de Ensino • Atores que acreditam nas mudanças e comprometidos com a EPS • Curso de Facilitadores em EPS • Credibilidade do Pólo de EPS
	Principais dificuldades vivenciadas pelos gestores no processo de gestão do Pólo de EPS	• Participação do Controle Social • Pouca autonomia dos representantes das instituições de ensino • Conflito de poder • Trâmites burocráticos • Mudanças na Política Nacional de EPS

Fonte: Moraes, Siqueira, 2008.

Na segunda subcategoria, a respeito dos **Projetos da EPS nos níveis de atenção, gestão, formação e controle social formulados e implementados pelos gestores do Pólo de EPS**, as falas apontam as inter-relações estabelecidas entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, através da articulação, negociação e pactuação promovida pelos gestores do Pólo, conduziram a formulação e implementação de estratégias de EPS com a intuito de formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde nos níveis de atenção, gestão setorial, formação profissional e controle social no SUS.

Os projetos de educação permanente, na sua maioria, buscaram a capacitação dos profissionais de saúde da rede de atenção básica. Neste sentido, observa-se que os gestores priorizaram, como linha de apoio os projetos dos Pólos de EPS, a educação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde para a clínica ampliada, seja na atenção básica, nos ambulatórios de especialidades ou nos hospitais de ensino, com ênfase em saúde da família. No nível da gestão, enfatizou-se a necessidade de implementação do planejamento estratégico no poder executivo, sendo implementada uma Capacitação para os Gestores Municipais. Com relação à formação, a estratégia ficou restrita na promoção de discussões em instituições de ensino, visando mudanças nas bases curriculares dos cursos de graduação da área da saúde. No controle social, investiu-se na formação de conselheiros de saúde, com a finalidade de instigar os atores sociais á participação nos fóruns de discussão das políticas públicas de saúde.

Na terceira subcategoria, as **Mudanças para atender às disposições da Portaria GM/MS nº. 1.996/07**, foram elaboradas na mesma lógica de gestão do Pólo. Procurou-se reconduzir todos os atores que compreendiam a Secretaria Executiva, para que pudessem identificar as lacunas que ficaram evidentes após a

instituição desta nova portaria, e promover as adequações necessárias para a (re) condução da PNEPS. As atividades/ações citadas pelos gestores corresponderam, na sua maioria, aquelas formuladas durante o processo de gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS.

Frente aos dados que emergiram no processo de análise das falas dos gestores, observou-se que algumas mudanças que se referem ao modelo de financiamento dos projetos de EPS, terminaram com a parceria existente entre a 3ª e a 7ª CRS/RS e houve a formação de uma nova CIES que compreende os 22 municípios da 3ª CRS/RS.

Em relação aos projetos de educação permanente formulados, ainda pelos gestores do Pólo de EPS, a análise das falas revelou que alguns ainda não foram implementados, mas com previsão estabelecida para o segundo semestre do corrente ano, pois as verbas para o seu financiamento já estão à disposição das CIES.

A segunda categoria **Facilidades e Dificuldades Vivenciadas pelos Gestores no Processo de Gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS** engloba as subcategorias: principais facilidades vivenciadas pelos gestores no processo de gestão do Pólo de EPS; e principais dificuldades vivenciadas pelos gestores no processo de gestão do Pólo de EPS.

A análise global da primeira subcategoria, **Principais facilidades vivenciadas pelos gestores no processo de gestão do Pólo de EPS**, permitiu identificar as situações que facilitaram este processo, na percepção dos gestores.

As principais facilidades vivenciadas pelos gestores, as quais foram expressas nas falas, referem-se:

- Empenho do Ministério da Saúde no processo de co-gestão do Pólo de EPS;
- Parceria entre as Instituições de ensino;
- Atores que acreditam nas mudanças e comprometidos com a EPS;
- Curso de facilitadores em EPS;
- Credibilidade do Pólo de EPS.

A partir destas facilidades, percebeu-se que os gestores do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS contaram com o incentivo e apoio da esfera de gestão federal na condução do processo de gestão deste Pólo, principalmente na realização do Curso de Facilitadores em Educação Permanente em Saúde, que oportunizou aos gestores, uma capacitação pedagógica para auxiliar na condução dos processos educativos para a formação e desenvolvimento profissional do SUS.

A parceria estabelecida entre as instituições de ensino superior dos municípios de abrangência da 3ª e 7ª CRS/RS na elaboração e execução dos projetos de EPS, assim como o comprometimento dos atores percebido pelos gestores, também foram elementos significativos no processo de gestão do Pólo.

Todos estes componentes, associados às inter-relações estabelecidas nos níveis de atenção, gestão, formação e controle social, foram observadas, pelos gestores, como fatores que colocaram o Pólo de EPS em situação de credibilidade frente a outros Pólos do estado do RS.

Na segunda subcategoria, **Principais dificuldades vivenciadas pelos gestores do processo de gestão do Pólo de EPS**, foram consideradas as falas de maior significação para o pesquisador. Identificaram-se neste processo de gestão, as principais dificuldades percebidas na visão dos gestores, são elas:

- Pouca participação do controle social;
- Pouca autonomia dos representantes das instituições de ensino;
- Conflito de poder;
- Trâmites burocráticos;
- Mudanças na Política Nacional de EPS.

A pouca participação dos atores que representavam o controle social foi apontada como uma dificuldade muito grande no processo de gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS, remetendo à possibilidade de que estes atores estão deixando de ocupar os espaços de discussão e deliberação das políticas públicas de saúde. Chamou a atenção, o fato de que este segmento poderia ocupar um lugar bastante expressivo no Colegiado de Gestão do Pólo de EPS, visto que sua macrorregião corresponde aos 28 municípios de abrangência da 3ª e 7ª CRS/RS, e, no entanto, essa participação restringiu-se a dois ou três representantes do controle social.

Em relação a pouca autonomia de atores universitários, assim como o conflito de poder, duas dificuldades apontadas pelos gestores, e que é possível considerar que ambas se contrapõem. As rodas de discussão e gestão da EPS eram conduzidas por consenso, todas as decisões tomadas tinham que estar em comum acordo entre os atores do Pólo de EPS e aconteciam naquele espaço. No entanto, observou-se, através das falas, que os gestores sentiram esses dois elementos como um fator “dificultador”, pois além de alguns atores que representavam as instituições de ensino não ter autonomia para decidir naquele espaço, algumas das necessidades apontadas nestas rodas acabavam sendo de interesse pessoal, denotando conflitos de poder bastante importante nestas rodas. Estes elementos,

acabaram dificultando o processo de gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS.

Os trâmites burocráticos e as mudanças políticas também foram sentidos, pelos gestores, como entraves no fluir das negociações e decisões. Ambos podem ser entendidos como o ir e vir entre as instâncias superiores das esferas de gestão do SUS, seja na tramitação dos projetos de educação permanente do Pólo, ou seja na instituição de mudanças realizadas pelo Ministério da Saúde, na condução da PNEPS. Estas dificuldades foram sentidas pelos gestores como os nós críticos da esfera federal, e que interromperam a caminhada no processo de gestão do Pólo de EPS.

A terceira categoria apontou a **Visibilidade dos Enfermeiros no Processo de Gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS**. Essa visibilidade manifestou-se em todas as etapas deste processo, e contemplou as subcategorias: Participação dos Enfermeiros na elaboração do plano de ações da EPS pelos gestores do Pólo de EPS; Participação dos Enfermeiros na formulação e implementação dos projetos da EPS nos níveis de atenção, gestão, formação e controle social pelos gestores do Pólo de EPS; e, Participação dos Enfermeiros na efetivação de mudanças para atender à Portaria GM/MS nº. 1.996/07.

A participação dos enfermeiros foi enfatizada no processo inicial da constituição do Pólo, onde começaram a chamar os atores para compor o Colegiado de Gestão, que foi composto por representações de todas as esferas de gestão e práticas de saúde. Observou-se que um dos principais atores deste Pólo foi o Enfermeiro, que atuou como protagonista das *rodas* de discussão e gestão da educação permanente do Pólo de EPS através da Secretaria Executiva.

Durante a caminhada destes atores na Secretaria Executiva, os gestores ressaltaram a participação dos Enfermeiros como co-gestores dos processos de mudança propostos por este Pólo, na formulação e implementação dos projetos de EPS, assim como, foram considerados os elos no fortalecimento das inter-relações estabelecidas entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, nos níveis de atenção, gestão, formação e controle social. Além disso, esse profissional foi visto como articulador entre os diferentes atores que correspondem às equipes multiprofissionais, pois atuou na construção de estratégias para o desencadeamento das articulações.

Ainda no processo de gestão do Pólo de EPS, constatou-se que na formação profissional, os gestores apontaram que os Enfermeiros representaram mais de 50% dos docentes universitários que executaram o Curso de Especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal do Rio Grande, além da execução de outros projetos que perpassaram pelos níveis de atenção, gestão e controle social na saúde.

Em relação ao trabalho gerencial, salientaram a participação dos Enfermeiros frente à gestão de órgãos públicos, instituição de ensino e serviços de saúde, com ênfase na sua capacitação para a saúde coletiva. No trabalho assistencial/cuidador o Enfermeiro foi apontado como o profissional que realiza o cuidado preconizado pelas políticas de atenção básica e foi visto como o interlocutor entre os profissionais de saúde e usuários das ações e serviços do SUS.

Todas estas atribuições conferiram visibilidade ao Enfermeiro frente ao processo de gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS, o qual foi destacado e confirmado a partir das colocações que citaram a formação acadêmica e o trabalho gerencial deste profissional, como elementos fundamentais na gestão das suas práticas e serviços de saúde.

Neste sentido, evidenciou-se o compromisso sócio-político que estes profissionais desempenham na condução do processo de gestão de Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS, assim como na continuidade da PNEPS como estratégia de transformação das práticas de ensino e (re) organização dos serviços de saúde.

O presente estudo, em nenhum momento, teve a pretensão de esgotar a temática do "Processo de gestão implementado pelos gestores do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS: visibilidade dos Enfermeiros no processo", mas poderá ser utilizada como referência para estudos que focalizam a enfermagem, a gestão, a educação e o trabalho no contexto das políticas de formação e desenvolvimento dos profissionais do SUS, mais especificamente àqueles que aspiram enfatizar a EPS como uma ferramenta de gestão dessas práticas de saúde.

Refletindo a respeito dessas questões, percebeu-se que ainda ficaram indagações, que talvez outros pesquisadores possam vir a responder através de trabalhos de pesquisa: Como os gestores do Pólo promoveram a intersetorialidade no processo de gestão da EPS? Como foi a participação dos outros profissionais da área da saúde no processo de gestão do Pólo de EPS da macrorregião Sul do RS? Qual a percepção das instituições de ensino e serviços de saúde frente ao processo de gestão do Pólo de EPS da macrorregião Sul do RS? Em relação aos projetos de EPS implementados pelo Pólo de EPS da Macrorregião Sul, como foram avaliados pelos profissionais de saúde do SUS?

Nesta pesquisa, não foram encontradas dificuldades específicas para a sua realização, por parte dos gestores da Secretaria Executiva do Pólo de EPS da Macrorregião Sul. A dificuldade vivenciada na condução de todo o processo de pesquisa foram às limitações da pesquisadora. Essas dificuldades foram amenizadas pela orientadora, que se mostrou bastante tolerante, atenta e firme, proporcionando segurança para a condução, com êxito, deste trabalho.

A experiência vivenciada durante a realização do mestrado, contribuiu para a formação e o desenvolvimento pessoal e profissional da pesquisadora, permitindo que se sentisse como sujeito na construção de conhecimentos que, certamente, servirão para o início de sua trajetória acadêmica, mas também para a difusão, no meio acadêmico, do conhecimento construído.

O tema abordado é relevante para a condução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, pois trata do processo de gestão dos Pólos de EPS, o qual poderá servir de base para a (re) adequação desta política às diretrizes que foram instituídas pela Portaria GM/MS nº. 1.996/07, assim guiar a retroalimentação para a EPS, necessária para o seu aprofundamento e (re) dimensionamento em todos os níveis de atenção, gestão, formação e controle social.

Espera-se, com este estudo, contribuir para que os processos de gestão da EPS possam ser alvos de reflexão-crítica-dialógica sobre a formação profissional e o trabalho, por todos os atores que compreendem os Pólos de EPS, assim como os docentes e estudantes universitários, equipes multiprofissionais da rede de atenção e gestão, além dos atores que representam o controle social em saúde.

Quanto à visibilidade do Enfermeiro no processo de gestão do Pólo, os resultados deste estudo, são uma forma de incentivo e reconhecimento a estes

profissionais, com destaque da importância de sua atuação frente ao trabalho gerencial nos campos de atuação do SUS. Sua contribuição neste processo foi muito significativa, repercutindo, positivamente, nas mudanças propostas pelos gestores do Pólo de EPS nos níveis de atenção, gestão setorial, formação profissional e controle social na saúde. Desta forma, acredita-se que a proposta da EPS como ferramenta de gestão nos processos de trabalho dos Enfermeiros, possa contribuir para o desenvolvimento desta profissão no meio acadêmico, gerencial e assistencial. Destaca-se que o Enfermeiro, ao inserir-se nas políticas públicas da saúde, cumpre com o compromisso sócio-político que corresponde à sua atribuição profissional.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, Ana Lúcia de Queiroz. **O contexto da educação continuada em enfermagem**. 1. ed. São Paulo: Lemar e Martinari, 2003. 111p.

BODSTEIN, R. Atenção Básica na Agenda da Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BRASIL 500 ANOS, A grande historia do Brasil, textos em comemoração aos 500 anos. Nova cultural e Abril. 2000.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

_____. **Lei Orgânica da Saúde**. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional da Saúde**. Disponível para visualização em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadão/area.cfm>. Acesso em 25 de agosto de 2007.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N° 363/06 sobre a política nacional de educação permanente em saúde para o controle social**. Brasília, 2006.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96 sobre pesquisa com Seres Humanos**. Brasília, 1996.

_____. Instrução normativa GM/MS n.95, 26 de janeiro de 2001. **Norma operacional de assistência à saúde NOAS – SUS 01/2001**. Diário Oficial da União – DOU, 09 de abril de 2001a.

_____. **O processo histórico de construção do SUS**. in: Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. 20. ed. Rio de Janeiro: Brasil, 2001. p. 286-298.

_____. **Plano Nacional de Saúde – um pacto pela saúde no Brasil**. Brasília: Brasil, 2005.

_____. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Portaria GM/MS N° 648 de 28 de março de 2006. **Política Nacional de Atenção Básica.** Publicada no DOU, 29 de março de 2006.

_____. Portaria GM/MS N° 1.996 de 20 de agosto de 2007. **Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Publicada no DOU, 22 de agosto de 2007.

_____. **Promoção da Saúde.** Brasília: Brasil, 2001.

_____. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: orientações para o curso.** / Brasil. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.

CANDEIAS, Nelly Ferreira. **Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais,** disponível em <http://www.saúde.sc.gov.br>, acessado em 08/11/2004.

CAMPOS, G.V.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e saúde coletiva.** v.5, n.2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, E. M. S. **A Estratégia de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o PSF:** A experiência do Pólo de Capacitação da Universidade Federal de Juiz de Fora. 2002. 218p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, disponível em <http://www.capes.org.br>, acessado em 10/08/2007.

CANGUILLEN, Georges. **O normal e o patológico.** 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.

CARVALHO, A.V. **Aprendizagem organizacional em tempos de mudança.** São Paulo: Pioneira, 1999.

CARVALHO, G. I. SANTOS, L. **Comentários à Lei Orgânica de Saúde, leis 8.080/90 e 8.142/90. Sistema Único de Saúde.** São Paulo: Hucitec, 1995.

CARVALHO, B.G; SAWYER D.O.; LEITE I.C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciências e Saúde**, v.7, n.4, p.757-76, 2002.

CECAGNO, D. **Serviço de Educação Continuada na enfermagem nas instituições de saúde da cidade de Rio Grande.** 2003. 102 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Ri Grande, 2003.

CECAGNO, D. SIQUEIRA, H.C.H. **Educação Continuada:** Um novo modelo de ensino na enfermagem – Incubadora de Aprendizagem – Pelotas: Ed. Universitária PREC/UFPEL, 2006.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, saúde, educação.** v. 9, n. 16, p. 161-168, 2005.

_____. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação da capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 10, n. 4, p. 973-999, 2005.

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

CHIAVENATO, I. **Administração:** teoria, processo e prática. 2. ed. São Paulo: Makron Books, 1994.

_____. **Gestão de Pessoas:** o novo papel dos recursos humanos nas organizações. Rio de Janeiro: Campos, 1999.

_____. **Treinamento e Desenvolvimento de Recursos Humanos:** como incrementar talentos na empresa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

_____. **Teoria Geral da Administração.** vol. 1. 6. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

_____. **Introdução à Teoria Geral da Administração:** uma visão abrangente da moderna administração das organizações. 7. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. 6p.

COREN-RS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul – Legislação, 2004. 59p.

COSTA, Juvenal. Epidemiologia e Planejamento de Serviços de Saúde. **Material preparado para aula de epidemiologia do Curso de Pós-Graduação em Administração Hospitalar das Escolas de Ciência Econômico-empresariais e Medicina da Universidade Católica de Pelotas.** Pelotas. 2004.

COSTA, P. P. **Dos projetos à Política Pública:** Reconstruindo a história da Educação Permanente em Saúde. 2006. 103p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Osvaldo Cruz, disponível em <http://www.capes.org.br>, acessado em 10/08/2007.

FARAH, B. F. **A Educação Permanente no processo de organização em serviços de saúde:** as repercussões do curso introdutório para equipes de saúde da família – experiência no Município de Juiz de Fora/MG. 2006. 270p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, disponível em <http://www.capes.org.br>, acessado em 10/08/2007.

FARIA, A.N. **A Técnica de Reuniões.** vol. III. Rio de Janeiro: Próspera - Editora LTDA, 1969.

FAZENDA, I. C. A. **Integração e Interdisciplinaridade no Ensino Brasileiro:** efetividade ou ideologia. 4. ed. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

_____. **Interdisciplinaridade:** Um projeto em parceria. 5. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

FERRAZ, F. **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) - Universidade Federal de Santa Catarina, disponível em <http://www.capes.org.br>, acessado em 10/08/2007.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: Teoria e a prática da libertação**. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

_____. **Educação e Mudança**. 29. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

_____. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 33. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. 21. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

_____. **Pedagogia da esperança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

GADOTTI, M. **A dialética: concepção e método**. In: _____. *Concepção dialética da educação*. 9. ed. São Paulo: Cortez, 1995. cap 2, p. 15-34.

GELBCKE, F. e outros. Planejamento estratégico participativo: um espaço para a conquista da cidadania profissional. **Rev. Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 515-520, jul-set/2006, disponível em <http://www.scielo.br>, acessado em março de 2008.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. - 4. ed. - São Paulo: Editora Atlas, 2002.

GOMES, J.F. **A Terceira Competência: um convite a revisão do seu modelo de gestão**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.

HERNÁNDEZ, Esther Gallegos de. **Formação de recursos humanos de enfermagem: uma estratégia-chave**. In: ARRIAGADA, Jana. et al. Recursos de enfermagem: contribuições ao processo de desenvolvimento. Int. Colômbia: Editorial Unibiblos, 2001. p. 27.

ISAACS, Lydia G. de. et al. **Educação permanente: o importante são as pessoas**. In: ARRIAGADA, Jana. et al. Recursos de enfermagem: contribuições ao processo de desenvolvimento. 1. ed. Colômbia: Editorial Unibiblos, 2001. cap. IV, p. 135-147.
JUNQUEIRA, L. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e sociedade** v. 13, n. 1, p. 25 – 36, jan – abr/2004.

KAPLAN, R. S., NORTON, D. P. **Organização orientada para a estratégia**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2000.

KLEBA, M.E. et al. Promoção do empoderamento com conselhos gestores de um

Pólo de educação permanente em saúde. **Rev. Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 335-342, abr-jun/2007, disponível em <http://www.scielo.br>, acessado em março de 2008.

KURCGANT, Paulina. e outros. **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LACOMBE, F. J. M. **Dicionário de administração**. São Paulo: Saraiva, 2004.

LANA, F. C. F., GOMES, E. L. R. Reflexões sobre o planejamento em saúde e o processo da reforma sanitária brasileira. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, p. 97-110, janeiro/1996, disponível em <http://www.scielo.br>, acessado em março de 2008.

LENTZ, R.A.; ERDMANN, A.L. Perspectiva construtivista e constitutiva para um modo de fazer o controle de infecção hospitalar. In: **Aprendizagem Contínua no Trabalho**: possibilidades de novas práticas no controle de infecções hospitalares. São José: SOCEPRO, 2003.

LEOPARDI, M.T. et al. **Processo de Trabalho em Saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC, 1999. p. 49-55.

MANCIA, J. R. et al. Educação Permanente no contexto da Enfermagem e na Saúde. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 605-610, 2004.

MARCONI, M. A. LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MARQUIS, Bessie L., HUSTON, Carol J. **Administração e Liderança em Enfermagem**: teoria e aplicação. 2. ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul LTDA., 1999.

MAXIMIANO, A. C. **Introdução à administração**. 5. ed. São Paulo: ed. Atlas, 2000.

MEDEIROS, A. C. **A Educação Permanente em Saúde**: estratégia de gestão no cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva, 2007. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Rio Grande.

MELO, C.M.M; SANTOS, T.A. A participação política de enfermeiras na gestão do Sistema Único de Saúde em nível municipal. **Rev. Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 426-432, jul-set/2007, disponível em <http://www.scielo.br>, acessado em março de 2008.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINAYO, M.; ANDRE, M. E. D. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis: Vozes. 2002.

MINTZBERG, H. et al. **O Processo da Estratégia**: conceitos, contextos e casos selecionados. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

MINTZBERG, H. **Cinco Ps para estratégia**. In: MINTZBERG, H. et al. O Processo da Estratégia: conceitos, contextos e casos selecionados. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006. p. 24 – 29.

MIZUKAMI, M. G. N. **Ensino**: as abordagens do processo. São Paulo: EPU, 2001.

MOTTA, Paulo Roberto. Desempenho em equipes de saúde: **Manual FVG**. 2001.

_____. **Gestão Contemporânea**: a ciência e a arte de ser dirigente. 12. ed. Rio de Janeiro: Recorde, 2001.

MOTTA, José Inácio Jardim. **Educação Permanente: uma possibilidade de mudança**, disponível em <http://www.saúde.sc.gov.br>, acessado em 08/11/2004.

MOTTA, M. F. V. da; SOARES, F.S. **As políticas de saúde, os movimentos sociais e a construção do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: http://www.ufmt.br/revista/arquivo/rev10/as_politicas_de_s.html. Acessado em 10 abr. 2006.

PACHECO, L. et al. **Capacitação e desenvolvimento de pessoas**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

PEDUZZI, M. CIAMPONE, M. H. Trabalho em Equipe e Processo Grupal. In: KURCGANT, P. et al. **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 108-124.

PEREIRA, M. E. M.; GIOIA, S. C. Séculos XVIII e XIX: revolução na economia e na política. In: ANDERY, M. A. (org.) **Para Compreender a Ciência: uma retrospectiva histórica**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo; São Paulo: EDUC. 1998. cap. 15, p. 255-295.

PERES, A.M. CIAMPONE, M.H.T. Gerência e competências gerenciais do Enfermeiro. **Rev. Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 492-499, jul-set/2006, disponível em <http://www.scielo.br>, acessado em janeiro de 2007.

PETRAGLIA, I. C. **Interdisciplinaridade: o cultivo do professor**. São Paulo: Pioneira, 1993.

PIAGET, J. **Problemas generales de la investigación interdisciplinaria y mecanismos comunes**. In: Tendencias de la investigación las ciencias sociales. Madrid: Alianza, 1976. p. 199-282.

POLIT, D.F. HUNGLER. B.P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. Tradução Regina Machado Garcez. 5 ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

PRADO, M. D. do. **A construção do conhecimento ao longo da história**. Texto elaborado para o curso de especialização em Projetos Assistenciais – ESPENSUL, Março, 1996.

RIBEIRO, Eliana Claudia de Otero. MOTTA, José Inácio Jardim. **Educação Permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde**, disponível em <http://www.redeunida.org.br>, acessado em 08/11/2004.

RODRIGUEZ, D. et al. **Sociedad y Teoria de Sistemas**. Chile: Editorial Universitária, 1991.

SANNA, M.C. Os processos de trabalho em enfermagem. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 221-224, mar – abr/2007.

SANTANA, A. D. **Sobre o Desafio de Qualificar os Trabalhadores de Saúde: estudo do processo de construção do Pólo de Educação Permanente do Município de Aracajú/SE**. 2005. 146p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, disponível em <http://www.capes.org.br>, acessado em 10/08/2007.

SCHERMERHORN, Jr.J.R. HUNT, J.F. OSBORN, R.N. **Fundamentos de comportamento organizacional**. 2 ed. Reimpressão. Porto Alegre: Bookman, 2003

SENGE, P. M. **A Quinta Disciplina: Arte e Prática da Organização de Aprendizagem**. São Paulo: Editora Best Seller, 1998.

SILVA, José R. S. **Sistema único de saúde: modalidades de atendimento e suas inter-relações, um olhar da enfermagem**. Rio Grande: FURG, 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde), Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, 2006.

SIQUEIRA, Hedi C. H. **O Enfermeiro e sua prática assistencial integrativa: construção de um processo educativo**. Bagé: EDIURCAMP, 1998.

_____. **As Interconexões dos Serviços no Trabalho Hospitalar – um modo de pensar e agir**, 2001. Tese de Doutorado – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis.

SOUZA R. R. O sistema público de saúde brasileiro. In: **Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas**. São Paulo, Brasil 11 a 14 de agosto de 2002.

TRIVINÕS A.N. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1995.

VIEIRA, A. G. R. **Educação Permanente em Saúde no Programa Saúde da Família em Montes Claros: intenções, realidades e possibilidades**. 2006. 188p. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Social) - Universidade Estadual de Montes Claros, disponível em <http://www.capes.org.br>, acessado em 10/08/2007.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

À 3ª e 7ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS

Vimos por meio deste solicitar a V.S^a autorização para realizar um trabalho de pesquisa junto aos gestores do Pólo de Educação Permanente em Saúde da Macrorregião Sul do RS, integrante da instituição sob vossa coordenação.

A proposta de trabalho tem como objetivo: Conhecer as estratégias formuladas e implementadas, com os serviços de saúde e as instituições de ensino na formação dos profissionais de saúde para a consolidação do SUS, na perspectiva dos gestores do Pólo de Educação Permanente em Saúde da Macrorregião Sul do RS e a participação dos Enfermeiros nesse processo de gestão. A pesquisa está sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Hedi C. Heckler de Siqueira.

A partir da pesquisa realizada será possível colaborar com a formação e o desenvolvimento dos profissionais do Sistema Único de Saúde, bem como, de futuras políticas públicas voltadas à educação permanente em saúde.

Na certeza de contar com a vossa habitual compreensão e cordialidade, agradecemos, antecipadamente, pela oportunidade e, ao mesmo tempo, colocamo-nos a disposição para os esclarecimentos necessários.

Atenciosamente,

Enf^a Mda Cristiane de Moraes Mendes
Pesquisadora Responsável
Telefone: (53) 81290156

Prof^a. Dra. Hedi C. Heckler de Siqueira
Orientadora
E-mail: hedihs@terra.com.br

APÊNDICE 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Prezado Sr(a),

Vimos por meio deste solicitar a sua colaboração para participar da pesquisa intitulada: Estratégias formuladas e implementadas pelos gestores do Pólo de Educação Permanente em Saúde da Macrorregião Sul do RS: participação dos Enfermeiros no processo de gestão, sob a orientação da Profª Enfª Dra. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira.

Esclarecemos que a mesma tem como objetivo: Conhecer as estratégias formuladas e implementadas, com os serviços de saúde e as instituições de ensino na formação dos profissionais de saúde para a consolidação do SUS, na perspectiva dos gestores do Pólo de Educação Permanente em Saúde da Macrorregião Sul do RS e a participação dos Enfermeiros nesse processo de gestão.

Os dados coletados serão utilizados para a produção científica que resultará na dissertação de mestrado em Enfermagem, inserida no programa de pós-graduação em enfermagem/saúde da instituição acima citada e também em outros trabalhos científicos a serem realizados.

Reiteramos que sua participação nesta pesquisa é de fundamental importância para a obtenção de dados que auxiliarão no alcance da proposta desta pesquisa.

Desde já agradeço a sua disponibilidade.

Rio Grande, ____ de _____ de 2008.

Enfª Mda Cristiane Lima de Moraes
Siqueira
Pesquisadora Responsável
Telefone: (53) 81290156
E-mail: krismoraes31@hotmail.com

Profª. Dra. Hedi C. Heckler de
Professora Orientadora
E-mail: hedihs@terra.com.br

Prezada Sr(a):

Gestor do Pólo de Educação Permanente em Saúde _____

APÊNDICE 3

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Em atendimento a Resolução Nº 196/96 do Ministério da Saúde e sua atualização
Resolução nº 292 do Conselho Nacional da Saúde

Pelo presente consentimento livre e esclarecido, declaro que estou ciente do objetivo da pesquisa: Conhecer as estratégias formuladas e implementadas, com os serviços de saúde e as instituições de ensino na formação dos profissionais de saúde para a consolidação do SUS, na perspectiva dos gestores do Pólo de Educação Permanente em Saúde da Macrorregião Sul do RS e a participação dos Enfermeiros nesse processo de gestão.

Também fui informado(a) pela entrevistadora sobre a justificativa deste estudo e quanto ao instrumento da investigação para a coleta de dados, isto é, entrevista semi-estruturada. Ainda fui esclarecido quanto aos itens a seguir:

- da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados a esta investigação;
- da liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento, de deixar de participar do estudo, sem que me traga qualquer prejuízo;
- da segurança que não serei identificado(a) mantendo desta forma meu anonimato;
- de que serão mantidos todos os preceitos éticos e legais durante e após o término da pesquisa;
- de acesso às informações em todas as etapas do estudo bem como dos resultados do mesmo.

Desta forma, aceito responder ao presente instrumento e autorizo a publicação dos dados nos veículos de comunicação acadêmica, científica e eventos pertinentes, desde que preservado meu anonimato como respondente.

Rio Grande, ____ de _____ de 2008.

Assinatura do(a) participante

Enfª Mda Cristiane Lima de Moraes
Pesquisadora Responsável
Telefone: (53) 81290156
E-mail: krismoraes31@hotmail.com

Profª. Dra. Hedi C. Heckler de Siqueira
Professora Orientadora
E-mail: hedihs@terra.com.br

APÊNDICE 4

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

PSEUDÔNIMO:

1. O Sr. participou do processo de gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS? Pode relatar este processo?
2. Para o Sr. quais foram as estratégias formuladas para promover a negociação, a pactuação e a articulação entre o Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS com os serviços de saúde e as instituições de ensino, para a formação dos profissionais de saúde, quanto:
 - 2.1 – nível de atenção aos serviços de saúde
 - 2.2 – nível de formação dos recursos humanos
 - 2.3 – nível de gestão da educação permanente em saúde
 - 2.4 – nível de controle social
3. Para o Sr. quais foram as estratégias implementadas para promover a negociação, a pactuação e a articulação entre o Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS com os serviços de saúde e as instituições de ensino, para a formação dos profissionais de saúde, quanto:
 - 3.1 – nível de atenção aos serviços de saúde
 - 3.2 – nível de formação dos recursos humanos
 - 3.3 – nível de gestão da educação permanente em saúde
 - 3.4 – nível de controle social
4. Na sua opinião, o Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS conseguiu estabelecer as inter-relações necessárias para promover a negociação, a pactuação e a articulação com os serviços de saúde e com as instituições de ensino? Por quê?
5. Conte como foi a participação dos Enfermeiros no processo de gestão do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS.
6. Na sua opinião, quais foram as principais facilidades e dificuldades vivenciadas na formulação e implementação das estratégias de gestão do Pólo de Educação Permanente em Saúde da Macrorregião Sul do RS?
7. Comente sobre as estratégias que estão sendo formuladas para a adequação do Pólo de EPS da Macrorregião Sul do RS à Portaria GM/MS 1.996/2007.

ANEXO