
PROJETO DE PESQUISA

PROGRAMA DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

– RELATÓRIO FINAL –

<u>INSTITUIÇÃO CONTRATANTE:</u> MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE – SGTES DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO E GESTÃO EM SAÚDE – DEGES	<u>INSTITUIÇÃO EXECUTORA:</u> FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA FFM
--	--

COORDENAÇÃO:

ANA LUIZA D'ÁVILA VIANA

São Paulo, abril de 2008

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Faculdade de Medicina – Departamento de Medicina Preventiva

FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA – FFM

Equipe técnica do projeto

Coordenação:

Ana Luiza d'Ávila Viana

Pesquisadores:

Regina Marta Barbosa Faria

Hudson Pacífico da Silva

Juliana Arantes Figueiredo

Tereza Mizue Nakagawa

Marcelo Cardoso Pinheiro

Maria Cláudia de Mattos Fabiani

Pesquisadores Nescon:

Cristiana Leite Carvalho

Jackson Freire Araújo

João Batista Girardi Junior

Magda Beatriz Peixoto Maciel

Pesquisadores Assistentes:

Camila Aparecida Reginaldo da Silva

Christiane Prescher Martins

Consultores:

Célia Regina Pierantoni

Silvia Victoria Gerschman de Leis

Márcia Schott

Ana Maria Medeiros da Fonseca

APRESENTAÇÃO

O projeto de pesquisa "Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde para o SUS" foi desenvolvido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), em decorrência do convênio assinado entre a Fundação Faculdade de Medicina (FFM) e o Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGETS) e do Departamento de Educação e Gestão em Saúde (DEGES).

Este relatório do projeto, executado sob a coordenação da Profa. Dra. Ana Luiza d'Ávila Viana, traz os resultados da pesquisa realizada no período de janeiro de 2006 a outubro de 2007, que se dedicou ao mapeamento e compreensão dos avanços e recuos nos objetivos básicos da política de formação de pessoal para o SUS, após a entrada em vigor da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria 198/04. Entre as principais mudanças decorrentes da nova Política, destaca-se a transformação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família (Pólos-PSF), implantados a partir de 1997, para os "Pólos de Educação Permanente em Saúde", alterando a concepção, organização e forma de atuação das estruturas existentes até então.

O presente documento compõe-se de um Sumário Executivo, que sintetiza os principais aspectos da consecução do projeto e resultados obtidos, e de seis capítulos onde estão descritos com maior detalhamento os resultados obtidos nos diferentes módulos que compuseram a opção metodológica adotada para a realização da pesquisa. Considerações finais, com recomendações visando ao aprimoramento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, encerram este relatório.

ÍNDICE

SUMÁRIO EXECUTIVO.....	8
1. Relatório da Enquete Telefônica	16
2. Relatório dos Pólos Avaliados em Estudo Anterior.....	36
3. Relatório dos Pólos de Educação Permanente em Saúde do Estado do Rio de Janeiro	88
4. Relatório dos Pólos de Educação Permanente em Saúde do Estado de São Paulo.....	155
5. Relatório do Pólo de Educação Permanente em Saúde da Grande São Paulo.....	219
6. Considerações Finais	253

GLOSSÁRIO

A relação a seguir traz as instituições (públicas e privadas) mencionadas neste trabalho. Algumas delas foram citadas somente nos Anexos.

- Associação Cultural e Educacional de Franca (ACEFRAN)
- Associação de Ensino de Ribeirão Preto (Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP)
- Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)
- Centro de Formação de Recursos Humanos para o SUS (CEFOR)
- Centro de Formação e Aperfeiçoamento em Ciências da Saúde da Fundação Zerbini (CEFACS)
- Centro de Informação e Dados do Rio de Janeiro (CIDE)
- Comissão Intergestores Bipartite (CIB)
- Comissões Intergestoras Regionais (CIRs)
- Conselho Estadual de Saúde (CES)
- Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS)
- Coordenadoria de Desenvolvimento de Pessoas (CODEP)
- Departamento de Educação e Gestão em Saúde (DEGES)
- Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo (DRS I)
- Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde (GERUS)
- Direções Regionais de Saúde (DIRs)
- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP)
- Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP)
- Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)
- Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA)
- Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)
- Faculdade de Medicina do ABC (FUANBC)
- Faculdades Unidas de Várzea Grande (UNIVAG)
- Federação dos Hospitais do Estado de Minas Gerais (FHEMIG/SES)
- Fundação de Amparo a Pesquisa e Estudos (FAEPE)
- Fundação de Apoio à Pesquisa e Extensão da UFBA (FAPECS)

- Fundação de Apoio Institucional ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FAI)
- Fundação de Apoio Institucional ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)
- Fundação de Desenvolvimento da Unicamp (FUNCAMP)
- Fundação Educacional Serra dos Orgãos (FESO)
- Fundação Faculdade de Medicina (FFM)
- Fundação Hemocentro de Ribeirão Preto (FUNDHERP)
- Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto (FIERP)
- Fundação para o Desenvolvimento de Ciências Farmacêuticas (FUNDECIF)
- Gerência de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (GEDHRUS/SES-SC)
- Instituição de Ensino Superior (IES)
- Instituto Adventista de Ensino (UNASP)
- Ministério da Saúde (MS)
- Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (NATES)
- Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON)
- Núcleo de Educação Permanente (NEP)
- Núcleo de Educação Permanente da Região Oeste e Sudoeste da Grande São Paulo (NEPOS)
- Núcleo Interdisciplinar de Educação Permanente em Saúde (NIEPS)
- Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO)
- Organização Panamericana de Saúde (OPAS)
- Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família (Pólos-PSF)
- Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (PEPS)
- Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF)
- Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED)
- Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS)
- Programa Saúde da Família (PSF)
- Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE)
- Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS)
- Região Integradora de Desenvolvimento do Distrito Federal e do Entorno (RIDE)
- Secretaria de Estado da Saúde da Bahia (SESAB)
- Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas (SESAU)
- Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP)
- Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA)

- Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES)
- Secretária Municipal de Saúde (SMS)
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)
- Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC)
- Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)
- Sistema Único de Saúde (SUS)
- Sociedade Educacional Cidade de São Paulo Ltda (SECID)
- Unidades Básicas de Saúde (UBS)
- Unidades de Saúde da Família (USF)
- Universidade Adventista de São Paulo (UNASP)
- Universidade Cruzeiro do Sul (UNICSUL)
- Universidade de Barra Mansa (UBM)
- Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL)
- Universidade de Cuiabá (UNIC)
- Universidade de São Paulo (USP)
- Universidade do Estado do Mato Grosso (UNIMAT)
- Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO)
- Universidade do Paraná (UNIPAR)
- Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)
- Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)
- Universidade Estadual Paulista (UNESP)
- Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)
- Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
- Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)
- Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
- Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)
- Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
- Universidade Federal Fluminense (UFF)

SUMÁRIO EXECUTIVO

O objeto de estudo desta pesquisa é a política de capacitação permanente de pessoal para a saúde, que compreende dois momentos distintos. O primeiro envolveu uma programação específica para as equipes do Programa de Saúde da Família (PROESF). Em 1996 foi publicado o primeiro edital de convocação dos Estados para a apresentação de projetos de desenvolvimento de recursos humanos, caracterizando um conjunto de iniciativas voltadas para o fortalecimento da estratégia de Saúde da Família e da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Inicialmente, foram criados 11 Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família (Pólos-PSF). No final do ano 2000, havia um total de 20 Pólos-PSF em funcionamento no Brasil.

O segundo momento da política de capacitação permanente de pessoal para a Saúde teve início em 2004, por meio da Portaria 198/04, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor. A partir da referida portaria foram configurados os Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (PEPS), concebidos como instâncias interinstitucionais e locais regionais de articulação. Ocorre, neste período, a ampliação do público-alvo das atividades de capacitação dos Pólos, não mais voltados exclusivamente para os profissionais da Estratégia de Saúde da Família, mas passando a abranger todos os demais integrantes do sistema de saúde.

Objetivos e caracterização dos diferentes módulos da pesquisa

A proposta do Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde foi composta por quatro módulos não sequenciais, cujos objetivos englobavam:

1. Identificar o estágio de desenvolvimento da política de educação permanente em saúde no que se refere à implementação das instâncias de articulação interinstitucional e local regional (Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS);
2. Atualizar o conhecimento relativo à composição dos Pólos e sua forma de organização e propor mecanismos que permitam incrementar a eficácia da capacitação por meio de uma organização com maior capilaridade;

3. Sugerir estratégias e ações de curto e médio prazo voltadas para o fortalecimento da integração entre formação, educação permanente e capacitação e dos elos entre serviços e instituições de ensino;
4. Propor indicadores de acompanhamento e avaliação para a política de educação permanente em saúde.

Segue abaixo a caracterização dos quatro módulos da pesquisa:

Enquete Telefônica

Visando à obtenção de informações executivas sobre o universo de Pólos de Educação Permanente em Saúde existente no Brasil, o primeiro Módulo do Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde traz os resultados de uma enquete telefônica. Foi desenvolvido pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), da Universidade Federal de Minas Gerais. A coleta desses dados ocorreu no período de novembro de 2005 a março de 2006 por meio de questionário estruturado e aplicado durante entrevistas telefônicas, assistidas por computador. A fase de coleta envolveu profissionais responsáveis pelos PEPS, contatados a partir de cadastro fornecido pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde (MS). Para esta finalidade, foi constituído um formulário eletrônico contendo questões abertas e fechadas, estruturadas em cinco blocos – identificação do Pólo, perfil do entrevistado, estrutura do Pólo, atividades, manutenção e consolidação.

As respostas foram processadas no programa de software “Sphinx”, que permite a tabulação e análise estatística direta dos dados coletados. Para apuração dos dados utilizou-se somente uma posição de tele-pesquisa, ocupada por um operador com um servidor de rede, operado pelo supervisor operacional do levantamento. O trabalho foi executado em dois turnos de cinco horas, em dias alternados, e cada entrevista teve duração média de 70 minutos. Foram realizadas, em média, oito ligações por Pólo, a fim de contatar os respondentes. Também foram coletadas informações executivas de 58 dos 99 Pólos de Educação Permanente em Saúde existentes, o que corresponde a uma taxa de retorno de 58,5%.

Retorno aos Pólos Avaliados em Estudo Anterior

Este módulo – o terceiro do Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde – contemplou o retorno aos Pólos avaliados em estudo

anterior¹ e que se configuraram como Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) a partir de 2003. Teve por objetivo identificar o impacto das modificações introduzidas e o ganho de eficácia resultante da nova estruturação dos Pólos, a partir da Portaria 198/04. Procurou-se conhecer a opinião dos profissionais entrevistados com relação ao novo modelo, buscando investigar em que direção as mudanças previstas na Portaria ocorreram.

A coleta de dados foi realizada por meio de aplicação de um roteiro semi-estruturado de entrevistas, no período de fevereiro a maio de 2006. Fizeram parte do grupo de entrevistados os coordenadores dos Pólos, além de pessoas identificadas por antigos coordenadores ou mediante a utilização de uma relação de profissionais dos PEPS, fornecida pelo Ministério da Saúde. Os Pólos avaliados neste módulo estão listados a seguir:

1. Pólo de Educação Permanente em Saúde da Macrorregião Nordeste da Bahia (sede em Salvador);
2. Pólo de Educação Permanente em Saúde de Fortaleza;
3. Pólo de Educação Permanente em Saúde de Maceió;
4. Pólo de Educação Permanente em Saúde da Região Macrocentro de Minas Gerais (sede em Belo Horizonte);
5. Pólo de Educação Permanente em Saúde da Região do Sudeste Mineiro (sede em Juiz de Fora);
6. Pólo de Educação Permanente em Saúde da Regional Metropolitana de Curitiba;
7. Pólo Locorregional Litoral de Educação Permanente em Saúde do Estado de Santa Catarina (sede em Florianópolis);
8. Pólo de Educação Permanente em Saúde de Cuiabá;
9. Pólo de Educação Permanente em Saúde de Brasília.

Pólos de Educação Permanente em Saúde do Estado de São Paulo

Este módulo – o quarto do Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde – teve por objetivo avaliar os oito Pólos de Educação Permanente do Estado de São Paulo, não contemplados no estudo anterior. Os dados foram

¹ Em 2000, por solicitação do Ministério da Saúde, realizou-se um estudo com o propósito de avaliar os “Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família” (Pólos-PSF), implantados em 1997. Este estudo analisou os 12 primeiros Pólos criados no Brasil. Além dos nove Pólos estudados no módulo III desta pesquisa, o levantamento anterior também avaliou os Pólos-PSF de Pernambuco (01) e do Rio de Janeiro (02 Pólos). O Pólo de Pernambuco não foi estudado no Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde por descontinuidade da proposta. Já os Pólos do Rio de Janeiro foram estudados separadamente, compondo um relatório independente dos demais.

coletados por meio de aplicação de roteiro semi-estruturado de entrevistas, no período compreendido entre janeiro e abril de 2006. Coordenadores e/ou informantes-chave dos PEPS do Estado de São Paulo formaram o grupo de entrevistados. Também foram analisados os dados primários coletados no âmbito da pesquisa de avaliação do PROESF, com 62 municípios paulistas com mais de 100 mil habitantes.

Estudo de Caso: PEPS da Grande de São Paulo

Este módulo – o segundo do Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde – refere-se ao Estudo de Caso do Pólo de Educação Permanente em Saúde da Grande São Paulo e teve o objetivo de aprofundar a caracterização de um Pólo considerado emblemático.

Parte-se da hipótese de que há uma relação diretamente proporcional entre a representativa atuação do Pólo e o impacto positivo que as ações empreendidas conferem aos municípios beneficiados. Entende-se que um Pólo emblemático deve ser capaz de:

1. Compreender a missão, as metas e os objetivos da educação permanente, com conseqüente execução e concretização de atividades que respondam a estes atributos.
2. Obter, registrar e divulgar resultados eficazes das atividades oferecidas, em termos de aprimoramento da qualidade do serviço e da participação dos profissionais e das instituições parceiras no projeto de saúde da localidade, disseminando projetos e experiências bem-sucedidas, de modo a permitir sua replicação.
3. Desenvolver e consolidar inter-relações capazes de responder com eficácia aos supostos conceituais e metodológicos da construção ascendente e participativa das necessidades de capacitação de pessoal para a Saúde, ampliando e mantendo níveis de participação eficiente dos atores integrantes do Colegiado, Conselho e Secretaria Executiva dos PEPS.

Para o estudo dos aspectos acima, o Pólo de Educação Permanente em Saúde da Grande São Paulo foi selecionado como emblemático pelos seguintes fatores:

1. Elevado número de atividades desenvolvidas;
2. Fortalecimento institucional resultante do fato de os cursos financiados por intermédio de outros recursos ter passado por discussões nas instâncias decisórias do Pólo;
3. Ter instalado comissões e grupos de discussão temáticos como: Atenção Básica e Controle Social;
4. Participar das discussões na Bipartite e nas Comissões Intergestoras Regionais (CIRs).

Visando aprofundar a caracterização do Pólo, foram selecionados intencionalmente três municípios – São Lourenço da Serra, Santa Isabel e Embu-Guaçu – cujos gestores entrevistados responderam a um instrumento de pesquisa semi-estruturado. A seleção obedeceu aos seguintes critérios:

- Porte do município / população residente (menos de 20 mil habitantes, entre 20 – 50 mil habitantes e entre 50 – 100 mil habitantes).
- Proporção da população atendida pelo PSF em cada faixa populacional (mais de 100%²; 50-100%; menos de 20%).

Os dados selecionados para elaboração do relatório foram obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas com os seguintes informantes: secretários municipais de saúde dos municípios de Santa Isabel, São Lourenço da Serra e Embu-Guaçu; gestores estaduais, presidente do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-SP), coordenador do PEPS da Região Metropolitana de São Paulo, além de diretores e coordenadores dos Núcleos de Educação Permanente em Saúde das Direções Regionais de Saúde (DIRs) III (Mogi das Cruzes) e V (Osasco). Foram utilizados, ainda, dados da Pesquisa PROESF, bem como documentos do Ministério da Saúde. A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2006 a maio de 2007.

Resultados

Optou-se por apresentar os resultados obtidos no Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde em relatórios específicos, conforme os módulos descritos acima.

Desta forma, o relatório final da pesquisa é composto por cinco relatórios independentes, apresentados nesta ordem, e cujas estruturas serão explicitadas a seguir:

1. Relatório da Enquete Telefônica (módulo I),
2. Relatório dos Pólos Avaliados no Estudo Anterior (módulo III),
3. Relatório dos Pólos de Educação Permanente em Saúde do Estado do Rio de Janeiro,
4. Relatório dos Pólos de Educação Permanente em Saúde do Estado de São Paulo (módulo IV),
5. Relatório do Pólo de Educação Permanente em Saúde do Pólo da Grande São Paulo (módulo II).

² Uma equipe de PSF é responsável por uma área de abrangência de 1.000 famílias, o que corresponde a aproximadamente 3.450 pessoas; quando a proporção equipe/população for superior a 3450, considera-se que a cobertura é maior que 100%.

O primeiro relatório refere-se ao módulo I da pesquisa e apresenta informações executivas de 58 dos 99 Pólos existentes. Os dados obtidos cobrem as seguintes dimensões:

1. Localização, taxa de retorno e ano de criação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde,
2. Perfil dos entrevistados,
3. Estrutura física e organizacional dos PEPS,
4. Atividades e beneficiários,
5. Monitoramento e avaliação,
6. Financiamento e gasto,
7. Apoios recebidos de outras instituições,
8. Impactos e cumprimento dos objetivos,
9. Comparação modelo anterior *versus* modelo atual

O relatório do módulo III, referente aos Pólos visitados anteriormente, bem como o relatório dos Pólos de Educação Permanente em Saúde do Estado do Rio de Janeiro, compreendem as seguintes dimensões:

1. Gênese dos Pólos e transição para o modelo atual,
2. Composição e estrutura organizacional,
3. Lógica de operação e processo decisório,
4. Atividades e beneficiários,
5. Monitoramento e avaliação,
6. Financiamento e critérios,
7. Papéis e relação ensino *versus* serviço,
8. Impactos,
9. Educação Permanente: compreensão e exercício,
10. Modelo anterior e modelo atual.

Além das dimensões acima, o relatório dos Pólos do Rio de Janeiro abrange o item sobre as dificuldades de operacionalização das diretrizes da Portaria 198/04.

Já o relatório referente aos Pólos do Estado de São Paulo (módulo V) fornece informações sobre os oito Pólos do Estado e, ainda, analisa os dados primários coletados na pesquisa de avaliação do PROESF com 62 municípios paulistas com mais de 100 mil habitantes. Deste modo, o relatório contempla a mesma estrutura citada anteriormente (ou seja, dos relatórios do módulo III e do Estado do Rio de Janeiro). Ele incorpora, ainda, as

seguintes dimensões: percepção do gestor municipal, visão do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde e a visão do gestor estadual.

Finalmente, o relatório do módulo II reúne os dados obtidos no estudo de caso que aprofunda as informações referentes ao Pólo de Educação Permanente em Saúde da Grande São Paulo. Sua estrutura compreende os seguintes itens:

1. Relacionamento entre os municípios e o Pólo da Grande São Paulo,
2. O papel da SES e das DIRs no Pólo de Educação Permanente em Saúde da Grande São Paulo,
3. Aspectos operacionais,
4. Impactos.

Recomendações

Com base no trabalho realizado para a consecução dos quatro módulos do projeto e nos resultados obtidos, é possível propor um conjunto de recomendações voltadas ao aprimoramento da Política de Educação Permanente em Saúde para o SUS e das ações conduzidas pelos PEPS de todo o país. São elas:

- Constituir um Grupo de Trabalho para avaliar e aprovar os projetos ainda não liberados. Considerar, na medida do possível: adequação orçamentária; critérios e sistemática de alocação de recursos financeiros; natureza e legitimidade da instituição executora; origem e procedência das demandas;
- Implementar um setor de monitoramento e avaliação das atividades dos Pólos, sediado no órgão central, com interfaces nas Secretarias Estaduais de Saúde e apoiado por um sistema de informações informatizado;
- Simplificar o processo decisório para definição dos projetos a serem submetidos aos organismos financiadores, considerando a introdução de uma “instância de aprovação” entre o Colegiado de Gestão do Pólo e a Secretaria Estadual de Saúde, uma vez que esta última é definida na Portaria 198/04 como a instância de coordenação estadual, quando existir mais de um PEP no Estado;
- Definir um formato consensual para apresentação dos projetos a serem financiados, deixando claros alguns aspectos como, por exemplo:
 - Justificativa e fórum de decisão
 - Instituição responsável pela execução

- Instituições parceiras com respectivas responsabilidades
 - Local (ou locais) de implementação (claramente localizável)
 - Público-alvo claramente definido e localizável (cadastro de alunos)
 - Mecanismos de acompanhamento e monitoramento
 - Relatório de execução financeira
- Desenvolver mecanismos de discussão, estudos e compreensão do conceito de “educação permanente”, bem como mecanismos de discussão, estudos e compreensão da abordagem educacional-pedagógica que responde aos preceitos da educação permanente;
 - Aprofundar o conhecimento quanto ao papel das Instituições de Ensino Superior (IES) particulares na Política de Educação Permanente em Saúde para o SUS;
 - Agilizar o financiamento dos projetos aprovados nas instâncias estaduais, reforçando o poder de aprovação (ou veto) do Gestor Estadual, tal como previsto na Portaria 198/04;
 - Rever a forma de financiamento dos Pólos, incorporando critérios de alocação que considerem a distribuição de recursos humanos em saúde em cada Unidade da Federação, assim como formas de repasse automático e regular de recursos financeiros;
 - Considerar a necessidade de infra-estrutura física mínima (instalações, equipamentos) para o adequado funcionamento dos Pólos;
 - Criação de fóruns decisórios específicos para participação dos gestores municipais;
 - Criação de instrumentos e fluxos para agilizar a formulação, tramitação e aprovação dos projetos;
 - Implementação de projetos de capacitação visando à ampliação quantitativa do público-alvo, de forma mais ágil, descentralizada e com controle de resultados;
 - Implantação de núcleos de avaliação e monitoramento junto às instâncias regionais das Secretarias Estaduais de Saúde – SES;
 - Fortalecimento das capacidades de planejamento municipais no tocante à definição de prioridades para as atividades de capacitação.

1. Relatório da Enquete Telefônica

Nota: Este relatório corresponde ao Módulo I do Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
1. Resultados Descritivos	20
1.1. Localização, Taxa de Retorno e Ano de Criação dos PEPS	20
1.2. Perfil dos Entrevistados	22
1.3. Estrutura Física e Organizacional dos PEPS	24
1.4. Atividades e Beneficiários	30
1.5. Monitoramento e Avaliação	32
1.6. Financiamento e Gasto	32
1.7. Apoios Recebidos de Outras Instituições	33
1.8. Impactos e Cumprimento dos Objetivos	33
1.9. Comparação Modelo Anterior x Modelo Atual	34

TABELAS

Tabela 1 – Situação da pesquisa	19
Tabela 2 – Ano de criação dos Pólos	21
Tabela 3 – Situação do projeto	21
Tabela 4 – Função/Cargo dos entrevistados	22
Tabela 5 – Tempo de exercício da função no Pólo	22
Tabela 6 – Tipo de instituição com a qual mantém vínculo	23

Tabela 7 – Natureza da instituição	23
Tabela 8 – Tempo disponibilizado para exercício de funções no Pólo	23
Tabela 9 – Profissão dos entrevistados	24
Tabela 10 – Estrutura física dos Pólos	25
Tabela 11 – Representação de segmentos no Colegiado de Gestão.....	26
Tabela 12 – Frequência das reuniões do Colegiado de Gestão	26
Tabela 13 – Temas e atividades discutidas e aprovadas no Colegiado de Gestão.....	27
Tabela 14 – Segmentos participantes do Colegiado de Gestão	27
Tabela 15 – Sistemática de aprovação de diretrizes e atividades no Colegiado de Gestão.....	28
Tabela 16 – Existência de Conselho Gestor.....	28
Tabela 17 – Representação de segmentos no Conselho Gestor	28
Tabela 18 – Frequência das reuniões do Conselho Gestor.....	29
Tabela 19 – Temas e atividades discutidas e aprovadas no Conselho Gestor	29
Tabela 20 – Segmentos representados no Conselho Gestor	30
Tabela 21 – Existência de Secretaria Executiva.....	30
Tabela 22 – Origem da demanda de atividades educacionais do Pólo	31
Tabela 23 – Execução das atividades de capacitação	31
Tabela 24 – Sistema de informação dos Pólos	32
Tabela 25 – Repasse de recursos do Ministério da Saúde	33
Tabela 26 – Despesas/gastos mais frequentes dos Pólos	33
Tabela 27 – Impacto da atuação do Pólo nos serviços de Saúde	34
Tabela 28 – Avaliação quanto aos objetivos propostos.....	34
Tabela 29 – Comparação entre os modelos Pólos PSF e PEPS.....	35

FIGURAS

Figura 1 – Situação da pesquisa por UF	20
Figura 2 – Situação da pesquisa por região.....	21

INTRODUÇÃO

Por meio de uma enquête telefônica, foram coletadas informações executivas de 58 dos 99 Pólos existentes, o que corresponde a uma taxa de retorno de 58,5%. Algumas razões explicam essa taxa, considerada baixa para pesquisas telefônicas: cadastro desatualizado do Ministério da Saúde (MS), o que impossibilitou localizar o responsável pelo Pólo, e profissional indicado sem disponibilidade para responder à pesquisa.

A tabela abaixo ilustra a situação da pesquisa em cada unidade federativa (UF) do país.

Tabela 1
Situação da pesquisa

UF	Situação da Pesquisa					
	Pesquisa completa		Não respondeu		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
AC	1	100,0	0	0,0	1	100,0
AL	1	100,0	0	0,0	1	100,0
AM	1	100,0	0	0,0	1	100,0
AP	0	0,0	1	100,0	1	100,0
BA	5	71,4	2	28,6	7	100,0
CE	4	100,0	0	0,0	4	100,0
DF	1	100,0	0	0,0	1	100,0
ES	1	100,0	0	0,0	1	100,0
GO	6	85,7	1	14,3	7	100,0
MA	0	0,0	3	100,0	3	100,0
MG	12	92,3	1	7,7	13	100,0
MS	0	0,0	2	100,0	2	100,0
MT	1	100,0	0	0,0	1	100,0
PA	3	50,0	3	50,0	6	100,0
PB	0	0,0	1	100,0	1	100,0
PE	0	0,0	5	100,0	5	100,0
PI	0	0,0	1	100,0	1	100,0
PR	3	50,0	3	50,0	6	100,0
RJ	4	80,0	1	20,0	5	100,0
RN	1	100,0	0	0,0	1	100,0
RO	0	0,0	1	100,0	1	100,0
RR	0	0,0	1	100,0	1	100,0
RS	2	28,6	5	71,4	7	100,0
SC	4	33,3	8	66,7	12	100,0
SE	0	0,0	1	100,0	1	100,0
SP	7	87,5	1	12,5	8	100,0
TO	1	100,0	0	0,0	1	100,0
Total	58	58,6	41	41,4	99	100,0

1. RESULTADOS DESCRITIVOS

1.1. Localização, taxa de retorno e ano de criação dos PEPS

- Predominância de Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (PEPS) localizados na região Sudeste: dos 58 PEPS pesquisados, 24 estão localizados na região Sudeste, 11 no Nordeste, nove no Sul, oito no Centro-Oeste e seis no Norte;
- A maior taxa de retorno também está na região Sudeste (88,9%), seguida das regiões Centro-Oeste (72,7%), Norte (50%), Nordeste (45,8%) e Sul (36%);
- 55,2% dos PEPS pesquisados estão concentrados em quatro UFs: MG, SP, GO e BA;
- Nenhum PEP foi pesquisado em nove UFs, localizadas principalmente nas regiões Norte e Nordeste: AP, MA, MS, PB, PE, PI, RO, RR e SE;
- Praticamente todos os PEPS pesquisados foram criados em 2003 (67,2%) e 2004 (29,3%).

Seguem tabelas e figuras que ilustram os dados acima.

Figura 1
Situação da pesquisa por UF

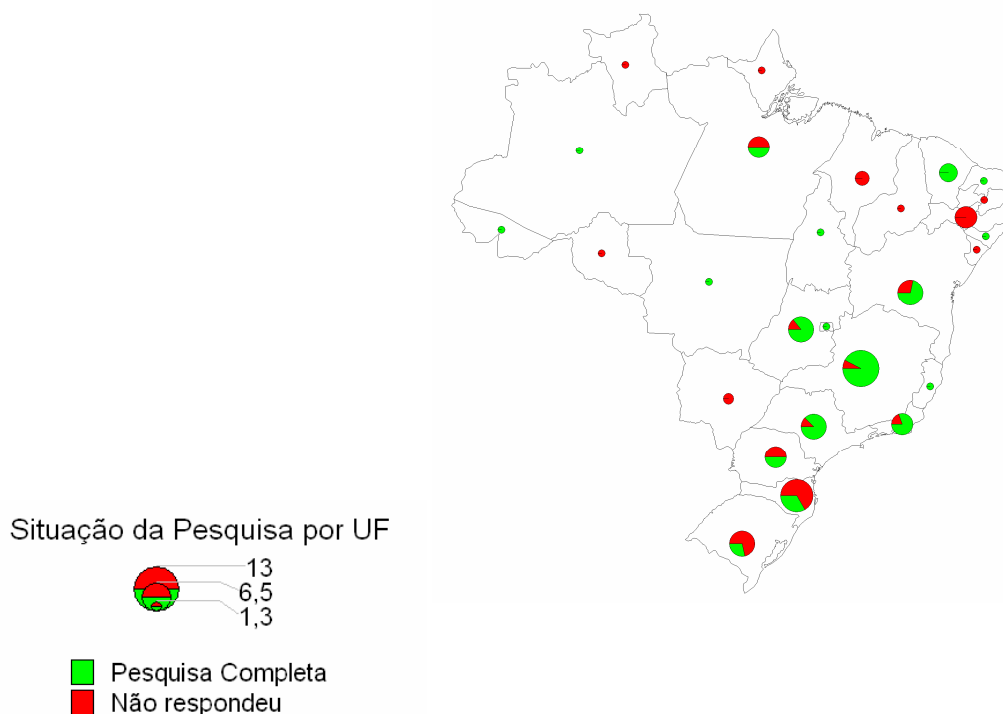


Figura 2
Situação da pesquisa por região

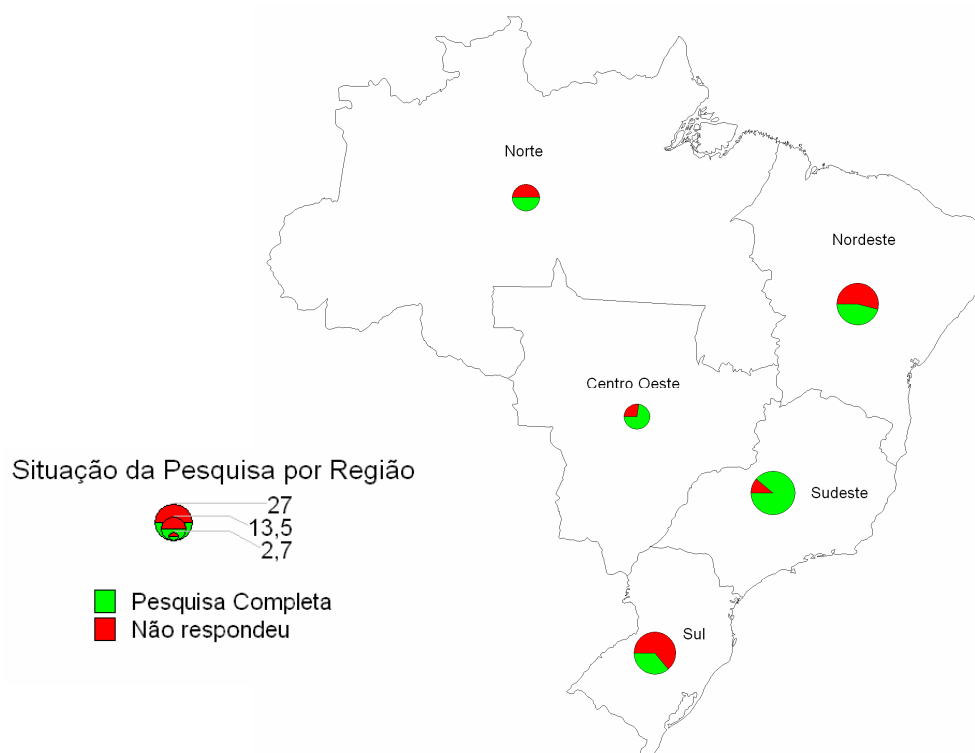


Tabela 2
Ano de criação dos Pólos

Ano de criação dos Pólos	Nº	%
2002	1	1,7
2003	39	67,2
2004	17	29,3
2005	1	1,7
Total	58	100,0

Tabela 3
Situação do projeto

Situação do Projeto	Nº	%
Aprovado pelo MS	54	93,1
Pendente	2	3,4
Não sabe	2	3,4
Total	58	100,0

1.2. Perfil dos entrevistados

- Não se declaram coordenadores do Pólo: 75,9% dos entrevistados exercem outra função – membro da Secretaria Executiva (37,9%); participante do Conselho Gestor (22,4%); participante do Colegiado de Gestão (8,6%); tutor do Pólo (5,2%); articulador (1,7%);
- Estão há pouco tempo no Pólo: 60,3% exercem a atual função há menos de dois anos;
- São provenientes do setor público estadual (56,9%), municipal (20,7%) e federal (15,5%);
- Atuação predominante nos serviços: 82,4% possuem vínculo permanente de trabalho com a Secretaria Estadual de Saúde (48,3%), Secretaria Municipal de Saúde (20,7%) ou Regional de Saúde (3,4%);
- Não possuem uma jornada de trabalho definida para exercer as funções no Pólo (56,9%);
- Formação concentrada em quatro profissões – enfermeiro (22,4%), médico (15,5%), assistente social (13,8%) e pedagogo (12,1%).

Tabela 4
Função/Cargo dos entrevistados

Função/Cargo do Entrevistado no Pólo	Nº	%
Presidente / Coordenador do Colegiado de Gestão	14	24,1
Participante do Colegiado de Gestão	5	8,6
Participante do Conselho Gestor	13	22,4
Membro da Secretaria Executiva	22	37,9
Tutor do Pólo	3	5,2
Articuladora	1	1,7
Total	58	100,0

Tabela 5
Tempo de exercício da função no Pólo

Há quanto tempo está exercendo esta função/cargo no Pólo	Nº	%
Mais de 6 meses a 1 ano	17	29,3
Mais de 1 ano a 2 anos	18	31,0
Mais de 2 anos a 3 anos	22	37,9
Mais de 3 anos a 4 anos	1	1,7
Total	58	100,0

Tabela 6

Tipo de instituição com a qual mantém vínculo

Tipo de instituição com a qual mantém vínculo	Nº	%
Secretaria Estadual de Saúde	28	48,3
Secretaria Municipal de Saúde	12	20,7
Universidade/Faculdade com curso na área de Saúde	12	20,7
Regional de Saúde	2	3,4
Ministério da Saúde	1	1,7
Escola de Saúde Pública do RS	1	1,7
Filantropico conveniado com a UnB	1	1,7
Sindicato	1	1,7
Total	58	100,0

Tabela 7

Natureza da instituição

Natureza da instituição	Nº	%
Pública estadual	33	56,9
Pública municipal	12	20,7
Pública federal	9	15,5
Privada	2	3,4
Filantropica/sem fins lucrativos	2	3,4
Total	58	100,0

Tabela 8

Tempo disponibilizado para exercício de funções no Pólo

Tempo disponibilizado para exercício de funções no Pólo	Nº	%
Até 10 horas semanais	5	8,6
Mais de 10 a 20 horas semanais	8	13,8
Mais de 20 a 30 horas semanais	4	6,9
Mais de 30 a 40 horas semanais	8	13,8
Não tem tempo oficializado	33	56,9
Total	58	100,0

Tabela 9
Profissão dos entrevistados

Profissão do entrevistado	Nº	%
Enfermeiro	13	22,4
Médico	9	15,5
Assistente Social	8	13,8
Pedagogo	7	12,1
Nutricionista	3	5,2
Administrador	2	3,4
Engenheiro	2	3,4
Psicólogo	2	3,4
Educador	1	1,7
Farmacêutico	1	1,7
Letras	1	1,7
Agente Administrativo	1	1,7
Comunicador	1	1,7
Ciências Naturais – Biólogo	1	1,7
Dentista	1	1,7
Psicopedagogo	1	1,7
Secretária	1	1,7
Técnico de Enfermagem	1	1,7
Técnico de Segurança do Trabalho	1	1,7
Terapeuta Ocupacional	1	1,7
Total	58	100,0

1.3. Estrutura física e organizacional

- Um reduzido percentual de Pólos possui disponibilidade de instalações e equipamentos: salas (41,4%), telefone (36,2%), computador com acesso à internet (31%), fax (17,2%), computador sem acesso à internet (3,4%);
- Segmentos mais representados no Colegiado de Gestão dos PEPS: gestor estadual de Saúde (84,5%), gestor municipal de Saúde (86,2%), IES (86,2%), Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) (70,7%), hospitais universitários e de ensino (62,1%), conselhos municipais de Saúde (72,4%), estudantes da área de Saúde (75,9%) e movimentos sociais (60,3%);
- Segmentos com baixa representação no Colegiado de Gestão dos PEPS: gestores estaduais de Educação (15,5%), gestores municipais de Educação (6,9%), outros centros formadores de RH em Saúde (8,6%), conselho estadual de Saúde (17,2%) e sindicato de trabalhadores (20,7%).
- As reuniões do Colegiado de Gestão são mensais (63,8%) e os principais temas discutidos e aprovados incluem cronograma de execução das atividades (86,2%), divulgação das atividades para o público-alvo (79,3%), conteúdo das atividades propostas (84,5%),

controle social em Saúde (72,4%), metodologia de ensino (69,0%), processo de seleção dos alunos (67,2%) e assuntos administrativos e financeiros (65,5%);

- Votação (39,6%) e consenso (36,2%) constituem as principais formas de aprovação das diretrizes e atividades no Colegiado de Gestão;
- Percentual expressivo de Pólos não conta com Conselho Gestor (37,9%);
- Os segmentos mais representados no Conselho Gestor são praticamente os mesmos que participam do Colegiado de Gestão, com destaque positivo para as Instituições de Ensino Superior (IES) (94,1%), os gestores estaduais de Saúde (91,2%) e os gestores municipais de Saúde (88,2%);
- Na maioria dos Pólos que possui Conselho Gestor (52,9%) as reuniões são mensais, entretanto, as reuniões não possuem uma periodicidade definida em 20,6% deles;
- Temas discutidos e aprovados nas reuniões do Conselho Gestor são semelhantes aos das reuniões do Colegiado de Gestão, destacando-se: cronograma de execução de atividades (94,1%), assuntos administrativos e financeiros (85,3%), divulgação das atividades para o público-alvo (82,4%), conteúdo das atividades propostas (76,5%) e controle social em Saúde (61,8%);
- A maioria dos PEPS possui uma Secretaria Executiva para apoiar as atividades (70,7%).

Tabela 10
Estrutura física dos Pólos

Estrutura física	Nº	%
Sala com Secretaria	24	41,4
Telefone	21	36,2
Fax	10	17,2
Computador sem internet	2	3,4
Computador com internet	18	31,0
Outros	6	10,3

Tabela 11

Representação de segmentos no Colegiado de Gestão

Segmentos representados no Colegiado de Gestão do Pólo	Nº	%	Nº médio de representantes	Soma do número de representantes
Secretaria Estadual de Saúde	49	84,5	3,2	170
Secretarias Municipais de Saúde	50	86,2	15,2	807
Secretaria Estadual de Educação	9	15,5	0,2	9
Secretarias Municipais de Educação	4	6,9	0,5	26
Universidades/Faculdades/Escolas de Saúde Pública	50	86,2	7,2	380
Escolas Técnicas do SUS (ETSUS)	41	70,7	2,1	115
Outros centros formadores de RH em Saúde	5	8,6	0,5	27
Hospitais universitários e de ensino	36	62,1	2,2	121
Conselho Estadual de Saúde	10	17,2	0,3	17
Conselhos Municipais de Saúde	42	72,4	3,6	195
Associações profissionais	26	44,8	2,0	109
Sindicatos de trabalhadores	12	20,7	0,6	33
Estudantes da área de Saúde	44	75,9	3,1	166
Movimentos sociais ligados à gestão das políticas de Saúde	35	60,3	2,2	117

Tabela 12

Frequência das reuniões do Colegiado de Gestão

Frequência das reuniões do Colegiado de Gestão	Nº	%
Mensal	37	63,8
Bimestral	4	6,9
Trimestral	4	6,9
Semestral	4	6,9
Irregular/sem periodicidade definida	5	8,6
Ainda não tem Colegiado de Gestão	1	1,7
Não respondeu	3	5,2
Total	58	100,0

Tabela 13
Temas e atividades discutidas e aprovadas no Colegiado de Gestão

Tipo de atividades e temas discutidos e aprovados nas reuniões do Colegiado de Gestão	Nº	%
Gerenciais/Administrativas		
Cronograma de execução das atividades	50	86,2
Divulgação das atividades para o público-alvo	46	79,3
Assuntos administrativos e financeiros	38	65,5
Educacionais		
Conteúdo das atividades propostas	49	84,5
Processo de seleção dos alunos	39	67,2
Metodologia de ensino	40	69,0
Desenvolvimento/fortalecimento institucional	25	43,1
Controle social em Saúde	42	72,4
Políticas		
Políticas	48	82,8
Outras	11	19,0

Tabela 14
Segmentos participantes do Colegiado de Gestão

Participantes das reuniões do Colegiado de Gestão	Nº	%
Secretaria Estadual de Saúde	47	81,0
Secretarias Municipais de Saúde	46	79,3
Secretaria Estadual de Educação	8	13,8
Secretarias Municipais de Educação	5	8,6
Universidades/Faculdades/Escolas Saúde Pública	48	82,8
Escolas Técnicas do SUS (ETSUS)	39	67,2
Outros centros formadores de RH em Saúde	5	8,6
Hospitais universitários e de ensino	34	58,6
Conselho Estadual de Saúde	10	17,2
Conselhos Municipais de Saúde	38	65,5
Associações profissionais	26	44,8
Sindicatos de trabalhadores	13	22,4
Estudantes da área de Saúde	40	69,0
Movimentos sociais ligados à gestão das políticas de Saúde	30	51,7

Tabela 15

Sistemática de aprovação de diretrizes e atividades no Colegiado de Gestão

Principal sistemática de aprovação das diretrizes e atividades no Colegiado de Gestão	Nº	%
Votação	22	37,9
Consenso	21	36,2
Consenso e votação	5	8,6
A aprovação se dá nas reuniões do Conselho Gestor	1	1,7
Não respondeu	9	15,5
Total	58	100,0

Tabela 16

Existência de Conselho Gestor

Existência de Conselho Gestor no Pólo	Nº	%
Sim	33	56,9
Não	22	37,9
O colegiado é denominado Conselho Gestor	1	1,7
Não respondeu	2	3,4
Total	58	100,0

Tabela 17

Representação de segmentos no Conselho Gestor

Segmentos representados no Conselho Gestor do Pólo	N=34(*)	%	Nº médio de representantes	Soma do número de representantes
Secretaria Estadual de Saúde	31	91,2	2,2	74
Secretarias Municipais de Saúde	30	88,2	5,3	180
Secretaria Estadual de Educação	2	5,9	0,1	2
Secretarias Municipais de Educação	2	5,9	0,1	3
Universidades/Faculdades/Escolas de Saúde Pública	32	94,1	2,9	97
Escolas Técnicas do SUS (ETSUS)	21	61,8	1,3	43
Outros centros formadores de RH em Saúde	4	11,8	0,2	8
Hospitais universitários e de ensino	14	41,2	0,7	25
Conselho Estadual de Saúde	0	0,0	0,0	0
Conselhos Municipais de Saúde	23	67,6	2,4	83
Associações profissionais	14	41,2	0,9	30
Sindicatos de trabalhadores	7	20,6	0,5	16
Estudantes da área de Saúde	18	52,9	1,5	48
Movimentos sociais ligados à gestão das políticas de Saúde	13	38,2	1,0	32

(*) Universo de PEPS que dispõem de Conselho Gestor

Tabela 18
Frequência das reuniões do Conselho Gestor

Frequência das reuniões do Conselho Gestor	N=34(*)	%
Quinzenal	3	8,8
Mensal	18	52,9
Bimestral	2	5,9
Trimestral	1	2,9
Semestral	1	2,9
Irregular/sem periodicidade definida	7	20,6
Não respondeu	2	5,9
Total	34	100,0

(*) Universo de PEPS que dispõem de Conselho Gestor

Tabela 19
Temas e atividades discutidas e aprovadas no Conselho Gestor

Tipo de atividades e temas discutidos e aprovados nas reuniões do Conselho Gestor	N=34(*)	%
Gerenciais/Administrativas		
Cronograma de execução das atividades	32	94,1
Divulgação das atividades para o público-alvo	28	82,4
Assuntos administrativos e financeiros	29	85,3
Educacionais		
Conteúdo das atividades propostas	26	76,5
Processo de seleção dos alunos	20	58,8
Metodologia de ensino	20	58,8
Desenvolvimento/fortalecimento institucional	12	35,3
Controle social em Saúde	21	61,8
Políticas		
Políticas	25	73,5
Outras	9	26,5

(*) Universo de PEPS que dispõem de Conselho Gestor

Tabela 20
Segmentos representados no Conselho Gestor

Participantes das reuniões do Conselho Gestor	N=34(*)	%
Secretaria Estadual de Saúde	29	85,3
Secretarias Municipais de Saúde	28	82,4
Secretaria Estadual de Educação	2	5,9
Secretarias Municipais de Educação	2	5,9
Universidades/Faculdades/Escolas de Saúde Pública	30	88,2
Escolas Técnicas do SUS (ETSUS)	20	58,8
Outros centros formadores de RH em Saúde	3	8,8
Hospitais universitários e de ensino	13	38,2
Conselho Estadual de Saúde	0	0,0
Conselhos Municipais de Saúde	22	64,7
Associações profissionais	14	41,2
Sindicatos de trabalhadores	7	20,6
Estudantes da área de Saúde	18	52,9
Movimentos sociais ligados à gestão das políticas de Saúde	13	38,2

(*) Universo de PEPS que dispõem de Conselho Gestor

Tabela 21
Existência de Secretaria Executiva

Existência de Secretaria Executiva no Pólo	Nº	%
Sim	41	70,7
Não	17	29,3
Total	58	100,0

1.4. Atividades e beneficiários

- As Secretarias Municipais de Saúde são os principais demandantes das atividades educacionais dos Pólos (62,8%), seguidas pelas IES (32,8%), pelas Secretarias Estaduais de Saúde (27,6%), pelas ETSUS (15,5%) e pelos hospitais universitários (13,8%);
- Universidades, Faculdades e Escolas de Saúde Pública constituem as principais instituições executoras das atividades de capacitação dos Pólos (69,0%). Os serviços também realizam as atividades dos Pólos, mas em menor dimensão: Secretarias Municipais de Saúde (19%) e Secretaria Estadual de Saúde (17,2%);
- As atividades oferecidas pelos Pólos contemplaram cursos, oficinas e seminários focados em cinco áreas principais: Educação Permanente e Estruturação dos Pólos (28 atividades), Atenção Básica e Programa Saúde da Família (PSF) (22 atividades), Gestão (13 atividades), Curso de Facilitadores (13 atividades) e Controle Social (5 atividades);
- Os profissionais da rede de Serviços são os maiores beneficiários das ações dos Pólos (55,2%), seguidos pelo Ensino (29,3%) e pela Gestão (12,1%);

Tabela 22

Origem da demanda de atividades educacionais do Pólo

Como se originam as atividades propostas pelo Pólo?	Nº	%
Demanda dos Serviços de Saúde		
Secretaria Estadual de Saúde	16	27,6
Secretarias Municipais de Saúde	36	62,1
Demanda das Instituições de Ensino		
Secretaria Estadual de Educação	5	8,6
Secretarias Municipais de Educação	4	6,9
Universidades / Faculdades / Escolas de Saúde Pública	19	32,8
Escolas Técnicas do SUS (ETSUS)	9	15,5
Outros centros formadores de RH em saúde	4	6,9
Hospitais universitários e de ensino	8	13,8
Levantamento (diagnóstico) de necessidades do público-alvo	3	5,2
Diretrizes do Gestor Federal (MS)	3	5,2
Demanda do Conselho Estadual de Saúde	3	5,2
Demanda dos Conselhos Municipais de Saúde	5	8,6
Demanda das Associações profissionais	3	5,2
Demanda dos Sindicatos de trabalhadores	2	3,4
Demanda dos Estudantes da área de Saúde	5	8,6
Demanda dos Movimentos sociais ligados à gestão das políticas de Saúde	4	6,9
Outras	27	46,6

Tabela 23

Execução das atividades de capacitação

Instituições que executam as atividades de capacitação do Pólo	Nº	%
Secretaria Estadual de Saúde	10	17,2
Secretarias Municipais de Saúde	11	19,0
Secretaria Estadual de Educação	2	3,4
Secretarias Municipais de Educação	3	5,2
Universidades/Faculdades/Escolas de Saúde Pública	40	69,0
Escolas Técnicas do SUS (ETSUS)	5	8,6
Outros centros formadores de RH em Saúde	0	0,0
Hospitais universitários e de ensino	3	5,2
Conselho Estadual de Saúde	1	1,7
Conselhos Municipais de Saúde	0	0,0
Associações profissionais	1	1,7
Sindicatos de trabalhadores	0	0,0
Estudantes da área de Saúde	0	0,0
Movimentos sociais ligados à gestão das políticas de Saúde	0	0,0
Outros	5	8,6

1.5. Monitoramento e avaliação

- Nenhum Pólo pesquisado possui registros e controles informatizados das ações ou atividades executadas;
- Percentual elevado dos entrevistados não respondeu se existe algum tipo de registro ou controle para ações relativas à divulgação (94,8%), orçamento anual (72,4%), atividades oferecidas (44,8%) e resultados das atividades (36,2%);
- Os registros e controles das atividades oferecidas e dos resultados dessas atividades são manuais em 46,6% e 39,7% dos Pólos, respectivamente;
- Mais de 80% informaram que a questão não se aplica para os seguintes itens: patrimônio (87,9%), acervo bibliográfico (81%) e página na internet (81%);

Tabela 24
Sistema de informação dos Pólos

Forma de controle e registro	Sistema de Informação									
	Não realiza o registro/controle		Registro/controle Informatizado		Registro/controle Manual		Não se aplica		Não respondeu	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Atividades oferecidas pelo Pólo	3	5,2	0	0	27	46,6	2	3,4	26	44,8
Resultados das atividades oferecidas	8	13,8	0	0	23	39,7	6	10,3	21	36,2
Acervo bibliográfico	6	10,3	0	0	1	1,7	47	81,0	4	6,9
Patrimônio	2	3,4	0	0	1	1,7	51	87,9	4	6,9
Divulgação da programação	0	0,0	0	0	3	5,2	0	0,0	55	94,8
Página web / site / portal	1	1,7	0	0	2	3,4	47	81,0	8	13,8
Orçamento anual	8	13,8	0	0	4	6,9	4	6,9	42	72,4
Execução orçamentária	11	19,0	0	0	4	6,9	32	55,2	11	19,0

1.6. Financiamento e gasto

- Recursos financeiros do Ministério da Saúde não foram repassados para 48,3% dos PEPS para execução das atividades propostas;
- Material didático (84,5%), equipamentos (67,2%), cursos (62,1%) e hora-aula (37,9%) constituem os itens de despesa/gasto mais freqüentes dos Pólos.

Tabela 25

Repasse de recursos do Ministério da Saúde

Repasse de recursos financeiros do Ministério aos Pólos	Nº	%
Sim, em sua totalidade	30	51,7
Não	28	48,3
Não sabe	0	0,0
Total	58	100,0

Tabela 26

Despesas/gastos mais freqüentes dos Pólos

As despesas/gastos são feitas mais freqüentemente com:	Nº	%
Hora aula	22	37,9
Estágio	1	1,7
Cursos	36	62,1
Residências	1	1,7
Material didático	49	84,5
Equipamentos	39	67,2
Publicações	7	12,1
Outros	51	87,9

1.7. Apoios recebidos de outras instituições

- Recursos materiais representam o principal tipo de apoio recebido pelos Pólos;
- As instituições que mais oferecem apoio material aos Pólos são as Instituições de Ensino Superior (34,5%), as Secretarias Municipais de Saúde (19%), as Secretarias Estaduais de Saúde (17,2%) e os Hospitais Universitários e de Ensino (10,3%);
- Praticamente nenhuma outra instituição pública ou privada além do MS oferece apoio financeiro aos Pólos;
- As Secretarias Estaduais de Saúde também apóiam alguns Pólos por meio de cessão de Recursos Humanos (5,2%).

1.8. Impactos e cumprimento dos objetivos

- A atuação dos Pólos conseguiu melhorar os serviços de saúde de sua área de abrangência para 34,5% dos entrevistados. Entretanto, 24,1% destacaram que os serviços não melhoraram nem pioraram em virtude das atividades do Pólo. Destaca-se ainda que 41,1% dos entrevistados afirmaram que até o momento não é possível avaliar o impacto da atuação do Pólo nos serviços de saúde;

- Para a grande maioria dos PEPS pesquisados (82,8%) falta muito para alcançar os objetivos propostos nos projetos de criação dos Pólos.

Tabela 27

Impacto da atuação do Pólo nos serviços de Saúde

Avaliação do impacto da atuação do Pólo nos serviços de Saúde	Nº	%
Melhoraram	20	34,5
Não melhoraram nem pioraram	14	24,1
Ainda não pode ser avaliado	24	41,4
Total	58	100,0

Tabela 28

Avaliação quanto aos objetivos propostos

Comparação entre a atuação do Pólo com os níveis de atuação esperados/objetivados	Nº	%
Falta muito para alcançar os objetivos	48	82,8
Falta pouco para alcançar os objetivos	7	12,1
Não falta nada. Os objetivos já estão alcançados	1	1,7
Não sabe	2	3,4
Total	58	100,0

1.9. Comparação modelo anterior X modelo atual

- Cerca de metade dos entrevistados não respondeu à questão sobre o modelo atual *versus* o modelo anterior, seja porque não havia Pólo do PSF implantado ou não souberam fazer essa avaliação;
- Entre os que responderam, destaca-se a superioridade do modelo atual dos Pólos nos seguintes aspectos: conhecimento das necessidades do serviço (51,7%), abrangência do público-alvo beneficiado (50%), diversificação dos conteúdos da capacitação (48,3%), integração com instituições dos serviços (44,8%) e do ensino (43,1%), controle social (41,4%) e participação da comunidade (19,7%), integração com as UBS (36,2%), estrutura e organização (32,8%) e aplicabilidade/utilidade da capacitação (31%);
- Para alguns entrevistados, não houve mudança entre os dois modelos (ficou igual); estrutura e organização (17,2%), integração com as UBS (15,5%), participação da comunidade (12,1%) e aplicabilidade/utilidade da capacitação (10,3%), integração com as instituições dos serviços e do ensino (6,9%), diversificação dos conteúdos da capacitação (5,2%) e abrangência do público-alvo (3,4%);

- O modelo atual dos Pólos é pior que o anterior, para um percentual bastante reduzido de entrevistados, em cinco aspectos: aplicabilidade e utilidade da capacitação (6,9%), estrutura e organização (3,4%), integração com as instituições de ensino (1,7%), integração com os Centros de Saúde (UBS) (1,7%) e conhecimento das necessidades do serviço (1,7%).

Tabela 29
Comparação entre os modelos Pólos PSF e PEPS

Comparação entre o modelo atual de Pólo de Educação Permanente com o modelo anterior (Pólo de Saúde da Família) e opinião a respeito dos seguintes aspectos										
	Melhorou		Ficou Igual		Piorou		Não tinha Pólo		Não sabe	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Estrutura e Organização	19	32,8	10	17,2	2	3,4	17	29,3	10	17,2
Abrangência do Público-Alvo Beneficiado	29	50,0	2	3,4	0	0,0	17	29,3	10	17,2
Diversificação dos Conteúdos da Capacitação	28	48,3	3	5,2	0	0,0	17	29,3	10	17,2
Integração com Instituições dos Serviços	26	44,8	4	6,9	0	0,0	17	29,3	11	19,0
Integração com Instituições do Ensino	25	43,1	4	6,9	1	1,7	17	29,3	11	19,0
Participação da Comunidade	23	39,7	7	12,1	0	0,0	18	31,0	10	17,2
Controle Social	24	41,4	5	8,6	0	0,0	18	31,0	11	19,0
Aplicabilidade e Utilidade da Capacitação	18	31,0	6	10,3	4	6,9	19	32,8	11	19,0
Integração com os Centros de Saúde (UBS)	21	36,2	9	15,5	1	1,7	17	29,3	10	17,2
Conhecimento das necessidades do Serviço	30	51,7	1	1,7	1	1,7	17	29,3	9	15,5

2. Relatório dos Pólos Avaliados em Estudo Anterior

Nota: Este relatório corresponde ao Módulo III do Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	39
1. Gênese dos Pólos e Transição para o Modelo Atual	40
2. Composição e Estrutura Organizacional.....	50
3. Lógica de Operação e Processo Decisório	53
4. Atividades e Beneficiários	55
5. Monitoramento e Avaliação	64
6. Financiamento e Critérios.....	66
7. Papéis e Relação Ensino x Serviço	72
8. Impactos	74
9. Educação Permanente: compreensão e exercício	77
10. Modelo Anterior e Modelo Atual	83
BIBLIOGRAFIA	87

TABELAS

Tabela 1 – Instâncias de Organização nos Pólos de Educação Permanente em Saúde avaliados.....	50
Tabela 2 – Projetos encaminhados ao Ministério da Saúde e supostos beneficiários por PEPS	56
Tabela 3 – Atividades, beneficiados, custo, tipo de atividade e situação dos projetos encaminhados, por PEPS	57
Tabela 4 – Atividades realizadas pelos PEPS, segundo tipo	58

Tabela 5 – PEPS pesquisados segundo total de projetos apresentados, trabalhadores beneficiados e projetos contratados	59
Tabela 6 – Projetos encaminhados, supostos beneficiários e recursos por PEPS.....	61
Tabela 7 – Projetos encaminhados ao Ministério da Saúde e realizados pelos PEPS.	62
Tabela 8 – Recurso alocado e recurso comprometido por UF	68
Tabela 9 – Trabalhadores beneficiados, projetos apresentados e contratados por PEPS.....	69
Tabela 10 – Recursos do MS Declarados pelos PEPS	70
Tabela 11 – Total de RH em saúde por nível de escolaridade e total por 1.000 habitantes, segundo a UF	71
Tabela 12 – Sede da Coordenação e participação de instituições privadas.....	72
Tabela 13 – Grade submetida aos entrevistados	81
Tabela 14 – Resultados das Respostas sobre EP x EC.....	82

QUADROS

Quadro 1 – Pólos de Educação Permanente em Saúde Incluídos na Avaliação	39
Quadro 2 – Pólos do PSF	84
Quadro 3 – Pólos de Educação Permanente do SUS.....	85

GRÁFICOS

Gráfico 1 – Instâncias existentes nos PEPS (N=9)	51
Gráfico 2 – Segmentos Representados no Colegiado de Gestão dos Pólos de Educação Permanente em Saúde.....	52
Gráfico 3 – Total de recursos alocados, demandados e contratados. Brasil – nov 2005.....	66
Gráfico 4 – Recursos alocados e demandados por UF.....	67

INTRODUÇÃO

O módulo III do Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde pesquisou nove Pólos que haviam sido avaliados em estudo anterior, no modelo de Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família (Pólos-PSF). Estes Pólos configuram-se hoje como Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS). O quadro abaixo indica os PEPS que foram avaliados neste módulo da pesquisa.

Quadro 1
Pólos de Educação Permanente em Saúde Incluídos na Avaliação

Pólo Visitado	Município sede	UF
Pólo de Educação Permanente em Saúde da Região Macro Centro de Minas Gerais	Belo Horizonte	MG
Pólo de Educação Permanente em Saúde: Brasília	Brasília	DF
Pólo de Educação Permanente em Saúde: Cuiabá	Cuiabá	MT
Pólo de Educação Permanente em Saúde da Regional Metropolitana: Curitiba	Curitiba	PR
Pólo Locorregional Litoral de Educação Permanente em Saúde do Estado de Santa Catarina	Florianópolis	SC
Pólo de Educação Permanente em Saúde: Fortaleza	Fortaleza	CE
Pólo de Educação Permanente em Saúde da Região do Sudeste Mineiro	Juiz de Fora	MG
Pólo de Educação Permanente em Saúde: Maceió	Maceió	AL
Pólo de Educação Permanente em Saúde Macrorregião Nordeste da Bahia	Salvador	BA

Fonte: Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP (2006).

1. GÊNESE DOS PÓLOS E TRANSIÇÃO PARA O NOVO MODELO

1.1. Antecedentes

A preocupação com a educação permanente de pessoal para a Saúde ultrapassa as fronteiras das instituições de ensino superior e, enquanto política pública claramente assumida pelo Ministério da Saúde (MS), tem ocupado a agenda governamental desde a última década do século passado. Como parte de um conjunto de iniciativas destinadas a fortalecer a estratégia de Saúde da Família e a Atenção Básica no âmbito do SUS, em dezembro de 1996 foi publicado o primeiro edital de convocação dos estados para a apresentação de projetos de desenvolvimento de recursos humanos.

O processo decisório que concretizou o projeto iniciado pelo MS, por meio do Departamento da Atenção Básica da Secretaria de Políticas e Avaliação de Saúde, contou com a articulação de secretarias estaduais e municipais de Saúde e com instituições de ensino superior e médio nos âmbitos estadual e local da federação. Os conselhos e comissões corresponsáveis pelo controle social foram mobilizados para análise e aprovação das propostas, que deveriam cumprir pré-requisitos indicativos de integração institucional; experiência acumulada na área; capacidade de inovação e de aprimoramento da capacidade resolutiva.

A exigência de integração institucional dos órgãos de ensino e serviço deu ênfase a um processo de articulação, conduzido pelas instituições proponentes, com conseqüente inclusão das secretarias estaduais e municipais de Saúde e aprovação do projeto na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

A dimensão referente à experiência e capacidade de inovação enfatizou o conhecimento em educação permanente, uso de metodologia educacional adequada à formação de equipes multiprofissionais, detalhes sobre o perfil dos egressos e metas de impacto nos programas de graduação e pós-graduação (residência, internato e estágios curriculares). Coube à abordagem metodológica contemplar o treinamento em serviço, induzindo assim a integração entre docência e pesquisa.

Finalmente, do ponto de vista do aprimoramento da capacidade resolutiva e da introdução de inovações, os projetos apresentados deveriam contemplar mecanismos de integração com a administração local, assim como parcerias com instituições afins. O estabelecimento de controle social e avaliação são indicadores de uma gestão inovadora. Para reduzir os exames complementares desnecessários, a referência aos especialistas e a quantidade de internações, os projetos deveriam explicitar os níveis de aplicação que poderiam ter para o segmento de Serviço.

O primeiro processo seletivo das propostas apresentadas em resposta ao Edital/96 contou com um conjunto de 21 projetos dentre os quais foram credenciados onze Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família, seis projetos de capacitação e quatro projetos de cursos. Assim, teve início, em novembro de 1997, a implantação dos primeiros onze Pólos-PSF. Com a publicação de um novo edital, em 1998, mais dez Pólos-PSF foram implantados, selecionados dentre um conjunto de 32 propostas. No ano seguinte, nova iniciativa de ampliação contemplou os estados do Norte e Nordeste, escolhidos em virtude da especificidade sócio-geográfica dessas regiões. Até o final de 2000, estavam implantados e em funcionamento 30 Pólos-PSF³.

Os Pólos-PSF foram concebidos como

“(...) instâncias de articulação interinstitucional e intersetorial envolvendo instituições de ensino superior, gestores e secretarias estaduais e municipais de saúde, objetivando a formação e a educação permanente de Recursos Humanos para a implementação da estratégia de Saúde da Família”.(VILASBÔAS. GIL e CERVEIRA, 2005)

As instituições deveriam

“(...) planejar ações conjuntas de acordo com necessidades locais/regionais dos serviços, levando em conta a expansão das equipes, as necessidades de saúde da população, dos gestores e dos profissionais de saúde (...) de modo a fortalecer a educação permanente das equipes e os conteúdos da atenção básica, promovendo inovações do ensino de graduação e pós-graduação lato sensu.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002)

As atividades dos Pólos-PSF contemplaram cursos introdutórios para as equipes de PSF, assim como cursos de atualização e aperfeiçoamento em áreas temáticas planejadas segundo as necessidades locais/regionais, abrangendo conteúdos relacionados com atenção integral em diferentes etapas do ciclo de vida (Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância/AIDPI, saúde materno-infantil, saúde da mulher) capacitação de Agentes Comunitários de Saúde; Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); capacitações em áreas temáticas prioritárias; capacitação de instrutores/facilitadores e gestores para os cursos em Saúde da Família.

³ Do total de 30 Pólos-PSF implantados, dois estavam sediados no Estado de Minas Gerais e três em São Paulo. Além disso, os estados de Santa Catarina, Rio de Janeiro, Paraná e São Paulo funcionaram como núcleos descentralizados, ocorrendo pactuação conjunta das atividades com o Pólo Estadual e operacionalização descentralizada em cada região.

Os Pólos-PSF foram financiados com recursos provenientes do Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS) mediante apresentação de um plano de trabalho pactuado e aprovado pelas instâncias estaduais⁴ perfazendo um total de R\$ 22.873.615,85, assim distribuídos: biênio 1997-1998 – R\$ 5.426.814,61; biênio 1999-2000 – R\$ 6.672.000,00; e biênio 2001-2002 – R\$ 10.738.801,85.

1.2. Introdução da Mudança: Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS

Em fevereiro de 2004, o Ministério da Saúde por meio de Portaria 198/04 instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, sinalizando um ponto de inflexão na concepção, organização e forma de atuação dos Pólos-PSF. A referida Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 4 de setembro de 2003 e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite 14 dias depois.

A mudança introduzida pela Portaria 198/04 baseou-se em uma leitura crítica que atribuiu às iniciativas anteriores⁵ uma lógica de operação desarticulada e fragmentada com orientações conceituais muito heterogêneas, além de limitada capacidade de produzir impacto sobre as instituições formadoras e de promover mudanças nas práticas dominantes no sistema de saúde.

Nesse contexto, a instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde traduz a decisão de integrar, no âmbito do SUS, todas as iniciativas existentes, sendo a própria política o eixo transformador do sistema no que diz respeito à articulação entre Educação e Saúde. Aos colegiados de gestão – instâncias interinstitucionais e locais regionais configuradas como Pólos de Educação Permanente para o SUS (PEPS) – compete a condução da referida política.

O papel dos PEPS é, portanto, primordial e amplo, cabendo a eles, por um lado,

⁴ Os projetos apresentados ao Ministério da Saúde, em resposta aos editais de 1996, 1998 e 1999, foram selecionados com os seguintes critérios: existência de integração entre ensino, serviço e instâncias de representação; aprovação do projeto na Comissão Intergestores Bipartite (CIB); participação das Secretarias de Estado de Saúde (SES) e/ou de Secretarias Municipais de Saúde (SMS); participação de universidades públicas ou comunitárias e/ou instituições de educação superior com curso de medicina e enfermagem; perfil institucional voltado para a educação; detalhamento do perfil de egressos e metas de impacto.

⁵ As iniciativas consideradas *fragmentadas e baseadas em orientações conceituais heterogêneas* incluem: os Pólos, o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE); o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS); o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED); Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde (GERUS); Qualificação de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde (Aperfeiçoamento de Gestores); Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (Aperfeiçoamento de Gestores); Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (Especialização de Equipes Gestoras); Cursos de Formação de Conselheiros de Saúde e do Ministério Público para o Controle Social.

identificar as necessidades de formação dos trabalhadores de saúde e, por outro, desenvolver estratégias e processos capazes de aprimorar a atenção e a gestão em Saúde e fortalecer as instâncias de controle social. Cabe ainda aos PEPS desenvolver atividades de articulação para estimular a transformação das práticas e de educação para a Saúde no universo do SUS envolvendo as instituições de ensino e serviço. Finalmente, os PEPS devem formular políticas de formação e desenvolvimento de formadores e formuladores de políticas, fortalecendo a capacidade docente e a eficácia gerencial do sistema em todas as bases locais e regionais.

Enquanto colegiados de gestão, os PEPS agregam os gestores estaduais e municipais de Saúde e de Educação; instituições de ensino com cursos na área da Saúde; escolas técnicas, escolas de Saúde Pública e demais centros formadores das secretarias estaduais ou municipais de Saúde; núcleos de Saúde Coletiva; hospitais de ensino e serviços de Saúde; estudantes da área de Saúde; trabalhadores de Saúde; conselhos municipais e estaduais de Saúde; e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de Saúde. Outras inclusões no processo decisório do colegiado de gestão deverão ser aprovadas pelo próprio colegiado de gestão.

Nos termos do artigo 4º. da Portaria 198/04 do Ministério da Saúde, nos Estados com vários Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, cabe à Secretaria Estadual de Saúde (SES) a iniciativa de reuni-los periodicamente para estimular a cooperação e a conjugação de esforços, a não-fragmentação das propostas e a compatibilização das iniciativas com a política estadual e nacional de Saúde, atendendo aos interesses e necessidade do fortalecimento do SUS e da Reforma Sanitária Brasileira e sempre respeitando as necessidades locais.

A fonte do financiamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para o SUS, e em decorrência, dos PEPS, é o orçamento do Ministério da Saúde. A primeira alocação de recursos e o efetivo repasse foram normatizados por instrumento pactuado pela Comissão Intergestores Tripartite.

Da mesma forma, os projetos apresentados pelos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS obedecem a orientação e diretrizes do MS aprovadas no Conselho Nacional de Saúde e pactuados na Comissão Intergestores Tripartite.

1.3. Processo de Substituição dos Pólos-PSF pelos PEPS

Os nove Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) visitados viabilizaram sua criação apresentando projetos de educação permanente, em resposta às iniciativas

consubstanciadas na Portaria 198/04. Entretanto, sua constituição apresenta quatro padrões de procedimentos.

- *Processo de participação beneficiado pela experiência do Pólo-PSF.* O primeiro agrega os PEPS que criaram condições para uma gênese elaborada e discutida em um processo que mobilizou as respectivas Secretarias Estaduais e os profissionais de Saúde do Estado ou localidade beneficiada. Este processo, em alguns casos, traduziu ações pró-ativas, discussões e propostas de organização dos PEPS característicos de uma atuação participativa e parcerizada entre estados e governo central, com incorporação da experiência e da prática dos debatedores. (Salvador)
- *Processo de transição com efeito antecipado e coexistência de modelos resultantes de articulação e negociação.* O segundo agrega os PEPS que emergiram de um processo no qual a impossibilidade de consenso, beneficiada pelo efeito antecipado resultante de informações privilegiadas circulantes em um clima pré-Pólo, superou os esforços para estabelecimento de um processo de reflexão sobre a experiência acumulada e as necessidades locais. Nestes casos, a impossibilidade de consenso durante o processo de implementação ocasionou um modelo de co-habitação do novo com seu antecedente, resultante de negociação *a posteriori*. (Juiz de Fora e Belo Horizonte)
- *Interveniência das estruturas estaduais para a necessária descentralização.* O terceiro agrega os PEPS criados pelas estruturas das instâncias estaduais com base em diagnósticos indicativos da necessidade de uma descentralização responsável, entendida como a atribuição de um quantitativo realista de municípios à jurisdição de um determinado PEPS. (Curitiba)
- *Implantação descendente.* Estão incluídos nesse quarto conjunto os PEPS criados por decisão do MS e que, embora tenham cumprido etapas para constituição do Colegiado, Conselhos e Secretaria Executiva, têm seu caráter participativo percebido de maneira divergente por diferentes entrevistados. As experiências contempladas têm em comum “a visão do novo rompendo com seus antecedentes”, tanto no sentido positivo, quanto no sentido negativo. (Brasília, Cuiabá, Florianópolis, Fortaleza, Maceió)

Em qualquer dos quatro padrões identificados, e em decorrência da mobilização dos profissionais de Saúde, os esforços de participação ocasionaram algum tipo de interação entre as esferas estaduais e a esfera central durante a implementação dos PEPS.

Na Bahia a criação dos Pólos de Educação Permanente para o SUS (PEPS) foi tema de seminário realizado em 2 e 3 de outubro de 2003 no qual emergiu, com a contribuição de representantes da Secretaria de Estado da Saúde da Bahia (SESAB), de municípios em gestão

plena, de instituições de ensino superior e técnico, a proposta de uma organização dos diversos PEPS em uma *Rede Estadual de Pólos*.

Silva Pinto e Barboza Filho (2005) confirmam os resultados encontrados quanto à constituição dos PEPS na Bahia, quando dizem que

“a experiência acumulada pelo Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família do Estado da Bahia foi a base da concepção organizacional e pedagógica a partir da qual se constituiu uma Rede de Pólos de Educação Permanente. A elaboração do projeto de conformação da Rede de Pólos demandou um esforço amplo de articulação e entendimento entre todas as instituições e entidades envolvidas.”

A gênese dos PEPS baianos é emblemática em decorrência de um processo refletido e discutido para sua organização. De outubro a novembro de 2003, um grupo de trabalho elaborou o primeiro projeto que, apreciado pelas instituições participantes, foi aprovado e pactuado pela Comissão Intergestores Bipartite e pelo Conselho Estadual de Saúde em janeiro de 2004.

Criou-se, assim, a Rede dos Pólos de Educação Permanente em Saúde da Bahia, conformada por espaços regionais correspondentes às macrorregiões do Plano Diretor Regional (PDR), que conta com oito PEPS e uma Coordenação da Rede. A sede da Coordenação da Rede Estadual de PEPS é a SESAB, em Salvador, por meio da Escola Estadual de Saúde Pública. Também em Salvador localiza-se, na SMS, o PEPS da macrorregião Nordeste. Os sete PEPS restantes localizam-se, geograficamente, nas seguintes macrorregiões: Centro-Leste – Feira de Santana; Oeste – Barreiras; Norte – Juazeiro; Sudoeste – Vitória da Conquista; Sul I – Ilhéus; Sul II – Jequié; Extremo Sul – Eunápolis.

Em Minas Gerais, segundo alguns dos entrevistados deste estudo, a divisão de recursos financeiros por população estadual gerou uma “corrida aos Pólos” (ainda inexistentes) por parte dos municípios que detinham informação privilegiada. Essa organização autônoma e inicialmente precipitada despertou a Secretaria de Estado da Saúde para a necessidade de estabelecer diretrizes organizacionais, levando à criação do Fórum de Educação Permanente (www.saude.mg.gov.br) com 13 Pólos regionais sob sua coordenação.

A distribuição geográfica dos PEPS está, assim, descentralizada em 13 Pólos macrorregionais correspondentes à regionalização do plano diretor de regionalização do Estado, assim situados: *Macrocentro* – com sede em Belo Horizonte, Itabira e Sete Lagoas, abrangendo 103 municípios; *Centro Sul* – com sede em Barbacena, Conselheiro Lafaiete e São João Del Rei, abrangendo 51 municípios; *Leste do Norte* – com sede em Coronel Fabriciano e

Governador Valadares; *Leste do Sul* – com sede em Manhumirim, Ponte Nova e Viçosa, abrangendo 52 municípios; *Norte* – com sede em Montes Claros, Januária e Pirapora, abrangendo 86 municípios; *Noroeste* – com sede em Patos de Minas e Unaí, abrangendo 32 municípios; *Triângulo Sul* – com sede em Uberaba e Ituiutaba; *Oeste* – com sede em Divinópolis, abrangendo 57 municípios; *Triângulo Norte* – com sede em Uberlândia, Araguari, Ituiutaba, Patrocínio e Monte Carmelo, abrangendo 30 municípios; *Vale do Jequitinhonha* – com sede em Diamantina e Pedra Azul; *Nordeste* – com sede em Teófilo Otoni, Pedra Azul e Paraíso, abrangendo 60 municípios; *Sul* – com sede em Alfenas, Passos, Pouso Alegre e Varginha, abrangendo 151 municípios; *Sudeste* – com sede em Juiz de Fora, abrangendo 37 municípios.

Dois PEPS do conjunto citado fizeram parte dessa avaliação: Juiz de Fora e Belo Horizonte. Em ambos, a atual experiência não incorporou a anterior, seja enquanto diretriz ou plano de ação. A transição apresentou dificuldade de compreensão e estruturação do modelo e acentuou o conflito fundado na relação entre ensino e serviço. Entretanto, essa divergência, no caso de Minas Gerais, gerou um tipo de cooperação em que o ensino, fornecido pela universidade que hospedou os Pólos-PSF, é denominado um “prestador de serviço” aos PEPS.

O PEPS de Juiz de Fora, criado em 2003, está sediado na Secretaria Municipal de Saúde daquela cidade. A discussão sobre a grande roda⁶ realizada com representantes do MS foi a pedra fundamental para a constituição do PEPS. Com a possibilidade de um aumento significativo de parceiros a Secretaria Municipal de Saúde, que já estava engajada no movimento “pré-Pólo”, associou-se à Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e, em conjunto, apresentaram o projeto em dezembro de 2003.

Ao contrário de Salvador, onde a concepção dos PEPS beneficiou-se de um processo de discussão e participação, em Juiz de Fora é possível detectar – por intermédio das diversas entrevistas realizadas – a existência de conflito entre dois grupos. De um lado estavam os profissionais que defendiam a possibilidade de incorporar ao sistema PEPS a experiência acumulada com os Pólos-PSF; de outro, o grupo de profissionais que detinha informações capazes de gerar, com velocidade competitiva, projetos de ação beneficiados pelo efeito antecipado da informação que detinham.

O núcleo do conflito residiu na exclusão de atores vinculados ao ensino, considerando-se que em algumas regiões as universidades não se viram representadas. Foi por isso que a proposta de criação do “Colegiado de Pólos” não vingou. No modelo atual, a instituição que

⁶ Nota: Diversos entrevistados fizeram menção ao conceito de “roda”, sem explicitarem o sentido atribuído ao mesmo, o que não indica conformidade com o conceito de roda, abordado na Portaria 198/04 (anexo II) e tratado por GASTÃO, W. de S. C. em “Um método para análise e co-gestão de coletivos”. São Paulo: Hucitec, 2000.

hospedou os Pólos-PSF presta serviços aos PEPS, realizando seminários para sensibilização e sua estruturação, bem como cursos de especialização em Saúde da Família.

O PEPS da região macrocentro, com sede em Belo Horizonte, está vinculado diretamente à Federação dos Hospitais do Estado de Minas Gerais (FHEMIG/SES) e tem sede no Hospital Psiquiátrico Instituto Raul Soares. O antigo Pólo-PSF (Pólo de Formação, Capacitação e Educação Permanente em Saúde) continua na Faculdade de Medicina da UFMG enquanto Núcleo Interdisciplinar de Educação Permanente em Saúde (NIEPS). Nessa condição, coexiste com os PEPS, mantendo espaço de articulação e cooperação da instituição com a nova política adotada pelo Ministério da Saúde. O NIEPS apresentou ao PEPS da região macrocentro projeto “estruturante” destinado a propiciar uma discussão conceitual sobre Educação Permanente em Saúde.

A gênese dos PEPS no Paraná baseou-se em uma análise aprofundada das condições de saúde no Estado e da abordagem pedagógico-organizacional adotada para capacitar os profissionais da área. Sob a liderança dos técnicos da Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP) discutiu-se a relação entre educação e trabalho, educação permanente e necessidades locais, diagnósticos, indicadores de saúde e capacitação. No primeiro semestre de 2003 foram realizadas oficinas com o objetivo de identificar as dificuldades e avanços que ajudassem a responder às questões que apontavam para a ausência de impacto da capacitação na melhora das condições de saúde e dos respectivos indicadores. A iniciativa permitiu identificar duas fragilidades principais: (a) a extensão da área de abrangência de cada Pólo, indicando a necessidade de descentralizar o processo de capacitação, incluindo a cooperação das Regionais de Saúde; (b) a hegemonia do ensino, por meio das universidades, na coordenação e condução das atividades de capacitação.

A proposta de solução acentuou a necessidade de intensificar os procedimentos para descentralizar os Pólos; incluir os profissionais de todos os níveis nas atividades de capacitação; respeitar as realidades locais e fortalecer o papel da Escola de Saúde Pública do Paraná. Segundo os entrevistados, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) ofereceu todo o apoio para que a ESPP levasse adiante o processo de reorganização dos Pólos.

Nos meses de fevereiro e março de 2003, os técnicos da SESA iniciaram a discussão com os diretores das 22 Regionais de Saúde do Paraná, com o intuito de apresentar a proposta de descentralização dos Pólos na proporção de um Pólo por regional. No período de maio a julho do mesmo ano, em sintonia com assessores do Ministério da Saúde, teve início a organização dos Pólos em cada regional. Foram realizadas seis oficinas de Vivência em Educação Permanente em Saúde, contando com a participação dos diversos segmentos

envolvidos (gestores municipais, instituições de ensino públicas e privadas, movimentos sociais).

Durante o processo de implementação dos Pólos Regionais de Educação Permanente do Paraná ocorreram alguns problemas entre a SESA e o Ministério da Saúde. Em julho de 2003, por exemplo, a ESPP foi comunicada que o MS iria lançar o Pólo de Londrina, município que assumiria a responsabilidade sobre os demais. De acordo com um entrevistado, o lançamento do referido Pólo criou um precedente para o criação de Pólos de Bases Municipais na contramão de tudo o que estava sendo feito naquele Estado, sem que os técnicos da SESA fossem ouvidos. Semanas depois o MS lança mais dois Pólos municipais: um em Maringá e outro em Curitiba.

Para tentar conciliar as propostas e chegar a um consenso foi necessário uma reunião entre representantes da SESA e do MS. Na ocasião ficou definida a criação de seis Pólos Ampliados de Educação Permanente no Paraná, que ficariam responsáveis pelo recebimento de recursos do MS. Como a região já havia iniciado o processo de implantação dos 22 Pólos Regionais, operando de forma descentralizada, antes mesmo de o Ministério da Saúde adotar a Política de Educação Permanente em Saúde, esses Pólos continuaram funcionando de forma paralela.

No Ceará, a composição dos Pólos foi uma iniciativa da Secretaria de Estado da Saúde, que realizou um levantamento das instituições formadoras existentes no Estado e constituiu um mapa com propostas de sedes, em função da localização das instituições de ensino. O processo de concepção e implementação dos PEPS contemplou uma primeira reunião para discussão entre representantes das instituições envolvidas e o Conselho Estadual de Saúde. Em seguida, a SES convocou uma Plenária Aberta, em que se constituiu, por meio de votos e consenso, um Conselho Gestor e uma Secretaria Executiva.

Após a configuração do Pólo, decidiu-se que sua sede seria na Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Registra-se um esforço, segundo os entrevistados, para abandonar a imagem de “balcão de projetos” advinda da experiência anterior, sendo os PEPS uma possibilidade de identificar as necessidades dos municípios.

Em Santa Catarina, a convocação para construção dos doze Pólos do Estado se deu pela antiga Gerência de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (GEDHRUS/SES-SC) – (concebido para capacitação do Programa Saúde da Família) e foram chamados todos que estavam trabalhando. Levou-se um ano para a elaboração do desenho atual de 12 PEPS. Para alguns entrevistados, não foi uma construção arbitrária; para outros, o desenho final não obedece nenhuma lógica de organização anterior do

Estado, que é dividido em oito macrorregiões, 30 Secretarias de Desenvolvimento Regional e 18 Regionais de Saúde.

O modelo anterior contemplou oito Pólos, um em cada macrorregião do Estado, com participação e coordenação mais efetiva da SES. Hoje os Pólos não estão exclusivamente nas universidades e contam com participação ativa do COSEMS e do Conselho Estadual de Saúde. O Pólo visitado foi o Locorregional Litoral Centro, sediado em Florianópolis.

Em Mato Grosso, o processo de configuração do Pólo de Educação Permanente em Saúde de Cuiabá ocorreu após a convocação do Ministério para a revisão/ampliação do Pólo de PSF. Segundo entrevistados, não houve transição, pois o Pólo de Saúde da Família já estava praticamente desativado. O processo inicial foi abrangente, contando com a participação de cerca de 40 instituições. Houve ampla discussão sobre o regimento, diretrizes, estratégias e critérios, com representações da Secretaria de Estado da Saúde, Universidade Federal do Mato Grosso, Universidade de Cuiabá (UNIC), Faculdades Unidas de Várzea Grande (UNIVAG), Universidade do Estado do Mato Grosso (UNIMAT), além de serviços e do COSEMS, contribuindo com as demandas dos municípios.

Em Brasília, especificamente na área denominada RIDE (Região Integradora de Desenvolvimento do Distrito Federal e do Entorno), o processo de transição do Pólo de Saúde da Família para o Pólo de Educação Permanente em Saúde ocorreu por meio de reuniões, iniciadas em 2003, e oficinas promovidas pelo Ministério da Saúde, com a participação de diversos segmentos. As discussões foram lideradas pela Coordenadoria de Desenvolvimento de Pessoas (CODEP), da Secretaria de Estado da Saúde, onde era sediado o antigo Pólo-PSF.

Em fevereiro de 2004, foi promovido um fórum, do qual participaram os diversos segmentos do Distrito Federal e do entorno (existem 19 municípios limítrofes de Goiás e Minas Gerais que compõem a RIDE. A partir deste momento, foram criados cinco núcleos regionais, que compõem o Pólo de Educação Permanente em Saúde de Brasília. Para a maioria dos entrevistados, a transição do antigo Pólo para o novo modelo foi um "processo natural", intermediado pelo CODEP. Na visão dos entrevistados, o PEP tornou-se mais abrangente, contando com a participação de um número maior de atores. No antigo modelo havia um núcleo de capacitação que ainda hoje realiza capacitações (com recursos próprios) para o Programa de Saúde da Família, quando estas são demandadas pela SES.

Em Alagoas, a coordenadora atual do PEPS assumiu o cargo em 2005, após um processo intenso de mudança dos dirigentes da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas (SESAU), razão pela qual ela desconhece as condições em que se deu a criação do PEPS. Embora a coordenação anterior tenha deixado relatórios, atas e resoluções disponíveis para a substituta, esta última afirma que só foi possível acessar as informações "reduzidas" que

estavam disponíveis em arquivos eletrônicos. Para outro entrevistado, a constituição do PEPS foi percebida como uma ruptura com todas as experiências acumuladas pelos profissionais de saúde.

2. COMPOSIÇÃO E ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

A Portaria 198/04, do Ministério da Saúde, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, prevê a criação de diferentes instâncias de organização nos PEPS: Colegiado de Gestão, Conselho Gestor, Secretaria Executiva e Comitês Temáticos.

São apresentados, a seguir, a tabela e o gráfico que indicam a presença destas instâncias de organização nos Pólos avaliados. É possível observar que nenhum dos nove PEPS conta com a estrutura completa prevista na Portaria. Verifica-se também que todos os Pólos possuem Colegiado de Gestão, seis possuem Conselho Gestor, quatro tem Secretaria Executiva e apenas um conta com Comitês Temáticos.

Observa-se, ainda, que apenas dois Pólos possuem Colegiado de Gestão, Conselho Gestor e Secretaria Executiva. Cinco Pólos contam com duas destas instâncias de organização (Colegiado de Gestão e Conselho Gestor e Colegiado de Gestão e Secretaria Executiva). Um dos Pólos tem apenas o Colegiado de Gestão como instância de organização.

Tabela 1

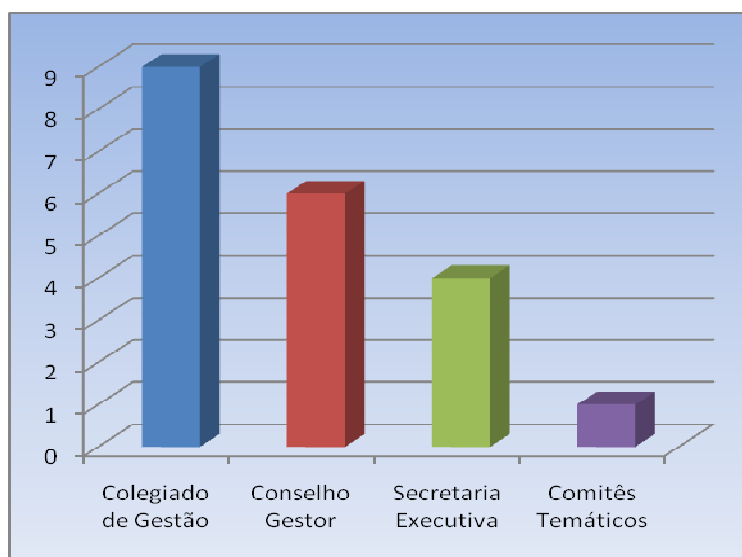
Instâncias de Organização nos Pólos de Educação Permanente em Saúde avaliados

Município Sede	Colegiado de Gestão	Conselho Gestor	Secretaria Executiva	Comitês Temáticos(*)
Belo Horizonte	X	X	X	
Brasília	X	X		
Cuiabá	X		X	
Curitiba	X			
Florianópolis	X	X		
Fortaleza	X		X	
Juiz de Fora	X	X		X
Maceió	X	X		
Salvador	X	X	X	

Fonte: Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva FMUSP (2006).

(*) Os Comitês Temáticos, segundo informação da maioria dos entrevistados, são “ad-hoc”.

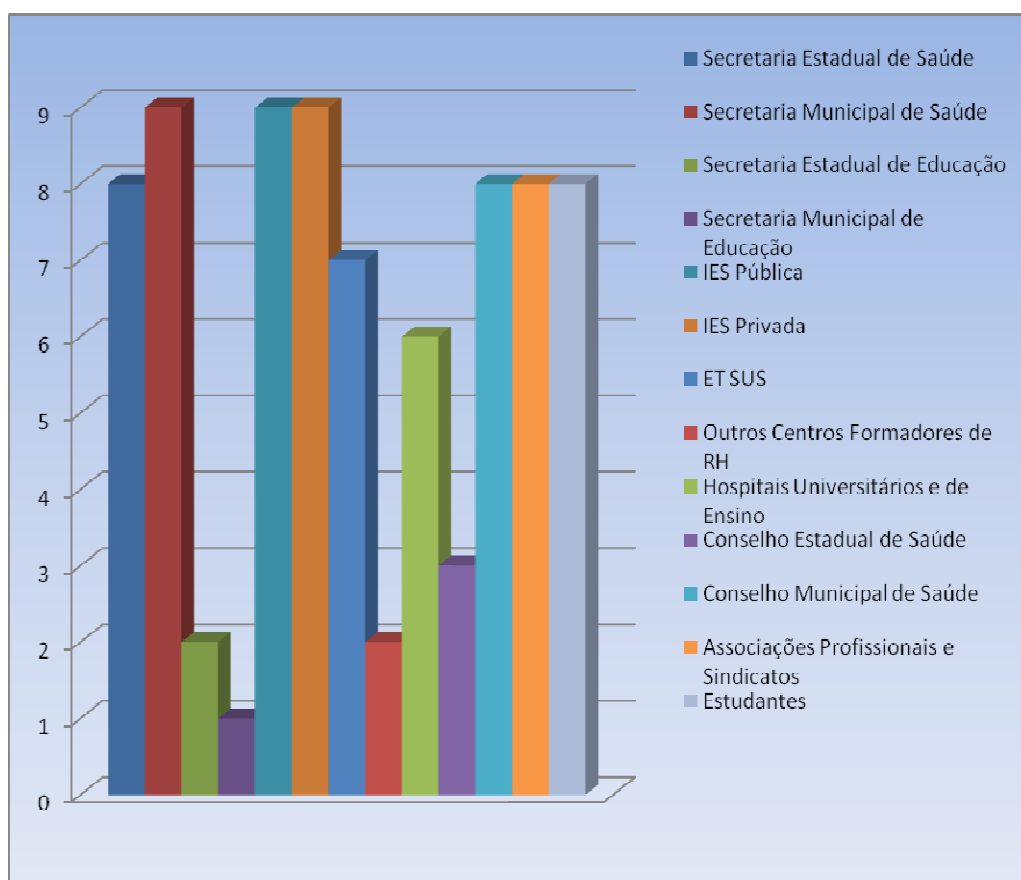
Gráfico 1
Instâncias existentes nos PEPS (N=9)



Fonte: Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva FMUSP (2006).

Com relação à composição do Colegiado de Gestão, observa-se maior representação das Secretarias Municipais de Saúde e Instituições de Ensino Superior (públicas e privadas), presentes em todos os Pólos avaliados. Há ainda alta participação de Conselhos Municipais de Saúde, associações profissionais/sindicatos e estudantes. Finalmente, destaca-se a baixa representatividade de gestores da área da educação e de outros centros formadores de Recursos Humanos.

Gráfico 2
Segmentos Representados no Colegiado de Gestão dos
Pólos de Educação Permanente em Saúde



Fonte: Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva FMUSP (2006).

Entre os nove Pólos avaliados, seis contam com a presença de um Conselho Gestor, ocorrendo muita variação na composição desse Conselho. Há casos em que esta instância de organização recebe a participação de representantes de oito segmentos e outros onde há apenas um segmento.

Foi possível observar disparidade na composição da Secretaria Executiva dos Pólos avaliados. Dos nove Pólos visitados, quatro têm Secretarias Executivas. Em um deles, a Secretaria era composta por apenas um profissional da Escola de Saúde Pública. Nos outros três, destaca-se a participação de representantes de Ensino e do Controle Social.

3. LÓGICA DE OPERAÇÃO E PROCESSO DECISÓRIO

Nos Pólos de Educação Permanente em Saúde avaliados não foi possível perceber a existência de um padrão relacionado à lógica de operação e ao processo decisório. Como foi dito anteriormente, todos os Pólos possuem um Colegiado de Gestão, mas há variação na composição desta instância de organização.

Com relação à periodicidade das reuniões do Colegiado de Gestão observou-se também uma diversidade significativa. Há casos com reuniões quinzenais, mensais e bimestrais. Observou-se também Pólos onde os encontros ocorriam de quatro em quatro meses; outros que, até a data da entrevista com o coordenador, haviam realizado somente três reuniões do Colegiado de Gestão; em um deles, o Colegiado de Gestão se reuniu uma única vez.

Em contrapartida, em todos os Pólos que contam com um Conselho Gestor, as reuniões desta instância de organização acontecem mensalmente. Pôde-se observar, assim, um padrão com relação à periodicidade das reuniões dos Conselhos Gestores nos Pólos de Educação Permanente avaliados. As Secretarias Executivas dos Pólos, por sua vez, tiveram reuniões quinzenais ou mensais.

Com relação às funções exercidas pelos Colegiados de Gestão, Conselho Gestor e Secretaria Executiva, observa-se que as atribuições de cada instância variou de acordo com a estruturação dos Pólos. O Colegiado de Gestão assumiu caráter deliberativo em quatro dos nove Pólos avaliados. Nos demais, o Colegiado se constituía como espaço de discussão e apresentação de projetos. Entre os temas mais freqüentes na pauta das reuniões do Colegiado de Gestão, destacam-se: análise e modelo de apresentação de projetos; regimento interno do Pólo e discussões acerca do conceito e de estratégias para educação permanente em Saúde.

O Conselho Gestor dos Pólos de Educação Permanente em Saúde apresentou funções variadas. Em três dos nove Pólos avaliados, o Conselho tinha a função de aprovar os projetos, que eram apresentados e discutidos no Colegiado de Gestão. Em Pólos em que o Colegiado assume função deliberativa, o Conselho Gestor tinha por função organizar as pautas das reuniões do Colegiado, fazer as convocações para as mesmas, levantar as propostas apresentadas e cuidar dos encaminhamentos necessários. Assim, pôde-se observar que em alguns Pólos o Conselho Gestor desempenha função executiva e que são justamente os Pólos que não apresentaram uma Secretaria Executiva.

Nos Pólos que contam com uma Secretaria Executiva, observa-se que as funções desempenhadas por esta instância de organização referem-se ao agendamento de reuniões, convocações para as mesmas e organização geral do Pólo. O fluxo de encaminhamento para aprovação dos projetos que constituíram o plano de ação dos Pólos também não apresentou

um padrão, variando de acordo com as atribuições das diferentes instâncias de organização. Ainda assim, identificou-se que os projetos eram discutidos, avaliados e aprovados em instâncias internas dos Pólos (Colegiado de Gestão, Conselho Gestor e Comissões de Avaliação – no caso de dois Pólos avaliados) e em seguida encaminhados para aprovação na Comissão Intergestora Bipartite e no Conselho Estadual de Saúde, antes de serem entregues ao Ministério da Saúde. Em geral, os entrevistados apontaram que, após o envio dos projetos para o gestor federal, os Pólos não acompanhavam o seu desenvolvimento.

Com relação à elaboração dos projetos, os entrevistados indicaram a ausência de um modelo para apresentação dos mesmos, de forma que esse assunto gerou discussão durante as reuniões da maioria dos Pólos avaliados. Em um deles a elaboração dos projetos envolvia articulação com os planos municipais de Saúde. No Pólo de Educação Permanente em Saúde de Florianópolis, por exemplo, foram traçados quatro eixos temáticos para a discussão e elaboração dos projetos:

1. Gestão;
2. Ação Individual e Coletiva;
3. Educação;
4. Controle Social.

O PEPS de Maceió, por sua vez, também adotou eixos temáticos para elaboração dos projetos, que deveriam contemplar uma das quatro linhas abaixo:

1. Desenvolvimento de ferramentas e metodologias para Educação Permanente;
2. Educação e desenvolvimento dos profissionais de saúde para clínica ampliada;
3. Educação e desenvolvimento da Gestão e do Controle Social;
4. Incentivo à implementação de diretrizes curriculares.

O levantamento realizado com as entrevistas permitiu identificar alguns aspectos relevantes em relação à lógica de operação e ao processo decisório nos Pólos de Educação Permanente em Saúde. Em geral, não foram definidos critérios orientadores quanto à distribuição dos cursos e atividades entre as instituições participantes. Outro aspecto ressaltado com frequência pelos entrevistados diz respeito à alta rotatividade entre os participantes das reuniões do Colegiado de Gestão, fato este gerador de conflitos ou de esvaziamento gradativo dos encontros.

A dificuldade de operacionalização dos Pólos foi destacada por inúmeros entrevistados, que apontaram a lentidão para aprovação dos projetos como um dos fatores para o esvaziamento das reuniões dos Pólos.

4. ATIVIDADES E BENEFICIÁRIOS

As informações passadas pelos entrevistados relacionadas às atividades desenvolvidas e os beneficiários são imprecisas; além de serem controversas, foi difícil obtê-las..A maioria não soube informar quem e quantos profissionais foram beneficiados com as atividades do Pólo de Educação Permanente em Saúde (PEPS); quais foram as atividades e os impactos gerados. Houve casos onde muitas das atividades demandadas não puderam ser oferecidas porque os recursos não foram liberados.

O Pólo de Florianópolis é um caso curioso. Ele não realizou nenhum curso, apesar de o Ministério da Saúde ter liberado os recursos para duas atividades, segundo consta em uma planilha fornecida pelo órgão governamental. Os cursos que deveriam ter ocorrido eram de especialização em Saúde da Família e para agentes comunitários.

Ainda de acordo com a listagem do Ministério da Saúde, os PEPS pesquisados encaminharam, até 2005, 159 projetos. O Pólo de Maceió encaminhou a maioria deles (22,6%). Na seqüência consta o Pólo de Belo Horizonte (19,5%) e o de Salvador (15,7%). O menor número de projetos foi registrado pelo Pólo de Florianópolis (1,26%). Este volume de projetos deveria beneficiar, segundo documento do Ministério, 25.428 profissionais a um custo de R\$18.481.876,29, como está demonstrado na tabela a seguir.

As atividades declaradas pelos entrevistados não coincidiram em sua totalidade com a lista apresentada pelo MS, com exceção de Cuiabá, único Pólo cujas atividades coincidem com os dados fornecidos para o MS. Há neste caso apenas duas divergências: uma delas referente a atividades que não foram mencionadas em entrevistas e a outra em relação aos documentos fornecidos pelo Pólo.

Tabela 2

Projetos encaminhados ao Ministério da Saúde e supostos beneficiários por PEPS

PEPS	Projetos encaminhados		Beneficiários	
	Nº	%	Nº	%
Belo Horizonte	31	19,50	10.381	40,83
Brasília	8	5,03	748	2,94
Cuiabá	17	10,69	790	3,11
Curitiba	11	6,92	1.278	5,03
Florianópolis	2	1,26	128	0,50
Fortaleza	13	8,18	726	2,86
Juiz de Fora	16	10,06	4.331	17,03
Maceió	36	22,64	6.022	23,68
Salvador	25	15,72	1.024	4,03
Total	159	100,00	25.428	100,00

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Coordenação Geral de Orçamento e Planejamento (2005).

De acordo com a tabela a seguir, verifica-se que a maior parte dos projetos encaminhados ao Ministério da Saúde pelos PEPS, refere-se às atividades ligadas à Atenção Básica e ao Programa Saúde da Família (49,6%), seguida daquelas relacionadas à Educação Permanente e à estruturação dos Pólos e outras atividades (16,35% cada uma). A menor proporção se refere às atividades relacionadas com o curso de facilitadores (0,6%).

Tabela 3

Atividades, beneficiados, custo, tipo de atividade e situação dos projetos encaminhados, por PEPS

PEPS	Atividades	Custo	Tipo de atividades (*)						Situação				Total
			1	2	3	4	5	6	Aprovado com liberação de recursos parcial ou total	Aguardando liberação/assinatura/empenhado	Solicitado readequação	Aguardando novas orientações da direção/em análise	
Belo Horizonte	31	2.155.954,75	10	9	9	0	1	2	17	7	6	1	31
Brasília	8	1.288.525,00	1	4	2	0	0	1	7	1	0	0	8
Cuiabá	17	1.484.458,87	1	9	3	0	0	4	17	0	0	0	17
Curitiba	11	3.229.799,16	0	9	1	0	1	0	6	3	0	2	11
Florianópolis	2	2.335.425,8	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0	2
Fortaleza	13	858.262,02	2	11	0	0	0	0	11	1	0	1	13
Juiz de Fora	16	1.918.387,03	4	9	1	0	1	1	2	0	14	0	16
Maceió	36	1.137.795,84	7	12	6	0	1	10	27	8	0	1	36
Salvador	25	4.073.267,82	1	13	0	1	2	8	0	0	25	0	25
Total	159	18.481.876,29	26	78	22	1	6	26	89	20	45	5	159

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Coordenação Geral de Orçamento e Planejamento (2005).

(*) 1. Educação Permanente e Estruturação dos Pólos; 2. Atenção Básica e PSF; 3. Gestão; 4. Curso de Facilitadores; 5. Controle Social e 6. Outras atividades

As atividades realizadas pelos PEPS contemplaram cursos, oficinas e seminários focados em cinco áreas principais: Educação Permanente e Estruturação dos PEPS; Atenção Básica e PSF; Gestão; Curso de Facilitadores e Controle Social. De acordo com a tabela abaixo, nota-se que mais da metade das atividades realizadas refere-se à Atenção Básica e ao Programa de Saúde da Família (38), seguida de Educação Permanente e Estruturação dos PEPS (26).

Observa-se que os Pólos de Fortaleza (11) e de Curitiba (10) encaminharam o maior número de atividades ligadas à Atenção Básica e ao Programa de Saúde da Família. O Pólo de Salvador, por sua vez, encaminhou o maior número de projetos voltados para Educação Permanente e Estruturação do PEPS (22).

Tabela 4
Atividades realizadas pelos PEPS, segundo tipo

PEPS	Tipo de Atividade realizada						
	Educação Permanente/ Estruturação dos PEPS	Atenção Básica e PSF	Gestão	Curso de Facilitadores	Controle Social	Outras atividades	Total
Belo Horizonte	0	0	0	0	0	1	1
Brasília	0	2	0	0	0	0	2
Cuiabá	1	7	3	0	0	3	14
Curitiba	1	10	0	0	0	0	11
Fortaleza	1	11	0	0	0	0	12
Florianópolis	0	2	0	0	0	0	2
Juiz de Fora	1	0	0	0	0	0	1
Maceió	0	6	0	0	0	1	7
Salvador	22	0	0	0	0	0	22
Total	26	38	3	0	0	5	72

Fonte: Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva FMUSP (2006).

Tabela 5

PEPS pesquisados segundo total de projetos apresentados, trabalhadores beneficiados e projetos contratados

UF	Total de Projetos Apresentados	Total de Trabalhadores Beneficiados	Recurso Alocado (2004/2005)	Todos os Projetos Apresentados	Projetos Contratados ou em Contratação que Utilizam Recursos do Pólo	PEPS	Projetos Apresentados	% Dos PEPS sobre o Total do Estado
AL	36	1.430	3.533.343,00	1.137.795,84	831.309,22	Maceió	36	100,00
BA	47	2.976	7.108.946,00	6.296.004,90	601.995,50	Salvador	25	53,19
CE	41	7.743	6.276.391,00	10.420.342,20	6.919.279,37	Fortaleza	13	31,71
DF	8	748	2.906.532,00	1.288.525,00	1.017.975,00	Brasília	8	100,00
MG	198	17.947	11.983.833,00	17.672.312,31	2.294.573,82	Belo Horizonte	31	15,66
						Juiz de Fora	16	8,08
MT	17	790	3.749.865,00	1.484.458,87	1.183.980,93	Cuiabá	17	100,00
PR	35	7.617	7.047.029,00	7.051.045,99	1.650.840,98	Curitiba	11	31,43
SC	30	3.878	5.909.486,00	6.164.967,10	1.573.902,91	Florianópolis	2	6,67
Total	412	43.129	48.515.425,00	51.515.452,21	16.073.857,73	Total	159	38,59(*)

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Coordenação Geral de Orçamento e Planejamento (2005).

(*) Percentual de projetos encaminhados pelos Pólos, do universo total 159, que tiveram recursos liberados.

Os PEPS cujos projetos coincidem com o número de projetos apresentados pelo Estado são aqueles em Unidades da Federação onde existem apenas um Pólo de Educação Permanente em Saúde; caso de Alagoas, Distrito Federal e Mato Grosso. Os projetos do Pólo de Salvador representam mais da metade do total realizado pelo Estado da Bahia (53,2%), seguido do Pólo de Fortaleza e Curitiba, que representam cerca de 1/3 dos projetos do Ceará e do Paraná (31,7% e 31,4%, respectivamente). Florianópolis é o Pólo com o menor número de projetos do Estado de Santa Catarina (6,7%).

Nos PEPS avaliados, pouco mais de 1/3 do total de projetos apresentados (31,2%) e dos que tiveram recursos alocados (33,1%) foram contratados ou estão em fase de contratação. Com relação aos projetos enviados ao Ministério da Saúde, foram liberados recursos (parcial ou integral) para pouco mais da metade deles. Ou seja, 89 projetos, o que representa 56% dos projetos encaminhados. Os PEPS de Cuiabá e de Florianópolis tiveram recursos liberados para 100% das atividades. Brasília conseguiu 87,5%, Fortaleza 84,6% e Maceió 75%. Esta situação difere-se da encontrada em Salvador, cujo Pólo não obteve recursos para 100% das atividades demandadas, como demonstra a tabela abaixo.

Apesar de os entrevistados do Pólo de Belo Horizonte não saberem informar quais as atividades desenvolvidas, este Pólo teve recursos liberados para 54,8% dos projetos encaminhados, segundo a planilha do Ministério da Saúde, como indica a tabela a seguir.

Tabela 6

Projetos encaminhados, supostos beneficiários e recursos por PEPS

PEPS	Projetos encaminhados		Beneficiários		Recursos Liberados	% Liberados / encaminhados	Não liberados
	Nº	%	Nº	%			
Belo Horizonte	31	19,50	10.381	40,83	17	54,84	14
Brasília	8	5,03	748	2,94	7	87,50	1
Cuiabá	17	10,69	790	3,11	17	100,00	0
Curitiba	11	6,92	1.278	5,03	6	54,55	5
Florianópolis	2	1,26	128	0,50	2	100,00	0
Fortaleza	13	8,18	726	2,86	11	84,62	2
Juiz de Fora	16	10,06	4.331	17,03	2	12,50	14
Maceió	36	22,64	6.022	23,68	27	75,00	9
Salvador	25	15,72	1.024	4,03	0	0,00	25
Total	159	100,00	25.428	100,00	89	55,97(*)	70

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Coordenação Geral de Orçamento e Planejamento (2005).

(*) Percentual de projetos encaminhados pelos Pólos, do universo total 159, que tiveram recursos liberados.

De acordo com a tabela abaixo, fundamentada nas informações fornecidas pelos entrevistados dos PEPS pesquisados, foram realizadas 45,3% do total das atividades encaminhadas ao Ministério da Saúde e 80,9% dos projetos que tiveram os recursos liberados pelo órgão. Observa-se que nem todas as atividades contaram com recursos do Pólo. Muitos PEPS tiveram o apoio financeiro da Secretaria Estadual de Saúde, como são os casos de Salvador e Curitiba.

Tabela 7**Projetos encaminhados ao Ministério da Saúde e realizados pelos PEPS**

PEPS	Projetos encaminhados	Atividades realizadas	% dos projetos realizados sobre os encaminhados
Belo Horizonte	31	1	3,23
Brasília	8	2	25,00
Cuiabá	17	14	82,35
Curitiba	11	11	100,00
Florianópolis	2	2	100,00
Fortaleza	13	12	92,31
Juiz de Fora	16	1	6,25
Maceió	36	7	19,44
Salvador	25	22	88,00
Total	159	72	45,28(*)

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento(2004-2005) e FMUSP, Pesquisa Pólo (2006)

(*) Percentual de projetos encaminhados pelos Pólos, do universo total 159, que tiveram recursos liberados.

Alguns projetos contaram com recursos extrateto, como é o caso do Pólo de Curitiba, onde dos 11 projetos que foram encaminhados ao Ministério da Saúde, quatro tiveram financiamento com recursos extrateto e sete com aporte financeiro dos PEPS. Dos sete projetos realizados com recursos do Pólo, um deles – o de capacitação de profissionais de enfermagem – recebeu verba do MS e os outros seis tiveram recursos da SES. No final de 2005, o MS liberou 30% do total de três outros projetos (aproximadamente 28 mil reais). Com esse recurso, será executado um projeto, sendo que os outros dois vão aguardar a liberação dos 70% restantes.

No Pólo de Salvador, o Estado da Bahia arcou com os custos da maior parte das atividades como, por exemplo, a residência médica. As atividades feitas em parceria foram

totalmente financiadas pelo Pólo, por intermédio do convênio entre o Departamento de Educação e Gestão em Saúde (DEGES), do MS, e a Fundação de Apoio à Pesquisa e Extensão da UFBA (FAPECS). Especificamente neste caso, houve contrapartida do Estado, tanto em pessoal e como em infra-estrutura. A Secretaria de Estado da Saúde da Bahia financiou os seguintes projetos:

- Projetos estruturantes: reunião, oficinas e seminários com os municípios para estruturação da Secretaria Executiva, organização e estruturação dos PEPS. Os projetos foram aprovados, mas o financiamento só saiu em junho de 2005;
- Projetos de desenvolvimento e capacitação técnica regional para educação permanente com dois eixos básicos: a) discussão de quadros do município para a educação permanente, voltado para a formação do Conselho Gestor com previsão de conclusão para abril de 2006 e, b) Capacitação dos coordenadores de equipes de saúde, que estava previsto para iniciar em março de 2006.

Quanto aos beneficiários, como apontado anteriormente, os projetos encaminhados ao Ministério da Saúde beneficiariam 25.428 profissionais da Saúde, caso todos fossem aprovados, sendo 40,8% de Belo Horizonte; 23,7% de Maceió e 17% de Juiz de Fora. No entanto, em virtude de boa parte deles não ter sido implementada, o número real de beneficiários das ações do Pólo é bem menor em relação aos projetos encaminhados. Vale lembrar que apenas alguns PEPS souberam informar quais foram os profissionais beneficiados com as atividades realizadas.

Três Pólos dos nove PEPS avaliados informaram que os beneficiários foram os profissionais da Saúde; em um outro, o benefício foi dirigido às instituições de ensino (públicas e privadas) e às equipes da Atenção Básica, Saúde da Família, Urgência e Emergência e Saúde do Trabalhador. Todos os envolvidos no processo de educação permanente compuseram, em um primeiro momento, o quadro de beneficiários de outro Pólo; na sequência seriam os profissionais de Controle Social, da Atenção Primária, docentes e o público dos cursos da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) e do processo de formação e constituição do Pólo. Os entrevistados ligados a três PEPS não conseguiram identificar o público das ações de seus respectivos Pólos. Não houve nenhum Pólo em que os informantes souberam quantificar os beneficiários das atividades oferecidas.

Desta forma, é possível notar que menos da metade dos projetos encaminhados ao Ministério da Saúde foi implementada, o que se deve, na visão dos entrevistados, à morosidade na liberação dos recursos financeiros, à falta de adequação das propostas aos critérios estabelecidos e à demora na análise e aprovação dos projetos pelo Ministério da Saúde. No entanto, há pontos positivos que merecem ser ressaltados, como o fato de a maior

parte dos projetos realizados se referirem às atividades da Atenção Básica, à estratégia de Saúde da Família e à estruturação dos PEPS nos estados.

Muitas críticas foram feitas pelos entrevistados com relação à morosidade na aprovação e liberação dos recursos por parte do Ministério da Saúde, aos procedimentos burocráticos e à falta de definição de diretrizes. Para os entrevistados, estes fatores influenciaram na desmotivação de muitos integrantes dos Pólos, uma vez que as atividades programadas não foram concluídas. Em alguns estados, como no Paraná e Bahia, as atividades só tiveram continuidade porque os PEPS contaram com o apoio financeiro dos governos estaduais.

5. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas pelos Pólos de Educação Permanente em Saúde são premissas constantes na Portaria 198/04 do Ministério da Saúde. Por meio deste instrumental, seria possível verificar a eficácia das ações dos Pólos e garantir seu desenvolvimento contínuo.

Não há nos Pólos pesquisados a estruturação de um sistema de monitoramento e avaliação das atividades realizadas, mas os entrevistados reconhecem a necessidade de desenvolver esse tipo de sistema. Alguns, inclusive, manifestaram a intenção de uma estruturação futura desses mecanismos de controle.

No Pólo de Brasília as diferentes entrevistas apresentaram contradições com relação à avaliação e ao monitoramento das atividades. Alguns informaram que esse processo é realizado por docentes da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS). Enquanto outros disseram que não há monitoramento nem avaliação das atividades. Há pouca clareza, entre os entrevistados deste Pólo, quanto aos mecanismos de avaliação do órgão, levando-os a confundir com a avaliação de uma atividade em específico. Como exemplo, foi mencionado o curso de Especialização em Saúde da Família, no qual a avaliação é feita por meio de uma monografia e seu acompanhamento ocorre ao longo das aulas por intermédio de resumos e leituras. Ao citarem este caso, fica claro que o sistema ao qual os entrevistados se refeririam diz respeito à avaliação dos participantes do curso e não a avaliação do Pólo com relação à atividade de capacitação e ao impacto na atenção prestada pelos serviços de saúde.

Em Curitiba, existe um sistema estruturado de monitoramento e avaliação que funciona da seguinte forma: após a execução de cada projeto os alunos avaliam, a partir de um roteiro, a capacitação recebida em termos de conteúdo, metodologia etc. A coordenação do Pólo, por sua vez, também realiza uma avaliação do processo de execução dos cursos. Existe ainda uma proposta para que a avaliação possa ser feita pelo grupo de trabalho que executou o projeto.

Com a finalidade de avaliar as atividades educativas a coordenação do Pólo disponibilizou um modelo de relatório composto pelos seguintes tópicos: título da atividade, órgãos promotores, órgão executor, período, carga horária total, local de realização, público-alvo (quantidade de participantes e respectivas categorias profissionais), instrutores (nome, formação e instituição).

Já a avaliação dos coordenadores e representantes dos municípios contempla: as dificuldades encontradas na realização da capacitação nos municípios, os resultados esperados, os resultados obtidos, sugestões e comentários. A avaliação dos participantes, organizada por município, traz dados sobre: conteúdos abordados, metodologia, material de apoio, instrutores, infra-estrutura, coordenação da atividade e uma auto-avaliação.

No Pólo de Florianópolis não há um sistema de monitoramento e avaliação, mas foi comentado que houve uma avaliação informal de seu desempenho. No Pólo de Fortaleza, que também não conta com um sistema estruturado, a avaliação e monitoramento é responsabilidade da SES, que criou um Fórum Estadual de Educação Permanente. A cada três meses, são realizados seminários para que os PEPS apresentem relatos de suas dificuldades e estas são discutidas de forma coletiva nos encontros.

Embora no Pólo de Juiz de Fora não haja um sistema de monitoramento e avaliação estruturado, ele conta com o suporte de um sistema no Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (NATES), oferecido pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), por meio do qual os cursos podem ser monitorados pela Pró-Reitoria de Educação Permanente e pelo Ministério da Saúde. No Pólo de Maceió, apesar de também não existir um sistema de monitoramento e avaliação, um grupo interinstitucional faz essa tarefa em parceria com a instituição de ensino Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). Segundo alguns entrevistados, as universidades capacitam, mas não acompanham o processo. Não há interlocução e nem retorno para a universidade com relação as atividades desenvolvidas. A falta de controle permite que as pessoas participem mais de uma vez de um mesmo curso.

Cuiabá também não tem sistema de avaliação e monitoramento das atividades realizadas do Pólo; entretanto, lá existe um acompanhamento das demandas geradas internamente daquilo que foi feito especificamente para as instituições de ensino. O processo de acompanhamento dos projetos deste Pólo é monitorado pelas comissões criadas para análise e deliberação. *“O monitoramento é feito enquanto Pólo, não enquanto escola. São pessoas da escola disponibilizadas para o Pólo”*, disse um dos entrevistados.

6. FINANCIAMENTO E CRITÉRIOS

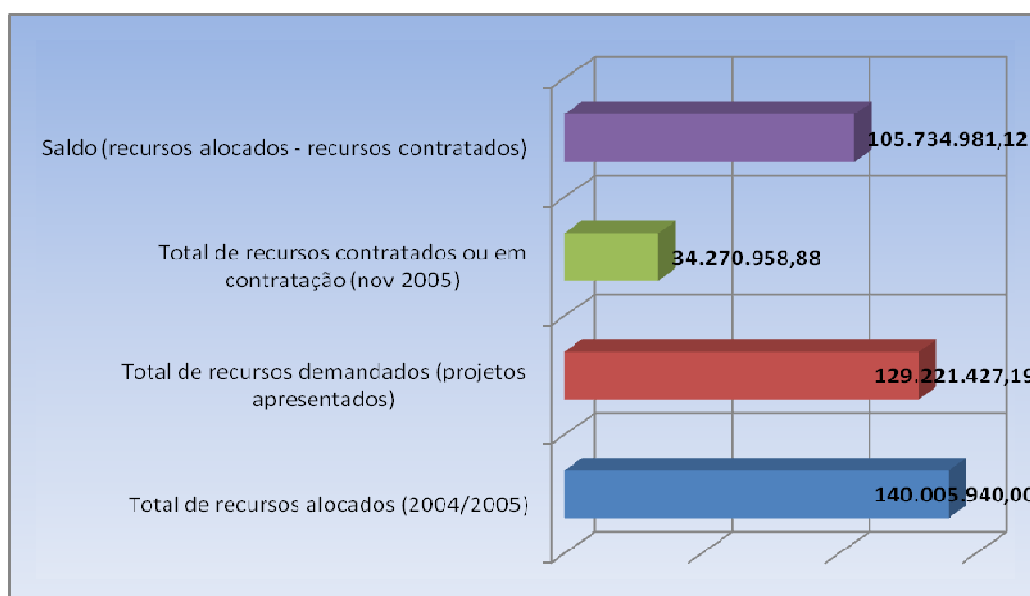
De acordo com dados fornecidos pelo MS, foram alocados R\$ 140.005.940,00 para o conjunto de todos os PEPS existentes no país. O grupo de Pólos encaminhou ao Ministério 839 projetos, que beneficiaram 102.638 profissionais localizados nas áreas de Gestão, Atenção, Ensino e Controle Social. O total de recursos demandados para esses projetos equivale a R\$ 129.221.427,19. Até novembro de 2005, o MS havia contratado (ou estavam em processo de contratação) projetos envolvendo recursos da ordem de R\$ 34.270.958,88.

Com base nesses dados, é possível verificar que:

- A média de recursos demandados por projeto é de R\$ 154 mil;
- A média de recursos demandados por trabalhador beneficiado é de R\$ 1.259;
- O percentual de recursos demandados sobre o total de recursos alocados é de 92,3%;
- O percentual de recursos contratados ou em contratação sobre o total de recursos demandados é de 26,5%.

Gráfico 3

Total de recursos alocados, demandados e contratados. Brasil – nov 2005



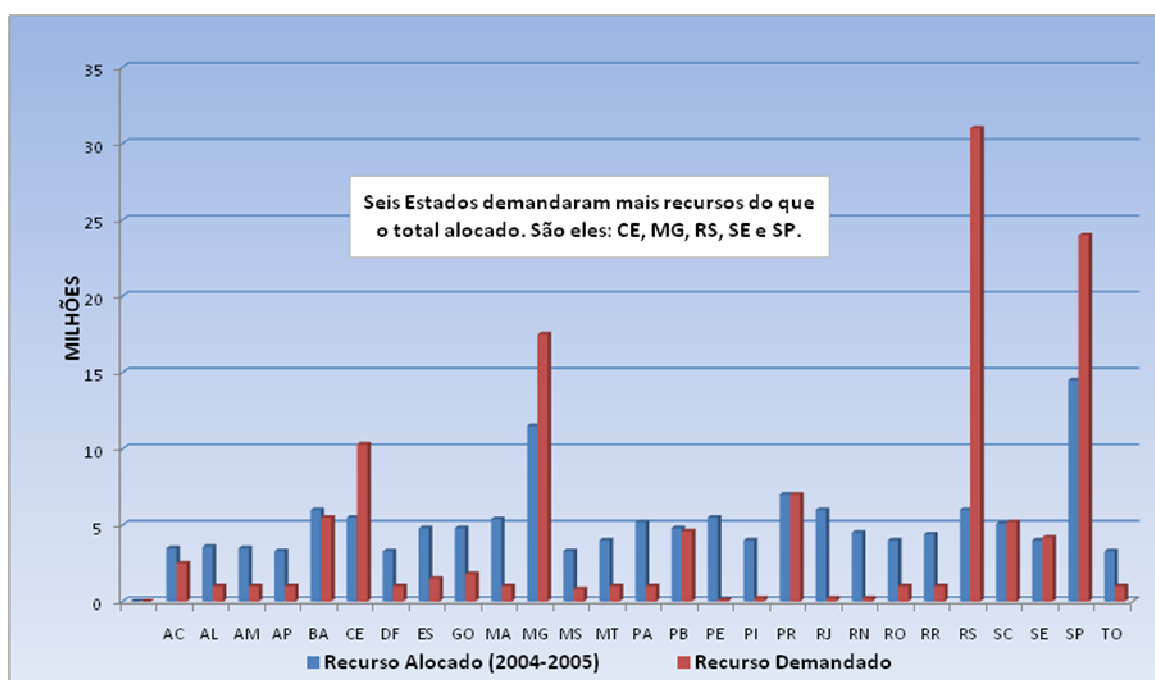
Fonte: Relatório Gerencial Financeiro dos Pólos de Educação Permanente. Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Ministério da Saúde (2005).

Observa-se, ainda, que :

- Quatro estados foram contemplados com 100% de recursos contratados: AP, MA, PI, RN;
- Três estados não tiveram nenhum recurso contratado: PE, RJ, TO;

- Treze estados apresentaram projetos que não utilizam recursos do Pólo (recursos extrateto) ou que não foram pactuados no Pólo: AC, AM, BA, CE, DF, ES, MG, MT, PA, PR, RS, SC, SP;
- Valor total das ações contratadas que não utilizam recursos Pólo ou não foram pactuadas no Pólo = R\$ 37,6 milhões;
- Percentual do valor das ações que não utilizam recursos do Pólo sobre o total dos recursos demandados = 29,1%;
- Recursos financeiros do Ministério da Saúde não foram repassados para 48,3% dos PEPS para execução das atividades propostas;
- Material didático (84,5%), equipamentos (67,2%), cursos (62,1%) e hora-aula (37,9%) constituem os itens de despesa/gasto mais freqüentes dos PEPS.

Gráfico 4
Recursos alocados e demandados por UF



Fonte: Relatório Gerencial Financeiro dos Pólos de Educação Permanente. Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Ministério da Saúde (2005).

Os PEPS visitados desenvolvem suas atividades com recursos do Ministério da Saúde e do Estado, como é o caso de Curitiba, Salvador e Brasília, locais onde o Estado participou da implementação dos Pólos. O total de recursos alocados na primeira e na segunda de

distribuição feita pelo MS soma R\$ 48.515.425,00 e o total comprometido R\$ 31.025.532,86. O maior beneficiário desses recursos é o Estado de Minas Gerais, tanto em total alocado (R\$ 11.983.833,00) quanto em total comprometido (R\$ 12.357.921,48). O menor, é o Estado de Alagoas (R\$ 3.533.343,00 em recursos alocados). Já o menor beneficiário em recursos contratados é o Estado de Mato Grosso (R\$ 858.234,99), de acordo com a tabela a seguir:

Tabela 8
Recurso alocado e recurso comprometido por UF

UF	Alocação de Recurso 1ª Distribuição	Alocação de Recurso 2ª Distribuição	Total de Recurso Alocado (1a e 2a distribuição)	Total Comprometido
AL	1.049.622,00	2.483.721,00	3.533.343,00	1.155.555,20
BA	1.892.435,00	5.216.511,00	7.108.946,00	5.088.097,71
CE	1.807.764,00	4.468.627,00	6.276.391,00	6.832.565,90
DF	851.276,00	2.055.256,00	2.906.532,00	1.017.975,00
MG	3.268.690,00	8.715.143,00	11.983.833,00	12.357.921,48
MT	1.110.020,00	2.639.845,00	3.749.865,00	858.234,99
PR	1.944.154,00	5.102.875,00	7.047.029,00	2.044.451,14
SC	1.655.233,00	4.254.253,00	5.909.486,00	1.670.731,44
Total	13.579.194,00	34.936.231,00	48.515.425,00	31.025.532,86

Fonte: Relatório Gerencial Financeiro dos Pólos de Educação Permanente. Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Ministério da Saúde (2005).

O total de recursos dos projetos apresentados pelos oito estados dos PEPS pesquisados corresponde a R\$ 51.515.452,21. Minas Gerais apresentou projetos com o maior volume de recursos R\$ 17.672.312,31 (34,3%), seguido pelo Ceará com R\$ 10.420.342,20 (20,2%) e Paraná com R\$ 7.051.045,99 (13,7%). O Estado que apresentou o menor volume de recursos em projetos foi Alagoas, com R\$ 1.137.795,84 (2,2%). Ceará responde pelo maior valor de recursos contratados ou em contratação (R\$ 6.919.279,37), embora não seja o Estado com maior proporção de recursos contratados (66,4%). Mato Grosso recebeu a maior parte dos projetos contratados ou em contratação (79,7%), seguido do Distrito Federal com 79%. Alagoas ficou em terceiro lugar (73,1%) e teve a maior porcentagem de projetos contratados ou em contratação, embora não seja em volume de recursos, conforme pode se observar pela tabela a seguir.

Tabela 9

Trabalhadores beneficiados, projetos apresentados e contratados por PEPS

UF	Recurso Alocado (2004/2005) (A)	Valor dos Projetos Apresentados (B)	Valor dos Projetos Contratados ou em Contratação (C)	% (C/B)
AL	3.533.343,00	1.137.795,84	831.309,22	73,1
BA	7.108.946,00	6.296.004,90	601.995,50	9,6
CE	6.276.391,00	10.420.342,20	6.919.279,37	66,4
DF	2.906.532,00	1.288.525,00	1.017.975,00	79,0
MG	11.983.833,00	17.672.312,31	2.294.573,82	13,0
MT	3.749.865,00	1.484.458,87	1.183.980,93	79,7
PR	7.047.029,00	7.051.045,99	1.650.840,98	23,4
SC	5.909.486,00	6.164.967,10	1.573.902,91	25,5
Total	48.515.425,00	51.515.452,21	16.073.857,73	31,2(*)

Fonte: Relatório Gerencial Financeiro dos Pólos de Educação Permanente. Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Ministério da Saúde (2005).

(*) Percentual de projetos encaminhados pelos Pólos, do universo total 159, que tiveram recursos liberados.

Sete estados dentre os nove PEPS pesquisados apresentaram projetos que não utilizam recursos do Pólo (recursos extrateto) ou que não foram pactuados no Pólo. São eles: Bahia, Ceará, Distrito Federal, Minas Gerais, Mato Grosso, Paraná e Santa Catarina.

Apesar de o Pólo de Juiz de Fora constar na planilha do Ministério da Saúde com projetos contratados ou em contratação, seus representantes declararam que, à época da coleta de dados, nenhuma atividade havia sido financiada com recursos próprios. As atividades que passaram pela aprovação deste Pólo utilizaram recursos extrateto sem que houvesse governabilidade sobre os projetos. Os recursos recebidos do Ministério declarados pelos PEPS estão muito aquém daqueles apresentados na planilha do Ministério, como se pode observar pela tabela abaixo.

Tabela 10
Recursos do MS Declarados pelos PEPS

PEPS	Valor dos Recursos liberados pelo MS e declarados pelos PEPS	Atividades realizadas
Belo Horizonte	Sem informação	Não se aplica
Brasília	R\$ 200.000,00	Não informado
Cuiabá	Sem informação	Não se aplica
Curitiba	(*) 476.101,74	Não informado
Florianópolis	Sem informação	Não se aplica
Fortaleza	764.749,77	Não informado
Juiz de Fora	219.000,00	Seminários sobre Educação Permanente; estruturação do Pólo; elaboração de projetos; capacitações; infra-estrutura; concepção, divulgação, implementação, hora- aula e informatização das UBS.
Maceió	1ª - 101.019,00 37.000,00	Atividades parcerizadas com o Pólo Atividades parcerizadas com o Pólo
Salvador	1ª - 118.039,00 2ª - 171.644,00 (SES) 1.070.000,00 (extra-teto) 617.000,00 200.000,00	Residência Médica Atividades parceirizadas

Fonte: Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2006)

(*) Os Pólos Regionais de Educação Permanente do Paraná contam, desde a sua implantação, com duas fontes de recursos para financiar suas atividades: Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde do Paraná. Com relação aos recursos da esfera estadual, o Governo do Estado do Paraná destinou, em agosto de 2003, R\$ 550 mil para a livre organização dos PREPs (sigla utilizada para definir os 22 Pólos Regionais criados no Paraná) durante cinco meses daquele ano. Manteve a dotação de R\$ 110 mil por mês para o exercício de 2004, R\$ 5 mil para cada Pólo Regional. No ano seguinte, esse valor foi elevado para R\$ 8 mil mensais para execução de pequenos projetos dos Pólos Regionais. Esse recurso fica disponível na Regional de Saúde para ser usado pelo Pólo nas atividades de execução dos projetos, o que confere mais liberdade de atuação ao Pólo. Projetos com valor superior a R\$ 8 mil devem ser encaminhados ao Pólo Ampliado, para envio posterior ao Ministério. Em 2005, por exemplo, o PREP da Regional Metropolitana recebeu R\$ 59.182,62 do governo estadual para execução de pequenos projetos de capacitação.

6.1. Critérios de Financiamento

Os critérios utilizados pelo Ministério da Saúde (MS) para definição do teto de cada Estado foram: população dos municípios em gestão plena no Estado; número de equipes de Saúde da Família; número de conselheiros de Saúde; inverso da capacidade docente

universitária e técnica instalada; número de Unidades Básicas de Saúde; população total do Estado e número de cursos universitários na área da Saúde.

O total de profissionais de Saúde existente em cada Estado não constitui um critério adotado pelo MS. A tabela a seguir, elaborada com base nos dados da Pesquisa de Assistência Médica Sanitária – AMS 2002, mostra o total de profissionais de Saúde por UF, assim como o número de profissionais sobre 1.000 habitantes.

Tabela 11
Total de RH em saúde por nível de escolaridade e total por 1.000 habitantes, segundo a UF

UF	Nível Superior	Nível Técnico e Auxiliar	Qualificação Elementar	Pessoal Administrativo	Total RH Saúde 2002	Total por 1.000 hab.
AL	8.269	7.930	6.107	7.452	29.758	10,3
BA	39.744	33.457	21.196	37.674	132.071	9,9
CE	23.135	18.373	13.952	19.535	74.995	9,8
DF	12.631	12.919	1.190	12.276	39.016	18,2
MG	81.214	65.812	25.171	60.694	232.891	12,7
MT	8.154	7.593	5.164	7.100	28.011	10,8
PR	40.941	33.797	13.331	29.292	117.361	12
SC	22.630	18.743	9.604	14.145	65.122	11,8
Total	236.718	198.624	95.715	188.168	719.225	

Fonte: Pesquisa de Assistência Médica Sanitária – AMS. IBGE (2002).

Destacam-se os seguintes dados: o Estado do Paraná dá apoio financeiro sistemático a cada Pólo Regional no valor de até R\$ 8 mil por mês. A Bahia mantém a residência médica, o que representa um custo aproximado de R\$ 1 milhão por mês, além de oferecer apoio para a realização de seminários, oficinas e encontros com a finalidade de estruturar os PEPS baianos.

Com relação ao financiamento foram detectados que a transferência dos recursos financeiros diretamente às instituições executoras privou a possibilidade de os PEPS realizarem o acompanhamento da execução orçamentária e técnica e não se levou em conta, como critério para o cálculo do teto, os recursos humanos em Saúde nas unidades da federação.

7. PAPÉIS E RELAÇÃO ENSINO X SERVIÇO

As entrevistas realizadas neste estudo permitiram observar que a percepção sobre a relação ensino-serviço e a visão sobre a participação das instituições de ensino privadas variou nos diferentes Pólos avaliados. Chamam a atenção a elevada participação dos serviços no papel de coordenação dos Pólos e a expressiva participação das instituições de ensino privadas, como pode ser observado na tabela a seguir:

Tabela 12
Sede da Coordenação e participação de instituições privadas

PEPS (cidade sede)	Coordenação (sede)	Participação de Instituições de Ensino Privadas
Belo Horizonte	Hospital Psiquiátrico	Sim
Brasília	Instituição de Ensino (UnB)	Sim
Cuiabá	SES - Escola de Saúde Pública	Sim
Curitiba	SES – Escola de Saúde Pública	Sim
Florianópolis	Instituição de Ensino (UFSC)	Sim
Fortaleza	SMS	Sim
Juiz de Fora	SMS	Sim
Maceió	SES – Escola de Saúde Pública	Sim
Salvador	SMS	Sim

Fonte: Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva (2006).

Observa-se a participação das universidades privadas em todos os Pólos avaliados, sendo divergente a opinião dos entrevistados com relação a atuação destas instituições. Em dois Pólos destacou-se positivamente a contribuição das universidades privadas, com atuações ativas nas discussões. Foi apontada a impossibilidade de se conceber o SUS sem a participação das universidades privadas. Em outros, destacou-se as dificuldades na interação entre as universidades públicas e privadas. Segundo opinião de um dos entrevistados, os Pólos favoreciam as universidades públicas; outro, por sua vez, indicou que a interação entre públicas e privadas criava dificuldades para o ensino público, pois as instituições de ensino privadas estariam gratificando os profissionais dos serviços. Foi apontado, ainda, que a participação das universidades privadas se dava por meio de profissionais sem respaldo institucional, expressando uma participação restrita.

Em cinco Pólos, dos nove avaliados, entrevistados destacaram que a transição para o modelo atual possibilitou aproximação entre ensino e serviço, apontando um clima favorável de integração entre estas instituições. Existe, por outro lado, a compreensão de que o Pólo:

"(...) não é o modelo ideal para integrar ensino e serviço e toda a gama de ações voltadas para educação em saúde (formação; Educação

Permanente; capacitação) a não ser que tivéssemos a frente de cada Pólo lideranças com muita capacidade de negociação, compreensão dos dois processos (trabalho em saúde e formação), boa articulação com conselheiros, instituições de ensino e gestores, com jornada de trabalho integral para esta atividade". (Membro de instituição parceira de um dos Pólos)

A existência de conflitos na relação entre ensino e serviço foi indicada em todos os Pólos. Em geral, os entrevistados atribuíram os conflitos à percepção de que a visão entre os profissionais dos serviços e das instituições de ensino difere bastante. Além disso, ressaltaram o distanciamento entre teoria e prática como dificuldade para interação entre as instituições de serviço e ensino.

Com relação à contribuição das instituições de ensino nas atividades dos PEPS, destacou-se a participação ativa dos profissionais destas instituições em seis Pólos, com atividades envolvendo a elaboração de projetos e discussão dos processos de formação. Em um Pólo, a participação das instituições de ensino foi criticada em função da percepção de que elas não conseguiram "dar conta" das necessidades dos serviços e o Pólo atuava no sentido de quebrar a lógica de "balcão de projetos". Em outro, apontou-se que os profissionais das instituições de ensino tinham participação restrita, atuando de forma isolada, sem respaldo institucional.

Os serviços também tiveram participação ativa nas atividades dos PEPS, contribuindo com a percepção das necessidades. Um aspecto destacado pelos entrevistados refere-se à baixa participação dos gestores municipais de Saúde, embora haja representação prevista deste segmento no Colegiado de Gestão de todos os Pólos avaliados. A dificuldade que os serviços enfrentam para liberar os profissionais para as atividades do Pólo também mereceu destaque.

De maneira geral, as Secretarias de Estado da Saúde atuaram de forma intensa nas atividades dos Pólos, com participação ativa na configuração de uma rede de Pólos de Educação Permanente em Saúde nos Estados da Bahia, Ceará, Paraná e Minas Gerais ou na coordenação geral de alguns Pólos. Em apenas um dos Pólos avaliados, a Secretaria de Estado da Saúde não contava com representantes do Colegiado de Gestão, embora esta participação tenha sido solicitada em diferentes oportunidades.

Com respeito aos apoios recebidos do Ministério da Saúde, das Secretarias de Estado da Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, observou-se que:

- Ministério da Saúde: contribui principalmente por meio de apoio financeiro e de diretrizes conceituais;

- Secretaria Estadual de Saúde: principais apoios são do tipo financeiro, infra-estrutura e interlocução;
- Secretarias Municipais de Saúde: apóiam os Pólos por meio de interlocução e infra-estrutura.

Com relação às instituições adequadas para ofertar atividades educacionais em diferentes áreas, os entrevistados consideram que as atividades de educação técnica, tanto para as áreas administrativas quanto para as áreas fim, devem ser oferecidas pelo serviço, por intermédio de Escolas Técnicas do SUS. Por sua vez, as instituições de ensino superior foram consideradas foro privilegiado para o ensino de graduação e pós-graduação (*lato e estrito sensu*) em áreas de Saúde.

8. IMPACTOS

Os impactos observados nos PEPS pesquisados ainda são muito pequenos, devido a não realização de boa parte dos projetos encaminhados ao Ministério da Saúde. No entanto, observaram-se ocorrências importantes em alguns estados, do ponto de vista do desenvolvimento e melhoria dos serviços e da mudança de atitudes nas instituições de ensino, tanto públicas quanto privadas.

Dentre os PEPS pesquisados, apenas dois informaram ainda não ser possível avaliar o impacto da atuação do Pólo nos serviços de Saúde. Outros quatro relataram que a atuação do Pólo conseguiu melhorar os serviços de Saúde de sua área de abrangência, a estrutura organizacional das SES ou de UBS. Em três PEPS, o impacto da atuação do Pólo gerou maior integração entre os profissionais ou equipes de saúde.

Como impacto da atuação dos Pólos, ainda foram citados: o entendimento de que a prática nos serviços está mais alinhada às diretrizes do SUS e ao papel da SES para a formação de recursos humanos; e o aumento da participação de maior número de atores e de diversos segmentos da sociedade comprometidos com os serviços em relação às atividades específicas de educação permanente. Também foi possível que todos os processos de capacitação estivessem dentro de uma mesma lógica (educação permanente), embora ainda falte muito para alcançar os objetivos propostos no projeto de criação dos PEPS.

No Paraná foram realizadas oficinas de Educação Permanente nos Pólos Regionais, nas quais se observaram diversos pontos positivos, como:

- Viabilização e otimização de recursos para projetos mais integrados;
- Oportunidade de discussão dos problemas de Saúde locais;

- Aumento do envolvimento da população com responsabilidade no processo;
- Aumento do acesso à informação sobre Saúde;
- Diálogo e negociação entre os diversos atores;
- Melhora no acompanhamento dos municípios em algumas regionais;
- Realização de articulações entre os parceiros;
- Aumento do interesse de diversos municípios na participação dos PREPs;
- Melhora nas articulações ensino x serviço (estágios);
- Estabelecimento de parcerias com núcleos de educação em vários PREPs;
- Capilaridade das discussões dos problemas de Saúde;
- Exposição de fragilidades e dificuldades de todos os parceiros, fortalecendo as parcerias;
- Motivação e mobilização em várias regionais;
- Construção de projetos e atividades mais adequadas, com vistas à resolutividade;
- Aumento das reflexões sobre a formação para o SUS nas instituições de ensino privadas;
- Discussões enfatizando a humanização, o cuidado, a integralidade e as relações interpessoais em diferentes regionais;
- Identificação e interesse de novos parceiros nos PREPs;
- Resgate do social como objetivo fundamental da estratégia da Educação Permanente em Saúde;
- Estímulo à auto-reflexão quanto ao processo de trabalho;
- Identificação dos limites e possibilidades das ações locais.

Para entrevistados do Pólo de Florianópolis, finalmente houve a construção de um espaço de interlocução entre PEPS para trabalhar diferenças e construção de pontos de convergência:

“(...) o trâmite dos projetos dos PEPS na CIB e COSEMS é nossa responsabilidade. Agora fazemos um questionamento/avaliação dos projetos em relação à Portaria 198/04, antes deixávamos para ser feita na CIB e na CES, agora fazemos questionamento já pela fala da novo grupo do MS. Hoje temos dois técnicos da Divisão de Educação Permanente (DEP) que atuam nas questões da Educação Permanente, só na leitura dos projetos.” (Coordenador do Pólo)

Apesar do pouco impacto nas instituições de ensino, tanto públicas quanto privadas, houve diminuição do confronto entre público e privado; mudanças curriculares; criação de novas estruturas dentro de Universidades; autonomia locorregional da universidades; mudança nas atitudes de docentes em função da aproximação com o serviço; maior articulação ensino e

serviço; troca na composição departamental; criação de comissão interdepartamental de apoio ao PEPS; estímulo para a elaboração de projetos e criação de escolas de Saúde Pública com divisão para cuidar dos Pólos de Educação Permanente (em alguns estados).

Na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) o projeto Pólo de Educação Permanente teve importantes impactos: criou-se um Colegiado interno da Universidade para subsidiar decisões do Pólo com participação das unidades acadêmicas envolvidas com a área de Saúde, o Hospital Universitário, o coordenador das residências da Universidade, o DCE, um representante do sindicato, a pró-reitoria de extensão, pesquisa e graduação. Também foram criadas quatro novas disciplinas no curso de Medicina: *sistemas de saúde, atenção primária em saúde, planejamento e epidemiologia*, que trouxe a inserção dos alunos na rede de serviços. Houve ainda a disponibilização de um curso de especialização em saúde coletiva e a mudança interna da composição do Departamento de Medicina Preventiva, que passou a denominar-se Departamento de Saúde Coletiva. A criação da Pró-Reitoria de Educação Permanente é outro impacto destacado em função da parceria entre o Pólo e a Universidade.

No Pólo de Curitiba, as universidades abriram maior espaço para o diálogo, tendo inclusive ocorrido mudanças curriculares em algumas situações. A aproximação com os serviços fez com que os docentes se atualizassem para a preparação dos cursos. Foi citado como exemplo a Universidade do Paraná (UNIPAR) que, após uma oficina de Educação Permanente com seus docentes e serviços da região, realizou mudanças curriculares⁷:

“Hoje a SES tem uma política de valorização dos estágios, que não devem ser entendidos como captação de mão-de-obra barata. Se a universidade tem interesse em abrir vagas para diversos cursos, como farmácia ou veterinária, são discutidos os objetivos e o compromisso da SES para um envolvimento do estagiário com o SUS, suas estratégias e estrutura. Melhorou muito, muitos técnicos da SES são professores nas universidades. A expectativa é que os estagiários cheguem com um olhar de que o SUS funciona e com conhecimento mínimo da legislação.”
(Coordenador do Pólo)

Em Salvador, o Pólo trouxe para a Universidade o desafio de repensar estratégias para a educação permanente e o exercício do diálogo e da paciência. Os impactos identificados por alguns dos entrevistados referem-se à:

- Criação da comissão interdepartamental para trabalhar e dar apoio às atividades do Pólo;
- Estimulo a elaboração de projetos que podiam contar com a participação de diversas categorias;

⁷ Não se explicitou que tipo de mudança curricular foi realizada.

- Do ponto de vista político, é um exercício para dialogar, fazer atualizações e capacitação; enfrentar problemas nos serviços e na comunidade;
- Colocar as pessoas no espaço do processo de trabalho. Isso permitirá formar o profissional no próprio sistema de saúde para que ele possa entender que a prática de sua atividade envolverá, por exemplo, lidar com várias pessoas, ter uma relação estabelecida com quem vai ser o cliente dele ou paciente. É preciso conscientizá-lo que vai lidar, a maioria das vezes, com gente em sofrimento.

9. EDUCAÇÃO PERMANENTE: COMPREENSÃO E EXERCÍCIO

O conceito de educação permanente utilizado para a formulação da política de desenvolvimento de profissionais para o SUS contém os seguintes pressupostos fundamentais:

- A prática profissional do aluno deve ser incorporada ao processo de ensino-aprendizagem, como condição para uma aquisição ativa, reflexiva e, em consequência, crítica de novos conhecimentos;
- Os conhecimentos adquiridos no processo de ensino-aprendizagem devem ser utilizados na prática profissional do egresso, como condição para sua compreensão, aplicação e avaliação;
- A aplicação dos conhecimentos adquiridos na prática profissional e a incorporação da prática profissional ao processo pedagógico dão significado à aprendizagem e sentido ao seu uso.

A tarefa de avaliar o impacto de uma determinada estratégia educacional exige a identificação de atributos característicos de situações antecedentes (estrutura familiar, estilo de vida, sexo, idade) e situações processuais (método de ensino, programas, materiais, clima de classe, interações) o que, por si, já denota a complexa tarefa do avaliador.

Sendo a educação permanente para o SUS compreendida como aprendizagem no trabalho *“onde o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao exercício profissional”* (SOUZA, 1991), entende-se que a concretização da proposta se dá no contínuo *educação-trabalho-educação*, demandando espaço para reflexão e debate, abertura para incorporação dos problemas reais ao sistema de formação, materiais didáticos apropriados, competência didático-pedagógica específica, clima de ensino-aprendizagem democrático, oportunidade para discussão leitura e debates, entre outros fatores.

Assim, foram apresentadas aos entrevistados uma série de questões sobre as características da educação permanente e da educação continuada (terminologia e

conceituação próprias do MS) e foi pedido que identificassem sua aplicabilidade à atuação dos PEPS. Diante das definições ou interpretações apresentadas aos entrevistados não houve qualquer questionamento sobre o caráter verdadeiro ou falso atribuído a um ou outro conceito de educação (continuada x permanente); não houve comentários sobre a convergência ou divergência das duas abordagens contempladas e, finalmente, não houve a interpretação semântica dos dois termos no que se refere à possibilidade de serem sinônimos ou antônimos.

O significado e o conteúdo dos conceitos utilizados, segundo definição do Ministério da Saúde⁸, apresentado pela pesquisadora Regina Faria, podem ser assim esclarecidos.

- Pressuposto pedagógico – o processo de aprendizagem é um processo permanente de retroalimentação entre aquisição de conhecimento e prática profissional ou é um processo no qual a prática precede o conhecimento.
- Objetivo principal – o objetivo da educação permanente é transformar as práticas, enquanto que o objetivo da educação continuada é atualizar conhecimentos.
- Público-alvo – os beneficiários da atuação dos PEPS são as equipes (de atenção e gestão) em qualquer área do sistema, enquanto que os beneficiários dos Pólos-PSF são as equipes de Saúde da Família.
- Lógica de operação – segundo a documentação do MS existe uma diferença conceitual entre ser contínuo e ser permanente: a educação continuada é descendente – a partir de uma leitura geral dos problemas, identificam-se temas e conteúdos a serem trabalhados com os profissionais, geralmente sob o formato de cursos. A educação permanente tem uma lógica de operação descendente na qual – a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos enfrentados na atenção e gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovem o dialogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e pessoas.
- Atividades educativas – os cursos podem ser padronizados com carga horária, dinâmica e conteúdos definidos centralmente ou baseados em solução de problemas equacionados de acordo com cada situação específica.

Assim, verificou-se principalmente os níveis de compreensão que os entrevistados têm da proposta em seu conteúdo essencial. Esta verificação foi feita contrastando os pressupostos da educação permanente com os pressupostos de modelos educacionais expositivos e descritivos. O conjunto de questões formuladas pode ser resumido pelo quadro

⁸ Interpretação dos conceitos disponibilizados nos documentos oficiais e na bibliografia disponibilizada pelo MS feita por Regina Faria, Pesquisadora do Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva. FMUSP/2006.

seguinte, que foi submetido à opinião dos entrevistados, quando foi solicitado que eles definissem a aplicabilidade de uma e outra estratégia ao seu trabalho cotidiano nos PEPS.

9.1. Resultados

A opinião dos entrevistados se divide entre duas assertivas: alguns entendem que a educação permanente é dinâmica, sistemática e relacionada com o exercício profissional, propondo conteúdos a partir da realidade; outros avaliam que ela não se difere da educação continuada, à medida que ambas são ininterruptas e ocorridas em processos duradouros. Poucos entrevistados apontaram a questão metodológica como um dos importantes diferenciais da estratégia ativa e reflexiva. Um terceiro conjunto de entrevistados considera que a proposta da educação permanente é bastante avançada, embora haja grande dificuldade de entendimento em relação ao conceito, principalmente pela forma como foi introduzido.

Compreendendo adequadamente o conceito, ou não, é quase unânime a opinião que a estratégia proposta significou um avanço por pelo menos duas razões: (a) ter ampliado o universo de atores participantes e (b) ter definido os elementos constitutivos do quadrilátero de sustentação da política de EP para o SUS.

O PEPS de Curitiba tem reconhecida liderança com respeito à discussão do tema e os entrevistados assinalaram o histórico diferenciado e avançado daquele Estado que tem sido liderado pela SES. Naquela região, segundo os entrevistados, a educação para as equipes de Saúde da Família já abordava, com assessoria de equipes canadenses, a importância de um processo pedagógico “orientado para problemas”. Em Belo Horizonte, os profissionais entrevistados, que hoje atuam no Núcleo Interdisciplinar de Educação Permanente em Saúde (NIEPS), sediado na UFMG, consideram que o conceito e as características da educação permanente constituem o eixo das discussões que vêm sendo realizadas nos Encontros Municipais. Segundo declaração de um desses profissionais, *“a EP é entendida como um processo formativo no serviço, para o serviço e com o serviço sendo tema de uma reflexão contínua, individual e coletiva, do fazer cotidiano”*.

Em Florianópolis existe clareza sobre a complexidade envolvida na aplicação dos conceitos de Educação Permanente e sobre as divergências quanto à construção e o caminhar deste processo, mas sua viabilidade é ressaltada porque os Pólos de Educação Permanente congregam quatro pilares estruturantes: serviço, educação, controle social e gestão. Em Salvador destaca-se a opinião de um dos entrevistados que considera a EP como um processo de permanente retro-alimentação no qual o conhecimento adquirido é aplicado e sua

aplicação gera novos conhecimentos: conhecer → praticar/aplicar → aprender → conhecer → [...].

Uma das perguntas-síntese formulada aos entrevistados, durante o trabalho de campo, está reproduzida a seguir. Seu propósito foi averiguar (a) a compreensão que os entrevistados tinham dos conceitos; (b) a percepção da aplicabilidade de uma ou outra estratégia (EP x EC) em seu trabalho. As respostas traduzem: visão excludente – quando, a juízo do/a entrevistado/a, apenas uma das estratégias é aplicável; ou visão includente – quando, a juízo do/a entrevistado/a, ambas as estratégias são aplicáveis. Em dez entrevistas prevaleceu a visão includente, como pode ser observado na tabela seguinte.

Tabela 13

Grade submetida aos entrevistados

Gostaríamos de verificar sua opinião sobre a definição de algumas dimensões referentes a duas abordagens pedagógico-educacionais. As definições constam de documento oficial do MS e nosso objetivo é identificar sua aplicabilidade exclusiva ou inclusiva (excludente ou convergente) nas atividades educacionais dos Pólos.

Item	Abordagem 1	Abordagem 2	Sua Opinião
Pressuposto pedagógico	O “conhecimento” preside /define as práticas. Em outras palavras, o trabalho é o momento ou a situação nos quais os conhecimentos adquiridos são aplicados e utilizados.	As práticas são definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, organização do trabalho, etc.) e a aprendizagem dos adultos requer que se trabalhe com elementos que façam sentido para os sujeitos envolvidos (aprendizagem significativa).	☐ 1. Apenas a 1 é aplicável ☐ 2. Apenas a 2 é aplicável ☐ 3. Ambas são aplicáveis ☐ 4. Nenhuma é aplicável
Objetivo principal	Atualização de conhecimentos específicos.	Transformação das práticas.	☐ 1. Apenas a 1 é aplicável ☐ 2. Apenas a 2 é aplicável ☐ 3. Ambas são aplicáveis ☐ 4. Nenhuma é aplicável
Público	Profissionais específicos, de acordo com o conhecimento a trabalhar.	Equipes (de atenção e gestão) em qualquer área do sistema.	☐ 1. Apenas a 1 é aplicável ☐ 2. Apenas a 2 é aplicável ☐ 3. Ambas são aplicáveis ☐ 4. Nenhuma é aplicável
Lógica de Operação	Descendente. A partir de uma leitura geral dos problemas, identificam-se temas e conteúdos a serem trabalhados com os profissionais, geralmente sob o formato de cursos.	Ascendente. A partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos enfrentados na atenção e gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovem o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e pessoas.	☐ 1. Apenas a 1 é aplicável ☐ 2. Apenas a 2 é aplicável ☐ 3. Ambas são aplicáveis ☐ 4. Nenhuma é aplicável
Atividades educativas	Cursos padronizados – carga horária, conteúdo e dinâmica definidos centralmente.	Problemas são resolvidos / equacionados de acordo com cada situação.	☐ 1. Apenas a 1 é aplicável ☐ 2. Apenas a 2 é aplicável ☐ 3. Ambas são aplicáveis ☐ 4. Nenhuma é aplicável

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde (2004a).

Tabela 14
Resultados das Respostas sobre EP x EC

Dimensão focalizada	Abordagem 1 – EC	Abordagem 2 – EP	Total de respostas (10 entrevistas)	
			Visão includente	Visão excludente
Pressuposto Pedagógico	O “conhecimento” preside /define as práticas. Em outras palavras, o trabalho é o momento ou a situação nos quais os conhecimentos adquiridos são aplicados e utilizados.	As práticas são definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, organização do trabalho, etc.) e a aprendizagem dos adultos requer que se trabalhe com elementos que façam sentido para os sujeitos envolvidos (aprendizagem significativa).	05	05
Objetivo Principal	Atualização de conhecimentos específicos.	Transformação das práticas.	06	04
Público-alvo	Profissionais específicos, de acordo com o conhecimento a trabalhar.	Equipes (de atenção e gestão) em qualquer área do sistema.	06	04
Lógica de Operação	Descendente. A partir de uma leitura geral dos problemas, identificam-se temas e conteúdos a serem trabalhados com os profissionais, geralmente sob o formato de cursos.	Ascendente. A partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos enfrentados na atenção e gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovem o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e pessoas.	06	04
Atividades Educativas	Cursos padronizados – carga horária, conteúdo e dinâmica definidos centralmente.	Problemas são resolvidos / equacionados de acordo com cada situação.	07	03

Fonte: Pesquisadora do Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina/USP (2006).

10. MODELO ANTERIOR E MODELO ATUAL

Objetivo

Obter informações sobre os Pólos estudados anteriormente para identificar as mudanças ocorridas na sua forma de atuação e o impacto das modificações introduzidas pela Política de Educação Permanente em Saúde para o SUS.

Metodologia

Estudos de caso com os Pólos avaliados em 2000. A coleta das informações foi realizada por meio da aplicação de um roteiro semi-estruturado de entrevista com informantes-chave dos Pólos estudados (coordenadores, ex-coordenadores e parceiros).

Operacionalização

As entrevistas foram realizadas nas instituições-sede dos Pólos e/ou instituições parceiras, no período de janeiro a abril de 2006.

Os resultados que contrastam a experiência anterior com a experiência atual estão resumidos nos dois quadros, a seguir.

Quadro 2
Pólos do PSF

ITEM	ASPECTOS POSITIVOS	FRAGILIDADES
PARTICIPAÇÃO	• Impulsionou a participação dos docentes e profissionais da atenção • Mobilizou as IES	• Participação restrita às equipes do PSF • Baixa participação dos gestores municipais • Baixa intersetorialidade
ATIVIDADES EDUCACIONAIS	• Introdução do curso de Especialização em SF • Criação de novas disciplinas no curso de graduação de Medicina • Favoreceu a inserção dos alunos na rede básica de serviços • Propiciou discussão e formação de profissionais para o SUS	• Atividades voltadas exclusivamente para as equipes do PSF • Olhar mais tradicional da formação de técnicos (educação continuada)
LÓGICA DE OPERAÇÃO	• Pólos mais bem estruturados e coordenados • Maior autonomia • Recurso vinculado • Estrutura mais ágil	• Atividades submetidas à lógica de funcionamento das IES que coordenavam os Pólos
ASPECTOS GERAIS	• Estímulo à expansão do PSF • Consolidou experiências para a introdução dos PEPs • Existência de espaço físico • Maior eficácia no cumprimento dos objetivos • Favoreceu a capacitação pedagógica dos docentes • Maior clareza no papel do Estado	• Baixa capacidade de atendimento da demanda • Baixa visibilidade • Não elaborou políticas de RH • Instituição coordenadora atuava como instância de distribuição de recursos • Recursos centralizados

Quadro 3
Pólos de Educação Permanente do SUS

ITEM	ASPECTOS POSITIVOS DAS DIRETRIZES	DIFICULDADES DE OPERACIONALIZAÇÃO
PARTICIPAÇÃO	• Ampliação do público-alvo • Maior <u>oportunidade</u> de participação de gestores locais, conselheiros e ONGs • Mobilização de docentes nas atividades dos Pólos	• Baixa participação dos gestores municipais • Baixa disponibilidade dos participantes para as atividades do Pólo • Composição do Conselho Gestor não facilita a participação dos municípios
ATIVIDADES EDUCACIONAIS	• Ampliação das atividades e do público-alvo • Maior integração entre as diferentes equipes de saúde • Lógica da Educação Permanente • Foco nas necessidades dos municípios • Formação de gestores e conselheiros	• Morosidade na implantação das atividades • Perda de foco • Proposta pedagógica não foi implantada como previsto • Objetivo da política de RH para o SUS não está claro
LÓGICA DE OPERAÇÃO	• A roda é mais democrática, todos estão na mesma condição, recebem as mesmas informações e não há discriminação • Participação de novas instituições definidoras de ações e atividades	• Excesso de atores no processo decisório • Rigidez na forma de implementação da Política de Educação Permanente • Baixa integração das SES
ASPECTOS GERAIS	• Sintonizado com as diretrizes do SUS • Ampliação da noção de Atenção Básica • Contemplou gestão, formação, trabalhadores e usuários • Alteração da prática • Grande autonomia • Maior discussão e reflexão • Planejamento com base nas necessidades e especificidades de cada região	• Processo de trabalho moroso • Recursos pulverizados para outros níveis de atenção • Caráter virtual dos pólos • Transição abrupta, interrompendo as atividades do Pólo PSF • Fortalecimento das IES privadas

10.1. Dificuldades da operacionalização das diretrizes da Portaria 198/04:

Diversas dificuldades para a operacionalização das diretrizes da Portaria 198/04 do Ministério da Saúde foram citadas pela maioria dos PEPS visitados, entre elas:

- Inexistência de um espaço físico adequado para o PEPS;
- Excesso de procedimentos exigidos pelo MS;
- Desencontro de informações e orientações da equipe central sem fundamentação técnica;
- Rotatividade dos profissionais do Ministério da Saúde;
- Burocracia do MS dificultando o processo de organização dos PEPS.

Em Salvador mencionou-se que a composição do Conselho Gestor não facilita muito a participação dos municípios. A representação maior é do Estado com cultura centralizadora. A principal dificuldade encontrada em Juiz de Fora pelos Institutos de Ensino Superior e pelas instituições de serviço refere-se à falta de perfil na formação pessoal/profissional e departamental dos professores, sem muita experiência de trabalho com a coletividade.

Em um dos PEPS, destacou-se que a educação permanente como estratégia deveria permear todas as áreas do Ministério da Saúde. Existem propostas contraditórias de capacitação, pois vários programas do MS continuam funcionando na lógica anterior: verticalizada, de cima para baixo, sem ouvir aqueles que têm interesse ou são afetados por esses programas, enfraquecendo a proposta da educação permanente.

“O Ministério adota uma postura esquizofrênica, pois ao mesmo tempo em que procura implementar uma Política de Educação Permanente continua com as linhas de financiamento tradicionais de cursos de capacitação, com tudo definido pelo nível central – formato, conteúdo, público-alvo, etc. Os gestores falam uma coisa, mas os técnicos fazem outra.” (Coordenador de Pólo)

Para outros, a Política de Educação Permanente é muito boa, mas há uma distância entre o discurso e a prática. Deve haver mais flexibilidade: *“O Pólo real está distante do ideal, souberam criar espaço mas não souberam fazer a gestão”*. Foi destacado, ainda, que a composição do Conselho Gestor é um “mix de instituições” com interesses diferentes (Estado, Ensino e Serviço).

BIBLIOGRAFIA

- VILASBÔAS, Ana Luiza. , GIL, Célia Regina Rodrigues, CERVEIRA Maria Angélica Cúria. *Projeto de Avaliação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família*. Brasília. Agosto 2005. (Documento interno de circulação restrita)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. MS-GM – Portaria 198/04
- CECCIM, Ricardo Burg. FEUERWERKER, Laura C. M. *O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social*. PHYSIS: REVISTA SAÚDE COLETIVA, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004 41
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Reunião dos coordenadores dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, 2002.
- SILVA PINTO, Lorene. BARBOZA FILHO, José Carlos. *Considerações sobre o Projeto para Conformação da Rede de Pólos de Educação Permanente em Saúde da Bahia*. REVISTA BAIANA DE SAÚDE PÚBLICA, volume 29, número 1. Jan/Jun 2005: 125-135.
- SOUZA, Alina Maria de Almeida et al. *Processo educativo nos serviços de saúde*. Série Desenvolvimento de Recursos Humanos número 1. OPS. Brasília, 1991.

3. Relatório dos Pólos de Educação Permanente em Saúde do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	91
1. Gênese e Estrutura.....	93
2. Composição e Estrutura Organizacional.....	104
3. Processo Decisório	107
4. Atividades e Beneficiários	114
5. Monitoramento e Avaliação	124
6. Financiamento.....	124
7. Impactos	126
8. Relação Ensino – Serviço	127
9. Educação Permanente.....	131
10. Modelo Anterior x Modelo Atual: compreensão e exercício.....	135
11. Dificuldades de Operacionalização das Diretrizes da Portaria 198/04	141
12. Considerações Finais	143
BIBLIOGRAFIA	145
ANEXOS.....	146
I. Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro que conformam os cinco Pólos de Educação Permanente em Saúde.....	147
A) Mapa regiões de Saúde do Rio de Janeiro	148
B) Pólo da região metropolitana I	149
C) Pólo da região metropolitana II e baixada litorânea	150

D) Pólo da região centro-sul, médio Paraíba e Baía de Ilha Grande	151
E) Pólo da região norte e noroeste	152
F) Pólo da região serrana	153
II. Entrevistas realizadas	154

QUADROS

Quadro 1 – Pólos de Educação Permanente em Saúde no Estado do Rio de Janeiro, municípios integrantes e população locorregional; Rio de Janeiro 2006	92
Quadro 2 – PEPS do Estado do Rio de Janeiro – aplicabilidade das abordagens pedagógico-educacionais	133
Quadro 3 – Pólos de capacitação de pessoal para o PSF: opinião de coordenadores dos PEPS do Estado do Rio de Janeiro	136
Quadro 4 – Pólos de Educação Permanente: opinião de coordenadores dos PEPS do Estado do Rio de Janeiro	138

GRÁFICOS

Gráfico 1 – Opinião dos entrevistados dos PEPS do RJ sobre a transição dos Pólos PSF para o modelo atual (N=5)	95
Gráfico 2 – Instâncias existentes nos PEPS do Rio de Janeiro (N=5)	104
Gráfico 3 – Segmentos representados no Colegiado de Gestão dos PEPS do RJ (N=5)	105
Gráfico 4 – Frequência das reuniões das instâncias existentes nos PEPS do Rio de Janeiro	107
Gráfico 5 – Instituições responsáveis pelas Atividades Educacionais na opinião dos coordenadores do PEPS do RJ (N=4)	128
Gráfico 6 – PEPS do Estado do RJ – Apoio recebido do MS, da SES e da SMS	130

INTRODUÇÃO

O Estado do Rio de Janeiro é composto por noventa e dois municípios divididos em oito regiões geográficas pelo Centro de Informação e Dados do Rio de Janeiro (CIDE), órgão da Secretaria de Estado de Planejamento. Essa divisão territorial se deu em 1987 quando foi aprovada, a Lei 1.227 estadual que criou o Plano de Desenvolvimento Econômico e Social 1988/1991 e dividiu o território fluminense em oito Regiões de Governo: Metropolitana, Noroeste Fluminense, Norte Fluminense, Baixadas Litorâneas, Serrana, Centro-Sul Fluminense, Médio Paraíba e Baía da Ilha Grande⁹.

A Secretaria de Estado de Saúde utiliza a mesma divisão geográfica adotada pelo CIDE acrescida de mais uma região, pois a Região Metropolitana foi dividida em duas, devido ao grande contingente populacional, capacidade instalada e acesso aos serviços de Saúde.

A configuração das regiões para a área da Saúde foi aprovada em 2001 pela Comissão Intergestores Bipartite em 18 de outubro e pelo Conselho Estadual de Saúde em 07 de dezembro do mesmo ano¹⁰.

A definição locorregional dos cinco Pólos de Educação Permanente no Rio de Janeiro considerou a regionalização adotada pela Secretaria Estadual de Saúde em que o Estado conforma nove Regiões de Saúde (Anexo I). Instituiu-se também o Fórum de Pólos do Estado do Rio de Janeiro, sediado na Subsecretaria Adjunta de Recursos Humanos da Secretaria de Estado de Saúde, com a atribuição de articuladora dos cinco Pólos de Educação Permanente conforme previsto no Art. 4º, parágrafo único, da Portaria 198, de fevereiro de 2004, do Ministério da Saúde.

Considerações quanto à gênese dos PEPS no Estado do Rio de Janeiro:

- Não houve a incorporação dos Pólos anteriores pelo fato de ter havido uma ruptura entre o modelo anterior e o modelo atual;
- Os PEPS existentes foram criados no âmbito estadual a partir da Portaria 198/04 emitida pelo Ministério da Saúde;
- Os Pólos anteriores foram substituídos pelos atuais;
- Há no Estado cinco PEPS criados a partir de um processo realizado em 2004.

No quadro 1, a seguir, pode-se observar a conformação dos PEPS definidos e os municípios que os compõem.

⁹ Centro de Informação e Dados do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://200.156.34.70/cide/divisao_regional.php>. Acesso em 25/02/2007.

¹⁰ Secretaria de Estado de Saúde. Plano Diretor de Regionalização. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/gestor/Plano_diretor.shtml>. Acesso em 25/02/2007.

Quadro 1

Pólos de Educação Permanente em Saúde no Estado do Rio de Janeiro, municípios integrantes e população locorregional; Rio de Janeiro 2006

Pólos	Municípios	População*
REGIÃO METROPOLITANA I Município sede: Rio de Janeiro	Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japerí, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, São João de Meriti, Queimados, Rio de Janeiro, Seropédica.	9.232.846
REGIÃO METROPOLITANA II E BAIXADA LITORÂNEA Município sede: Niterói	Araruama, Armação de Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande, Itaboraí, Maricá, Niterói, Parati, Rio Bonito, Rio das Ostras, São Gonçalo, São Pedro D'Aldeia, Saquarema, Silva Jardim, Tanguá.	2.195.893
REGIÃO SERRANA Município sede: Teresópolis	Bom Jardim, Cachoeiras de Macacu, Cantagalo, Carmo, Cordeiro, Duas Barras, Guapimirim, Macuco, Nova Friburgo, Petrópolis, Santa Maria Madalena, São José do Vale do Rio Preto, São Sebastião do Alto, Sumidouro, Teresópolis, Trajano de Moraes.	847.993
REGIÃO NORTE E NOROESTE Município sede: Itaperuna	Aperibé, Bom Jesus de Itabapoana, Cambuci, Campos dos Goytacazes, Carapebus, Cardoso Moreira, Conceição de Macabu, Italva, Itaocara, Itaperuna, Lage do Muriaé, Macaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Quissamã, Santo Antônio de Pádua, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana, São João da Barra, São José de Ubá, Varre Sai.	1.008.535
REGIÃO CENTRO-SUL, MÉDIO PARAÍBA E BAÍA DE ILHA GRANDE Município sede: Volta Redonda	Angra dos Reis, Areal, Barra do Piraí, Barra Mansa, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Itatiaia, Mangaratiba, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Sapucaia, Três Rios, Valença, Vassouras, Volta Redonda.	1.237.834

Fonte: elaboração própria a partir de informações disponibilizadas pela Secretaria Estadual de Saúde e Pólo da Região Metropolitana I. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/gestor>>. Acesso em 23/11/2006 e <<http://www2.uerj.br/~pepsmetro1>>. Acesso em 23/11/2006.

(*) População estimada segundo IBGE – Censo Demográfico e Estimativas, 2002.

A estrutura do relatório comporta a pesquisa dos Pólos no Estado do Rio de Janeiro. Não será feita uma descrição das partes que compõem o relatório, desenhadas no sumário do

trabalho. Cabe apenas mencionar que os dados do trabalho de campo foi anexo ao corpo central do relatório e que contém o conteúdo das entrevistas realizadas com as coordenações dos cinco Pólos e também das instâncias gestoras centrais da PEPS.

1. GÊNESE E ESTRUTURA DOS PÓLOS

1.1. Características do processo decisório que deu origem aos PEPS no Estado do Rio de Janeiro

A avaliação da Política de Educação Permanente em Saúde desenvolvida no Estado do Rio de Janeiro exigiu a reconstrução do processo de implantação e instalação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS), de modo a identificar o estágio de desenvolvimento da mesma.

Desde 1997 até a Portaria 198/04, do Ministério da Saúde, existiam no Estado dois Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para o Programa Saúde da Família os quais apresentavam a seguinte composição:

- A) Pólo do Rio de Janeiro: coordenado pela Dra. Ellen Márcia Peres, Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ);
- B) Pólo de Niterói: coordenado pelo Dr. Marcos Paulo Fonseca Corvino, médico sanitário, Professor da Universidade Federal Fluminense (UFF).

A partir da Portaria 198/04 do Ministério da Saúde, que transforma o Programa de Capacitação em Saúde da Família em Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para os recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), estes dois Pólos são extintos e é definida no Estado a formação de cinco Pólos que terão por função a efetivação da portaria. Houve uma ruptura com o modelo de Pólos anterior (Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para o Programa Saúde da Família – Pólos-PSF).

Não houve também, no Rio de Janeiro, um processo de transição dos Pólos-PSF para os Pólos de Educação Permanente em Saúde. Sob a perspectiva dos gestores e atores que deles participam houve um esgotamento e abandono dos Pólos de Capacitação e a Política de Educação Permanente veio para “preencher o vazio” que o Programa anterior deixou. Nas entrevistas realizadas com os ex-coordenadores do programa do Pólo de Capacitação para o PSF e com os coordenadores centrais do PEPS constata-se que nem a estrutura nem os participantes foram considerados na atual política de Pólos.

“(...) os Pólos de Capacitação que existiam não satisfaziam as necessidades. A Portaria 198/04 foi o grande impulso para se começar tudo novamente não tendo sido considerados neste processo a conformação dos Pólos anteriores”. (Coordenadora do Fórum de Pólos).

Entretanto, apesar dessa ruptura, alguns entrevistados consideraram os Pólos anteriores como precursores da discussão da Educação Permanente, embora focalizado na formação das Equipes de Saúde da Família:

“Eles não começam do zero Na verdade, eles começam de um processo que já existia da gestão anterior, do governo anterior que estava muito pautado em cima da política de implantação do Programa de Saúde da Família. Esse era o braço do Ministério que cuidava de qualificar quadros para trabalhar nesta lógica e neste programa.” (Coordenadora do Fórum de Pólos).

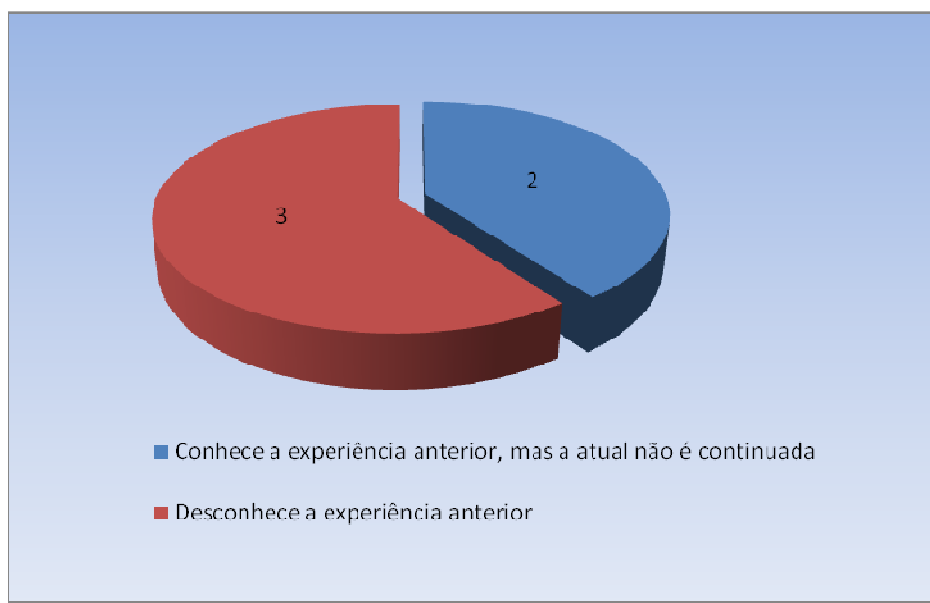
1.1.1. A descontinuidade no processo de implementação dos Pólos

A variável descontinuidade/fragmentação foi extraída como categoria central da análise. Cabe destacar, quer nos objetivos, quer nos resultados e financiamento dos PEPS, a execução da política não acompanhou um padrão de desenvolvimento continuado da mesma. Observa-se, além da descontinuidade e ausência de um processo de transição com a política anterior, a dificuldade no andamento desta Política. A formação dos cinco Pólos no Estado se deu com a criação dos Colegiados de Gestão e do Fórum de Pólos. Num momento posterior são elaborados projetos, sobre a base das necessidades dos municípios demandadas pelos participantes das instâncias gestoras. Observa-se uma paralisia da política já que a realização destes projetos não se conseguiu efetivar até o presente, tal como previsto nos objetivos da Portaria.

Dentre os cinco coordenadores dos PEPS que foram entrevistados, apenas dois conheciam a experiência anterior dos Pólos de Capacitação para o PSF, conforme mostra o gráfico a seguir.

Gráfico 1

Opinião dos entrevistados dos PEPS do RJ sobre a transição dos Pólos PSF para o modelo atual (N=5)



Observa-se que o processo de implementação dos PEPS no Estado ocorreu, desde seu início, a partir de uma descontinuidade em relação aos Pólos que existiam anteriormente, como demonstram também as falas reproduzidas a seguir:

“(...) houve uma força muito forte de quem estava fora desse processo, de não deixar perpetuar o que tinha antes, isso aqui no nosso Estado. Se eu continuasse com a estrutura do Pólo como ele era antes, eu impoderava de novo os mesmos elementos, antes ocupantes daquelas divisões. Então, foi uma coisa muito participativa, por isso que houve esse rompimento... não fomos nós, estrutura SES, que decidimos não trabalhar com aquele contexto já existente de Saúde da Família, foram os próprios participantes deste movimento.” (Coordenadora do Fórum de Pólos)

“Uma ruptura. Se você me perguntar eu acho que foi uma ruptura. O que eu noto é que o Pólo que eu vi agora, ele nada mais tem a ver.”
(Coordenadora de Pólo)

“(...) porque nós não trabalhamos com os Programa de Saúde da Família. Nós não transformamos um programa já existente, no Pólo. Nós

partimos da premissa de que o Pólo era algo maior. portanto, você trabalhar com uma estrutura que já estava rígida, que já estava posta, engessada, não adiantaria nada para o que estava querendo, para o que estava desejando o Ministério enquanto política". (Coordenadora de Pólo)

Nota-se a existência de um descontentamento em relação a atuação dos Pólos anteriores pelos entrevistados que participam da experiência dos PEPS. Ressalta-se que nenhum dos coordenadores entrevistados teve participação ativa nos dois modelos de Pólo, atuaram apenas no atual ou no anterior.

A descontinuidade no processo de implementação da política em relação aos Pólos de Capacitação para o PSF não foi considerada como positiva por todos os entrevistados. Apontou-se dificuldades decorrentes da falta de continuidade entre as propostas do MS:

"O que aconteceu foi que houve uma cisão. Foi jogado fora toda articulação anterior dos Pólos de Saúde da Família, que existia um lócus, existia um processo. As pessoas estavam acostumadas a trabalhar coletivamente. Isso deveria ter sido aproveitado na constituição dos PEPS, não foi. Aí houve embates políticos na sua elaboração." (Representante de Instituição Parceira)

1.1.2. Participação de integrantes dos Pólos anteriores na composição dos PEPS

A participação nos Pólos de Educação Permanente daqueles que atuavam nos Pólos anteriores é limitada. Considerou-se que a representação por profissionais da UERJ era maior do que aquela oriunda da UFF:

"Quem ficou muito do Pólo anterior foi a UERJ. A [representação] Universidade Federal Fluminense estava centrada num número muito pequeno de pessoas. E foram pessoas que tiveram assento no Pólo, agora, durante uma fase inicial. Depois se afastaram. Então vieram outras pessoas da universidade, completamente diferentes da fase passada." (Coordenadora de Pólo)

Na formação do Pólo da Região Serrana foi ressaltada a grande participação de uma Instituição de Ensino Superior – Fundação Educacional Serra dos Órgãos (FESO) que era referência locorregional dos Pólos de Capacitação de Pessoal para o PSF. Neste caso, foi considerado que o Pólo de Educação Permanente foi, em parte, uma continuidade do anterior devido a atuação dessa instituição na implementação do mesmo.

1.1.3. O papel da SES na gênese dos Pólos

Diferentemente da implantação dos Pólos de Capacitação de Pessoal para o PSF, em 1997, em que a coordenação ficou nas mãos de professores de Pós-Graduação das Universidades do Estado, UERJ e UFF, na coordenação da Política de Educação Permanente, a SES passou a ter uma importância significativa, tanto no que se refere à coordenação dos Pólos como no seguimento da Portaria e das diretrizes políticas do MS.

“(...) não fomos nós que decidimos isso. Quando a política veio, do nível federal para nós, enquanto instituição Secretaria Estadual de Saúde, nós tínhamos a missão de implementar no Estado”. (Coordenadora do Fórum de Pólos)

Mas a atuação da SES na coordenação dos Pólos é vista de maneira controversa. Na maioria dos cinco Pólos do Estado, os coordenadores observam que as dificuldades para um desenvolvimento integrado dos PEPS obedecem aos conflitos da SES com a condução ministerial da política.

Os coordenadores de Fórum de Pólos chamam a atenção para “perspectivas diferentes” que geram permanentes entraves e que podem ser sintetizadas no financiamento e nas estruturas de gestão da PEPS. O fato do financiamento do MS estar condicionado à aprovação de projetos inviabilizou a realização dos mesmos pelos cinco Pólos do Estado do Rio de Janeiro, este foi um argumento permanentemente mencionado pela coordenação do Fórum de Pólos.

“No Estado do Rio de Janeiro, se alguém financiou a política de Pólos foi a Secretaria de Estado da Saúde. Todos os eventos foram bancados pela fonte zero e zero do tesouro estadual. Agora o que dependeu dos projetos aprovados etc. até agora não vimos a cor do dinheiro.” (Coordenadora do Fórum de Pólos).

Outra ordem de questões é a que se refere às modalidades relativas a financiamento, tais como procedimentos, ausência de institucionalização em relação a efetuar o repasse fundo a fundo, problemas na transmissão das regras de financiamento de projetos, o que pode ser solicitado e o que não será contemplado. Como se observa a seguir:

“(...) um ano para dizer que não vai financiar a instalação da Secretaria Executiva. Uma coisa é você passar Fundo a Fundo e você cobrar a prestação de contas. Se gastou tanto nesse curso, tanto nesse evento. Para que foram os eventos? Com que instituições? Essa política de Pólos não está institucionalizada.” (Coordenadora do Fórum de Pólos)

O segundo aspecto ressaltado nas entrevistas se refere à debilidade do exercício do poder decisório da política devido às estruturas de gestão formuladas pela Portaria. A Roda de Gestão é vista como permanente instância deliberativa do conjunto de atores que participam da política, sem que esta consiga adquirir caráter executivo no processo de implementação. Contribuindo, desta forma para a não institucionalização das instâncias gestoras e, em definitivo, da Política de Pólos de Educação Permanente para a saúde.

“(...) os Pólos do jeito que eles foram concebidos nesta Portaria acabaram criando certa confusão de quem estava participando. A partir de hoje você não decide mais. Vai ter que sentar com o colegiado para tomar decisões. Colocar as pessoas de níveis diferenciados, com poderes diferenciados, dizendo que todos tinham o mesmo poder nesse momento (refere-se à roda) - isso ainda não funciona. Era uma falsa idéia de democracia. Eles não ficam iguais porque estão sentados em torno de uma mesa.” (Coordenadora do Fórum de Pólos)

Os gestores estaduais atribuem, também, as dificuldades para a efetivação da política ao fato de os educadores estarem distantes da gestão. Mais concretamente há referências às diferentes tendências políticas existentes no Ministério da Saúde que se atualizam no processo de mudança de governo e de alternância de direções tecno-burocráticas, assim como, às mudanças nas estruturas departamentais ao interior do MS. Estas mudanças, por sua vez, favorecem certas posições e descartam outras que não lhe são próximas. Posicionamentos político – técnicos que se aproximam de visões mais discursivas e visões mais pragmáticas disputam espaços de poder nas estruturas político governamentais. Atuando na construção das agendas políticas e operando o que (OFFE, 1984) denomina de “seletividade estrutural dos organismos de governo”.

A Secretaria Estadual de Saúde (SES) teve participação ativa no processo de formação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) no Estado como “*coordenadora desse processo*”. Foram realizados Seminários Estaduais para discutir a proposta de educação permanente e definir a criação de cinco Pólos no Rio de Janeiro. Essa etapa contou com a participação de convidados da área de ensino, dos serviços, da gestão e do controle social. Posteriormente, realizou-se também o Fórum de Pólos cuja articulação e coordenação ficaram a cargo da SES. Função exercida pela coordenação da Subsecretaria de Recursos Humanos da Secretaria Estadual de Saúde em conjunto com a coordenação da sua respectiva Superintendência de Desenvolvimento de Recursos Humanos.

A participação da SES nos PEPS se dá tanto pela atuação no processo de criação e coordenação do Fórum quanto no desenvolvimento dos Pólos. Porém, a presença atuante da Secretaria Estadual tem sido motivo de controvérsias observadas tanto em relação à opinião

dos entrevistados dos PEPS quanto à proposta do Ministério da Saúde (MS). Se por um lado a SES entendia que tinha como “missão” a instalação da Política no Estado, por outro o MS “discordava”.

A Portaria 198/04 do Ministério da Saúde que institui a Política e a conformação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde define como papel da SES:

- Coordenar o processo de inclusão de todos os municípios aos Pólos;
- Nos Estados em que fossem formados vários Pólos, a SES deve reuni-los periodicamente para *“estimular a cooperação e a conjugação de esforços, a não fragmentação das propostas e a compatibilização das iniciativas com a política estadual e nacional de saúde”* (BRASIL, 2004).

Segundo a mesma Portaria, foram atribuídas ao MS as seguintes funções, dentre outras:

- o financiamento da Política;
- a acreditação dos projetos;
- o *“(...) acompanhamento e assessoramento necessários, de forma que nenhum projeto seja excluído”*;
- o apoio técnico, financeiro e operacional à constituição e funcionamento dos Pólos (BRASIL, 2004).

Nota-se, porém, na instância estadual, uma discordância quanto ao papel destinado a SES no processo de criação dos Pólos:

“(...) então eu não quero fazer a Educação Permanente passando por dentro das Secretarias Municipais e Estaduais porque funciona mal. Então, vamos montar uma estratégia para funcionar melhor, um controle maior, com transparência maior, mas não é montar uma estratégia que diga: não tem que passar por dentro das Secretarias, isso é uma doidera”. (Coordenadora do Fórum de Pólos)

Essa participação da SES no processo de implementação e desenvolvimento dos Pólos é vista como necessária para alguns dos entrevistados e causa de dificuldades por outros:

“(...) nós temos a Superintendência de Recursos Humanos da Secretaria de Estado de Saúde, muito, muito presente no Estado do Rio de Janeiro – eu acho que é importante que se diga isso – e dessa forma, conseguiu agregar muitos municípios”. (Coordenadora de Pólo)

“(...) impossível você não considerar a Secretaria Estadual como instância de passagem. E eu acho assim, o primeiro pecado do grupo de elaboração Na fase inicial foi esse pecadinho. Só que esse pecadinho aqui, ficou um pecadão, no momento em que a gente tinha um tensionamento político em algumas situações. Houve um emperramento. Uma atitude meio indignada da Secretaria de se sentir fora do processo, ela própria se colocou como nó do processo”. (Coordenadora de Pólo)

A necessidade da aprovação dos projetos por instâncias estaduais foi considerada um grande entrave no desenvolvimento dos Pólos. De acordo com entrevistados, havia um despreparo da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Conselho Estadual de Saúde (CES) para exercerem essa função devido ao desconhecimento dos projetos e da proposta da educação permanente. Dessa forma, enquanto a SES não se sentiu incluída efetivamente no processo, a fim de então prestar uma maior assessoria, a avaliação dos projetos por essas instâncias não se dava em tempo hábil ou nem ocorria.

A participação da SES parece ter sido distinta em dois momentos. Num momento inicial do processo de concepção o MS tinha, em certa medida, comunicação direta com representantes dos Pólos. Essa relação, porém, gerou conflitos com a SES porque a mesma entendia que o processo se efetivaria por meio de sua intermediação:

“O Ministério da Saúde não queria de jeito nenhum que a Secretaria do Estado fosse coordenadora desse processo. É impossível! Só aconteceu porque nós fizemos a coordenação do processo.” (Coordenadora do Fórum de Pólos)

Num segundo momento, a partir de uma mudança de atores na gestão federal, a SES passou a ter uma atuação maior:

“Ela se sente para dentro do processo no momento da repostura da Educação Permanente, onde os atores no Ministério da Saúde foram mudados, no DEGES. Aí ela [a Secretaria] se aproxima, até porque esse grupo ratifica a importância da Secretaria de Estado dentro do processo.” (Coordenadora de Pólo)

Segundo os entrevistados, houve uma mudança de atores na condução da Política de educação permanente no âmbito nacional. Dois grupos foram distinguidos:

1) Um primeiro grupo que atuou na gênese do processo de constituição e implantação da política.

Nesta fase inicial havia uma comunicação direta da instância federal (MS) com os atores envolvidos no processo de adoção da política no Estado, porém sem interlocuções com a Secretaria Estadual de Saúde:

“Houve um primeiro grupo que fez a portaria. Veio para o município discutir a política de Educação Permanente e começou a desenvolver essa política com os Pólos municipais, com os Pólos regionais. Era um grupo muito presente e parecia que não ter um grau maior de aproximação com a Secretaria Estadual.” (Coordenadora de Pólo)

“Porque nessa primeira fase o Ministério esteve presente aqui, inclusive eles eram nossos convidados para ir à reunião do Colegiado e participam sempre. O tempo todo fazia comunicação por e-mail, por telefone.” (Coordenadora de Pólo)

Durante esta fase a falta de interlocução do MS com a SES foi considerada um entrave no processo de adoção da política no Estado pelo fato da instância estadual discordar do posicionamento da instância federal:

“Eu acho que houve um emperramento. Vamos colocar assim: uma atitude meio indignada da Secretaria de se sentir fora do processo, ele própria se colocou como nó do processo. Ela não aderiu, por isso ela empacou o processo”. (Coordenadora de Pólo)

2) Um segundo grupo que substituiu o anterior que atuou inicialmente.

Segundo os entrevistados, os atores que passaram a atuar neste segundo momento demonstraram falta de conhecimento da Política de Educação Permanente:

“Provavelmente o grupo que tem assento no momento posterior, eu acho que de alguma forma tem um entendimento diferente do que estava sentado no primeiro momento. Não dá continuidade a essa proposta, mas também não disse ao que veio”. (Coordenadora de Pólo)

“Equipes foram substituídas, antes mesmo do que as que substituíram as anteriores tomassem pé da situação. Não só da situação dos Pólos, como também das questões documentais. Havia um desconhecimento generalizado que causou uma falta de estímulo nos Pólos. Houve um ‘amarelar’, fruto dessa descontinuidade dos próprios atores que estavam gerindo as políticas”. (Coordenadora de Pólo)

“Uma fragilidade que foi a mudança na política de governo. As mudanças no Ministério deixaram a idéia de Educação Permanente meio no ar.” (Coordenadora de Pólo)

Outra consideração a respeito dessa mudança na gestão federal foi que os novos participantes não estabeleceram interlocução com os Pólos:

“Quando aconteceu essa mudança no Ministério, tivemos uma reunião definida pelo Estado, onde o Ministério esteve presente e ratificou a posição do Estado, que é o novo grupo. Depois disso eles não participaram de mais de nenhuma reunião, mas o Estado passou a estar presente.” (Coordenadora de Pólo)

“As pessoas se afastaram e quem compunha a equipe inicial da Educação Permanente do Ministério continuava lá, porém afastados do processo. Quando se ligava para o Ministério e falava dessas pessoas o que diziam era: ‘Olha a gente não sabe de nada, não temos o que falar, escreva seu e-mail e mande para cá. Quem sabe eles’ – Eles, quer dizer, o novo grupo – responde.” (Coordenadora de Pólo)

Entende-se que atores que participaram do momento inicial embora tenham continuado no Ministério não atuavam mais nos Pólos, pois novos integrantes haviam assumido essa função. Porém, a partir dessa mudança, a comunicação com os Pólos deixou de existir.

A partir de então, foi estabelecida maior interlocução com a Secretaria Estadual de Saúde:

“(...) o entendimento que a temos é que só começou a haver diálogo entre a Secretaria Estadual e o Ministério da Saúde no momento mais recente.” (Coordenadora de Pólo)

“(...) os atores no Ministério da Saúde foram mudados, no DEGES, aí ela [a Secretaria] se sente, aproxima, até porque esse grupo ratifica a importância da Secretaria do Estado dentro do processo”. (Coordenadora de Pólo)

As mudanças apontadas denotam haver uma descontinuidade também interna ao processo de decisão política do MS uma vez que os atores que articularam e iniciaram o processo de instalação da Política de Educação Permanente foram substituídos por outros que não deram continuidade a atuação que estava sendo realizada anteriormente.

“(...) é possível afirmar que as equipes que vieram depois do primeiro grupo que implantou isso não foram parceiras. Não coadunavam com os princípios da Educação Permanente em saúde. Não viram isso como ferramenta. Acharam que era democrático demais, pacto demais, talvez até ingênuo.” (Coordenadora de Pólo)

A existência dessa descontinuidade foi também um fator de entrave no processo de criação dos Pólos:

“Porque nós começamos com uma política, começamos a nos estruturar e nos organizar enquanto Pólo, e não só como uma questão de organização. Começamos uma vivência, uma vivência fecunda de Pólo, e aí tivemos um Ministro que saiu. Sai ministro, troca direção da Secretaria, direção do Departamento e não necessariamente essas pessoas que assumiram pactuavam com o documento, pactuavam com as premissas da EP, muito pelo contrário.” (Coordenadora de Pólo)

Para analisar a atuação da SES em todo processo de instalação dos Pólos no Rio de Janeiro algumas considerações são necessárias, a fim de que a mesma seja feita à luz das responsabilidades previamente definidas na instituição da Política. Conforme foi apontado por um dos entrevistados, muitos municípios foram agregados aos Pólos devido à participação atuante e correspondente responsabilidade dos mesmos. Assim, a Portaria 198/04 do Ministério da Saúde garantiu que todos os municípios do Estado fossem devidamente incluídos. Coube a coordenação do Fórum de Pólos no Estado atender, em parte, a um de seus papéis que é a reunião periódica dos Pólos. Já a necessidade de sua assessoria às instâncias estaduais (CIB e CES), por desconhecerem a política e os projetos, não está prevista, o que pode ser compreendido se forem considerados os seguintes fatores:

- Está prevista na Portaria 198/04 do Ministério da Saúde que os Pólos poderiam ser compostos pelos seguintes representantes, dentre outros: gestores estaduais e municipais de saúde e conselhos municipais e estaduais de saúde;
- O Conselho Gestor dos Pólos seria constituído por representantes do gestor estadual, dos gestores municipais e outros.

Considerando, portanto, uma efetiva participação desses representantes, estaduais e municipais, nas instâncias gestoras dos Pólos, não deveria haver dificuldades no encaminhamento dos projetos e na avaliação feita pelas devidas instâncias estaduais. Isso porque alguns de seus representantes participariam direta ou indiretamente dos Pólos e deveriam estar previamente cientes de suas atividades.

A solicitação à SES de esclarecimentos por parte dessas instâncias, nas questões referentes aos Pólos, denota uma baixa participação de seus integrantes nos Colegiados de Gestão e Conselhos Gestores no Estado. Nesse aspecto, deve ser avaliada também a qualidade dessa participação quando a mesma existe. Por conseguinte, dificuldades no engajamento de outros setores do Estado à proposta dos Pólos é um fator importante na

gênese dos mesmos e pode ser uma das causas de uma possível intervenção pela SES, não prevista, mas justificável, neste caso.

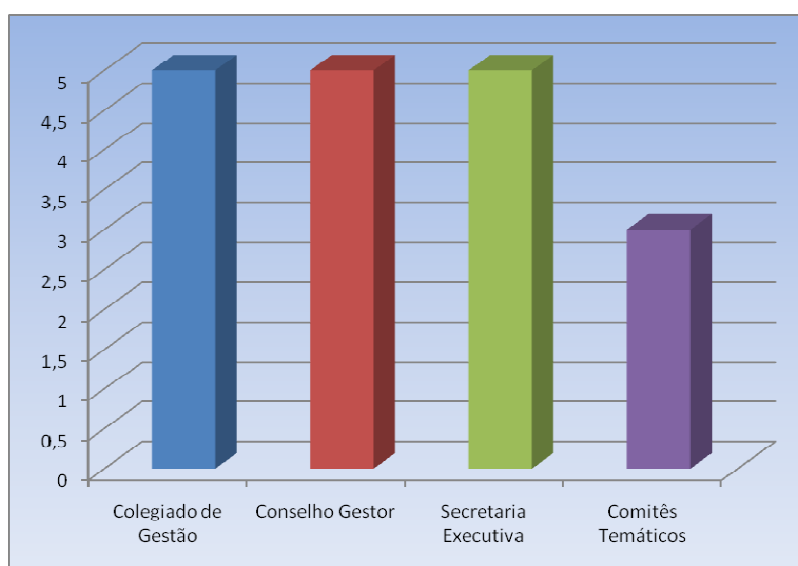
Outra questão fundamental para a análise da atuação da SES nos PEPS do Rio de Janeiro diz respeito ao cumprimento pelo MS de suas atribuições, previstas pela Portaria 198/04. Na presente avaliação, foi constatada grande deficiência na realização dessas atribuições. Comparando com outras experiências em que essas atribuições foram devidamente realizadas, uma análise mais aprofundada requereria compreender qual seria o comportamento da SES e sua repercussão nos Pólos em circunstâncias menos desfavorecidas em relação à efetiva atuação do Ministério. Por outro lado, seria importante entender também, em que medida a postura da SES pode ter comprometido a atuação do MS no Estado.

2. COMPOSIÇÃO E ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

O Colegiado de Gestão é a instância fundamental dos Pólos de Educação Permanente, uma “*plenária onde participam todas as instituições que aderem à proposta*”. Deve ser um espaço de articulação interinstitucional uma vez que compreende a representação de todos os segmentos que participam dos Pólos como gestores, profissionais, instituições de ensino, instituições dos serviços de saúde, controle social e outros.

Quanto à presença de estruturas organizacionais nos Pólos do Rio de Janeiro observa-se que todos os Pólos possuem Colegiado de Gestão, Conselho Gestor e Secretaria Executiva e três deles possuem também Comitês Temáticos, conforme o gráfico a seguir.

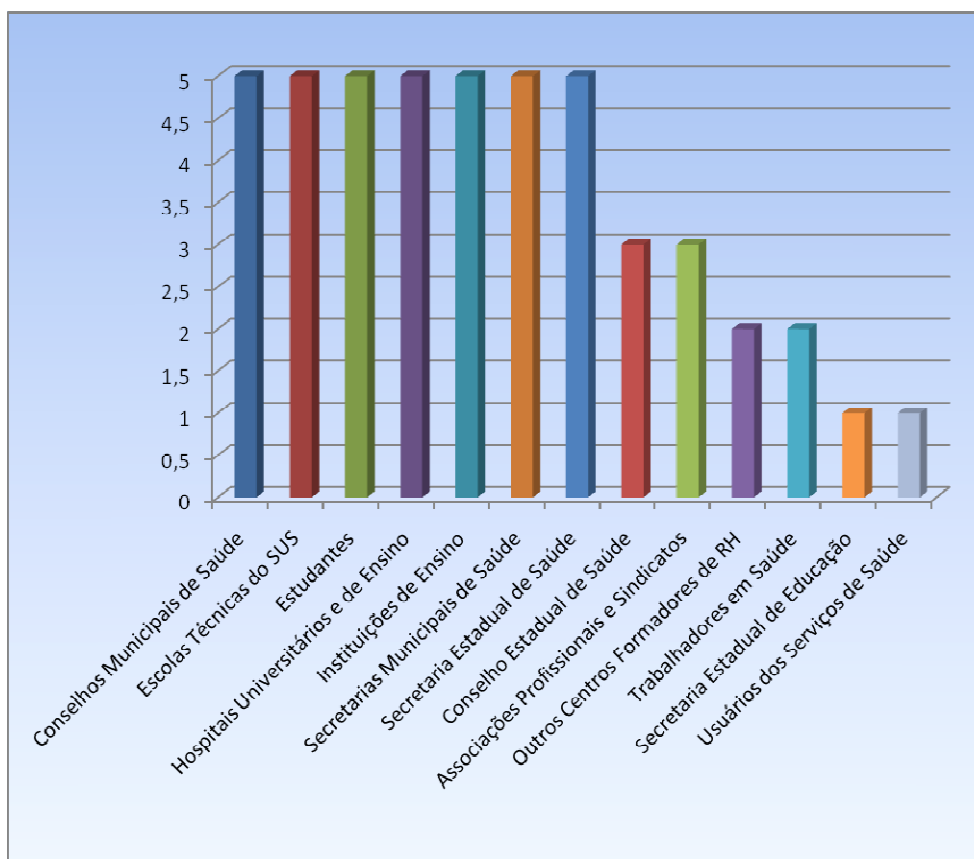
Gráfico 2
Instâncias existentes nos PEPS do Rio de Janeiro (N=5)



Os segmentos representados no Colegiado de Gestão em todos os Pólos são a Secretaria Estadual de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, Conselhos Municipais de Saúde, instituições de ensino, Escolas Técnicas do SUS, Hospitais Universitários e estudantes. Em nenhum dos Pólos avaliados havia representação de Secretarias Municipais de Educação. Os representantes no Colegiado são mostrados no gráfico a seguir.

Gráfico 3

Segmentos representados no Colegiado de Gestão dos PEPS do RJ (N=5)



Dentre as instituições representadas nos Colegiados de Gestão foram citadas:

- Escola Técnica Isabel dos Santos
- Faculdade Redentor
- Faculdade de Medicina de Campos
- Faculdade Pestalose
- Fundação Educacional Serra dos Órgãos (FESO)
- Hospital Álvaro Alvim
- Hospital Antônio Pedro
- SENAC

- Universidade de Barra Mansa (UBM)
- Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)
- Universidade Federal Fluminense (UFF)
- Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
- Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)
- Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO)

De acordo com os entrevistados, o Colegiado de Gestão tem caráter deliberativo e se configura como um espaço de discussão da Política de Educação Permanente, das questões trazidas pelos diversos representantes e para definição, discussão e análise dos projetos elaborados. O Conselho Gestor tem um caráter consultivo onde algumas questões são definidas. Há casos em que primeiro as questões são discutidas no Conselho e depois apresentadas para discussão no Colegiado.

As Secretarias Executivas desempenham várias atividades dentre as quais: convocar os participantes e coordenar reuniões, preparar as pautas, elaborar atas, emitir comunicados e dar encaminhamento às questões aprovadas nas reuniões. Todas as Secretarias estão localizadas nos respectivos municípios sede dos Pólos. Apenas um dos Pólos conta com Secretaria instalada nas dependências de uma instituição de Ensino Superior. Duas delas funcionam em Secretarias Municipais de Saúde, sob a responsabilidade de integrantes do Pólo que ali trabalham: uma funciona em conjunto com a Secretaria do Núcleo de Educação Permanente do município sede, e neste caso, ela fica na Fundação Municipal de Saúde; a outra funciona numa instituição de Ensino Superior onde trabalham seus integrantes. Em todos os casos, para o desempenho de suas atividades as Secretarias utilizam recursos do local onde estão situadas.

Dentre os três Pólos com Comitês Temáticos, em apenas um deles estavam acontecendo reuniões à época das entrevistas. Destaca-se também que em um desses Pólos os Comitês foram criados, mas não existiam operacionalmente, apenas na proposta planejada. Outro Pólo estruturou grupos de discussão dos projetos que se reuniram apenas durante sua elaboração. Em outro Pólo foram formadas Rodas de Gestão por áreas programáticas (geográficas) para discussão de temas considerados importantes, como saúde bucal, saúde mental. Essas rodas se reuniam frequentemente.

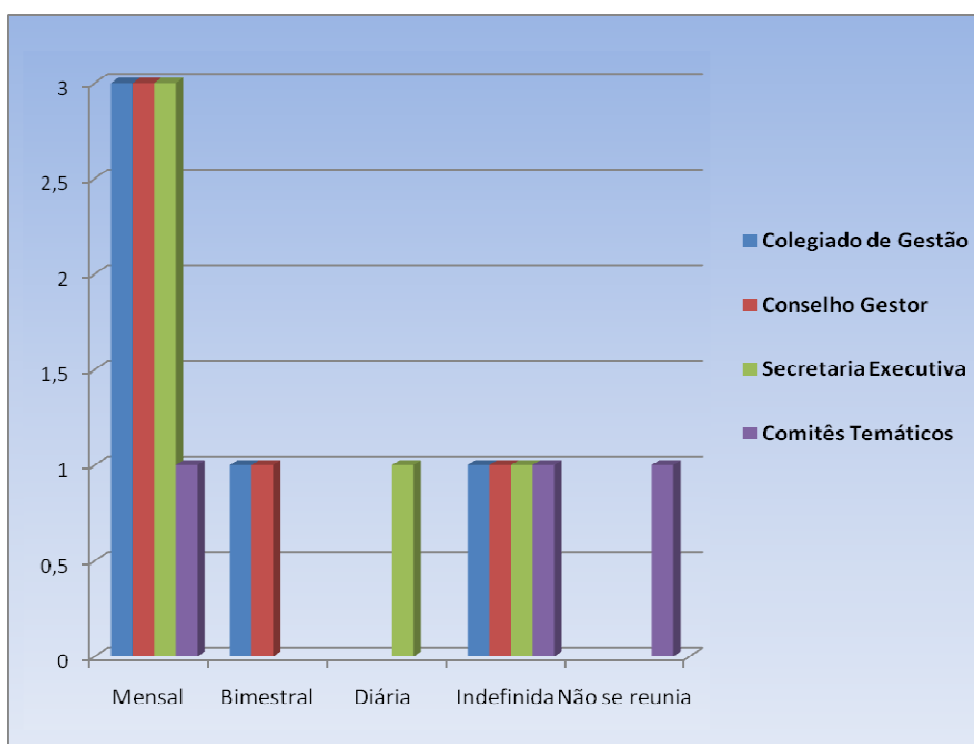
3. PROCESSO DECISÓRIO

3.1. Reuniões

Apenas em dois Pólos as reuniões do Colegiado de Gestão e do Conselho Gestor ocorriam separadamente sendo que nos demais essas instâncias realizavam suas reuniões em conjunto. Na maioria dos Pólos (4) havia uma rotatividade no local (município) onde as reuniões eram realizadas buscando assim maior integração entre os municípios.

Os participantes do Conselho Gestor eram em todos os casos alguns dos representantes que compunham o Colegiado de Gestão. Enfatizou-se a tentativa de ter uma representação ampla, embora com menos integrantes de cada segmento. A frequência das reuniões das instâncias existentes nos Pólos está descrita no gráfico a seguir.

Gráfico 4
Frequência das reuniões das instâncias existentes nos PEPS do Rio de Janeiro



Na pauta das reuniões do Colegiado de Gestão os principais temas, segundo os entrevistados, se relacionavam à construção, avaliação, seleção e encaminhamento de projetos; além da discussão sobre a “lentidão” e “falta de transparência” na aprovação de projetos pelo Ministério da Saúde. Outra questão apontada foi a “educação permanente no âmbito municipal”.

A estruturação da educação permanente nos municípios foi abordada por alguns dos entrevistados. Dois Pólos tinham em seus municípios sedes programas municipais de educação permanente que já existiam antes da Política Nacional de Educação Permanente. Em Niterói existe o Núcleo de Educação Permanente financiado com recursos da Secretaria Municipal de Saúde. Esse Núcleo mantém uma interlocução com toda a rede municipal de saúde e realiza atividades em parceria com outras instituições como as universidades.

“(...) é um núcleo municipal da Secretaria de Saúde onde desenvolvemos pesquisa, apoiamos a formação. Também mantemos reuniões periódicas com as regionais municipais, tendo em vista o olhar voltado para as principais questões de cada uma das regionais. A universidade vem e desenvolve o tempo inteiro algumas atividades conjunta conosco. É uma cooperação de mão dupla. A universidade trás o aluno para campo de estágio. Nós buscamos na universidade aquilo que ela pode nos dar o tempo inteiro”. (Coordenadora de Pólo)

Em Volta Redonda, há o Programa de Educação em Saúde sediado na Secretaria Municipal de Saúde do município. Em Teresópolis há a intenção de se criar um Núcleo de Educação Permanente. Também foi dito que em Petrópolis já existia um Núcleo municipal. A discussão da educação permanente com os municípios foi apontada como um grande ganho no processo vivido até então pelos Pólos:

“A discussão que se promoveu dentro dos municípios; a riqueza desse processo sendo construído. As pessoas discutem a importância disso e eu acho que essa capilaridade é muito legal. Foi a coisa mais relevante desse processo e tem que ser mantida.” (Coordenadora de Pólo)

Em um dos Pólos houve a formação de núcleos gestores para contemplar a divisão locorregião do Estado. Como esse Pólo agregava três áreas geográficas, nele foram criados três núcleos. A comunicação entre os representantes se dava primeiramente entre os representantes dos núcleos que se encarregavam de administrar as questões microrregionais. No Colegiado de Gestão deste Pólo, cada núcleo tinha os representantes dos segmentos de sua área de abrangência.

É importante ressaltar que, à época das entrevistas, em apenas um dos Pólos ocorriam reuniões regulares nas instâncias gestoras. Nos demais, havia um grande esvaziamento por parte dos participantes, justificado pelo desinteresse em dar continuidade às atividades pelo fato de os projetos elaborados não terem sido até então aprovados ou recebido financiamento. A fala reproduzida a seguir aponta o desestímulo vivenciado pelos participantes:

“Uma das questões que ajudou muito a desmotivar as pessoas ao longo do tempo foi a percepção de que não tínhamos nenhuma possibilidade de receber algum recurso para poder efetivar a proposta de Educação Permanente. Isso foi um fator bastante desmotivador.” (Coordenadora de Pólo)

3.2. Gestão colegiada

O processo de “*construção coletiva*” dos Pólos compreendeu a existência de diversos conflitos entre as diferentes representações como sindicatos, conselhos, universidades, escolas técnicas e ONGs além de “*questões políticas*”, o que foi considerado um fator de atraso no seu desenvolvimento.

“É difícil, muito difícil. Então, passou-se muito tempo discutindo e disputando poder – sem dúvida esse é o nosso atraso, esse é o nosso grande atraso.” (Coordenadora do Fórum de Pólos)

“O Colegiado foi uma instância que teve um desafio enorme. Parecia que as pessoas iam se bater mesmo.” (Coordenadora de Pólo)

Apesar das dificuldades destacadas nesse processo de construção coletiva e gestão colegiada, considerou-se “*interessante*” o “*exercício democrático*” realizado nos mesmos na tentativa de “*tornar o mais transparente possível a informação*” e a interlocução alcançada entre os participantes.

3.2.1. Existência de conflitos

Os processos conflitivos que atravessaram os Pólos de Capacitação de Pessoal para o PSF, no momento de sua instalação, especificamente as dificuldades de integração institucional, talvez possam contribuir para a compreensão da escolha das categorias de análise – descontinuidade/ruptura. Essas dificuldades parecem não terem sido resolvidas apenas pela decisão de acabar definitivamente com a experiência anterior, sem mediar processo de transição algum, e iniciar uma nova Política de Capacitação Permanente para o SUS no Estado.

A integração no campo da Saúde entre academia e serviços e entre as próprias gestões ministeriais, se expressa no processo de gestão e nas questões de ordem corporativa dos profissionais de Saúde envolvidos nos Pólos de Saúde da Família no Estado. Por um lado, o Ministério da Saúde havia delegado a condução dos Pólos de Capacitação para o PSF a profissionais de Saúde da academia. Por outro, a disputa por recursos financeiros para a

realização de cursos de capacitação contribuíram para atualizar concepções, projetos e atuações institucionais diferenciadas que visam a objetivos diferentes.

“Você fala essa coisa da velocidade, que é diferente, e a premência das ações No que isso tem de ‘desmandagem’? Às vezes porque o paciente não está bem ou porque tem que passar, por exemplo, por vacinação. Isso não é algo muito discutido. Apesar de às vezes discutirmos isso demais na academia, não resolve muito. Eles também às vezes ressentem um pouco disso.” (Ex-coordenador dos Pólos de Capacitação para o PSF)

“Em relação ao nosso Pólo regional, a proposta do Ministério veio catalisar na verdade uma iniciativa. Aí nós endossamos a proposta. E começou a haver gestões, inclusive com a UERJ. No início houve algumas dificuldades. Então nós fomos acertando um pouco isso, tanto que o recurso acabou sendo dividido. Era um recurso que ia eleger quase que uma instituição só e a nós nos associamos para poder receber esse recurso.” (Ex-Coordenador dos Pólos Capacitação para o PSF)

A existência de conflitos no processo decisório foi apontada pela maioria (4) dos participantes dos PEPS entrevistados:

“O grau de tensionamento era muito grande e acho que é isso mesmo. Os segmentos trazem um pouco esses seus interesses para dentro do fórum. Às vezes são interesses individuais onde o próprio grupo identifica, repele e começa a criar um nível de tensionamento importante.” (Coordenadora de Pólo)

“(…) onde se trabalha num espaço de participação, se não existir conflito é porque existe acomodação. Então os conflitos são bem vindos no nosso Pólo.” (Coordenadora de Pólo)

“Conflitos nós temos em todas as reuniões. Em primeiro lugar o que gera mais conflito é o fato de as pessoas não terem um verdadeiro conhecimento do quê é um PEP.” (Coordenadora de Pólo)

Além de serem diversas, as causas desses conflitos também diferem de um Pólo para outro. As citadas pelos entrevistados foram:

- Expectativas quanto a financiamento de projetos: causada inicialmente por ter sido passada a informação que *“nada será financiado se não passar pelo Pólo”*;
- Formação de facilitadores: em um dos Pólos houve o entendimento por parte de alguns

participantes que os facilitadores seriam remunerados e isso levou a uma disputa interna muito grande;

- Baixa escolaridade de alguns participantes: segundo dois entrevistados as diferenças entre os representantes no Pólo causavam situações de conflito pela falta de entendimento mútuo e um deles apontou a baixa escolaridade de alguns como sendo um dos motivos;
- Desconhecimento da proposta da educação permanente: a falta de conhecimento da Portaria 198/04 do Ministério da Saúde e da proposta dos Pólos por novos participantes era motivo de desentendimentos constantes nas reuniões de um dos Pólos, esse fato era devido principalmente à alta rotatividade de representantes de alguns segmentos;
- Decisões do Ministério da Saúde: um dos entrevistados apontou como causa de conflitos no processo decisório a contestação de algumas decisões do Ministério da Saúde.

Segundo os entrevistados, sempre se buscou o consenso para a resolução dos conflitos existentes mesmo que fossem necessárias várias reuniões para alcançá-lo.

3.3. Projetos

Em todos os Pólos de Educação Permanente do Rio de Janeiro houve elaboração de projetos discutidos e aprovados pelos Colegiados de Gestão. Porém, nenhum desses projetos recebeu financiamento e por essa razão não haviam sido executados. A condição vigente compreendia as seguintes situações:

- 1) Projetos encaminhados ao Conselho Estadual de Saúde ou para Comissão Intergestores Tripartite, sobre os quais não tinha sido dado nenhum parecer até então;
- 2) Projetos que por decisão do Fórum de Pólos seriam encaminhados pela Secretaria de Estado de Saúde ao Ministério da Saúde, mas que ainda estavam na instância estadual;
- 3) Projetos encaminhados ao Ministério da Saúde sobre os quais não tinha sido dado nenhum parecer;
- 4) Projetos encaminhados ao Ministério da Saúde que não haviam sido aprovados;
- 5) Projetos encaminhados ao Ministério da Saúde que embora tivessem sido aprovados não haviam recebido financiamento.

Destaca-se a existência de um projeto no Estado do Rio de Janeiro que foi financiado pelo Ministério da Saúde, mas que era desconhecido pelos Pólos, ou seja, não pertencia aos PEPS e recebeu recursos como projeto de educação permanente. Esse evento causou grande transtorno nos participantes, pois não legitimou a função dos Pólos enquanto condutor da

Política de Educação Permanente, conforme instituído pela Portaria 198/04 do Ministério da Saúde.

A acreditação pelo MS desse projeto não considerou a obrigatoriedade de que o mesmo deveria ter sido pactuado previamente no Colegiado de Gestão do Pólo de sua localidade de origem. Essa situação foi geradora de grande desmotivação nos integrantes dos Pólos:

“(...) cria uma fragilidade porque tem outros caminhos; então vou fazer esse, que é mais fácil do que passar pela roda, discutir na roda, pactuar.”
(Coordenadora de Pólo)

“(...) o único projeto financiado não passou pelo colegiado. Você vê que coisa grave.” (Coordenadora de Pólo)

“Soubemos que houve cursos de pós-graduação no Estado do Rio de Janeiro que foram financiadas. Nós sentimos traídos Isso é um desrespeito.” (Coordenadora de Pólo)

3.3.1. Aprovação de projetos

O processo de aprovação dos projetos elaborados pelos Pólos do Rio de Janeiro é um dos grandes impasses no desenvolvimento dos mesmos. Uma das causas desta constatação é a dificuldade na compreensão e aceitação das propostas pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e pelo Conselho Estadual de Saúde (CES).

“Um dos problemas-chave que houve no nosso Pólo foi quando estávamos com cinco projetos lá dentro, sem o Conselho opinar, sem o Conselho falar nada. Eu ia ao Conselho Estadual para cobrar deles uma posição. Depois de quase quatro ou cinco meses lá e vários telefonemas foi que eles me liberaram um documento dizendo o que estava errado.”
(Coordenadora de Pólo)

O fato de essas instâncias solicitarem esclarecimentos à SES que atuava como “mediador... nesse processo”, também retardava a passagem dos projetos pelo nível estadual:

“Mas isso sempre ‘embarreirou’: os projetos tramitaram com muita dificuldade no Estado. Uma hora estava na Secretaria, outra hora estava no Conselho. Não passavam dessa barreira, do Estado para o Ministério.” (Coordenadora de Pólo)

Outra reclamação dos entrevistados, uma das mais referidas, é a demora na avaliação dos projetos pelo MS:

“(...) isso levou no mínimo um ano, no mínimo” (Coordenadora de Pólo)

“(...) Um dos temas, que ultimamente tem ocupado as nossas reuniões, é a lentidão do Ministério em aprovar projetos. Falta transparência nessa aprovação, que nos permita entender por que os nossos projetos não foram aprovados. Nós não sabemos, não temos os nossos projetos aprovados até hoje”. (Coordenadora de Pólo)

“Passamos quase três anos sem ter nenhum respaldo de Brasília para os nossos projetos.” (Coordenadora de Pólo)

A falta de um retorno do MS aos Pólos do Rio de Janeiro sobre os projetos encaminhados evidencia sua deficiência em executar as funções estabelecidas na Portaria 198/04. De acordo com a referida portaria, a acreditação de projetos pelo MS é *“proposta como recurso de acompanhamento solidário... não se destinando a sua simples aprovação ou reprovação, mas à cooperação técnica...”*. Constata-se que os Pólos do Rio de Janeiro não receberam, na maioria das vezes, sequer um parecer a respeito de seus projetos inviabilizando, portanto, alterações imediatas naqueles casos em que eram necessárias.

Segundo os entrevistados, na maioria dos casos, os Pólos não tinham nenhum conhecimento do fim dos projetos após chegarem ao MS, não havia informações se os mesmos tinham sido avaliados e aprovados ou não:

“(...) estou fazendo um documento para ver onde estão os nossos projetos porque nem eu sei. Uma resposta que uma pessoa de lá disse: ‘Eles foram pulverizados’ para outras pessoas avaliarem. Ele pulverizou tanto, que eu nem sei deles.” (Coordenadora de Pólo)

“Alguns projetos chegaram ao Ministério depois da aprovação na CIB, de terem passado por todo o processo de avaliação no Conselho Estadual e serem enviados para Brasília. São projetos que estavam lá desde o ano passado. Apesar de uma série de intervenções, feitas por e-mail ou por telefone com o Ministério, ficamos muito tempo sem resposta.” (Coordenadora de Pólo)

Entende-se por esta análise que vários fatores contribuíram para a não execução de projetos nos Pólos de Educação Permanente do Rio de Janeiro:

- Dificuldades na avaliação dos mesmos pelas instâncias estaduais (CIB e CES);
- Demora no encaminhamento ao MS dos projetos já aprovados no nível estadual;

- Demora do Ministério da Saúde em avaliar os projetos;
- Não aprovação de grande parte dos projetos encaminhados ao MS;
- Falta de financiamento dos projetos aprovados pelo MS.

3.3.2. Opinião dos entrevistados sobre os projetos elaborados no país

No tocante à elaboração de projetos nos Pólos de Educação Permanente, em geral, foi destacado:

- Existem ações de educação permanente que não precisam “*virar projeto*” mas podem ser realizadas no “*âmbito do próprio serviço*”;
- Existe uma contraposição quanto à capacidade dos representantes para elaboração de projetos: facilidade do aparelho formador e dificuldade de representantes da sociedade civil;
- Há projetos elaborados que não “*tangenciam*” as questões de saúde “*que precisam ser enfrentadas*”;
- Nenhum projeto financiado pode ser considerado como de educação permanente.

Para alguns entrevistados os projetos elaborados no país não atendem às reais necessidades do Sistema Único de Saúde e não comportam propostas de educação permanente:

“Nenhum deles impacta sobre as condições efetivas de implementação do sistema e as condições de saúde da população. Isso hoje é um grande calcanhar de Aquiles.” (Coordenadora do Fórum de Pólos)

4. ATIVIDADES E BENEFICIÁRIOS

Devido à falta de aprovação dos projetos, até o momento da pesquisa quatro Pólos não haviam realizado atividades. As falas reproduzidas a seguir comprovam essa situação:

“Nós não tivemos atividade nenhuma porque todos os nossos projetos ainda não voltaram. Não temos recurso financeiro para nós mesmos fazermos um projeto. Primeiro tem que aguardar aprovação do Ministério da Saúde e do Conselho Estadual. Não temos recursos financeiros, falta apoio técnico, falta tudo.” (Coordenadora de Pólo)

“A falta de financiamento de projetos nos impediu de fazer outras atividades.” (Coordenadora de Pólo)

Apenas um dos Pólos relatou a realização de atividades às quais estão descritas a seguir:

- Seminários: regionais e com o Ministério da Saúde;
- Encontros: com Conselho de Secretários Municipais de Saúde e com a Secretaria de Estado da Saúde;
- Oficinas: estadual, isoladas e piloto;
- Fórum de Pólos.

A abordagem das atividades desenvolvidas contemplou, na maioria dos casos, o processo de discussão da Política de Educação Permanente, a constituição dos Pólos, e algumas propostas às vezes estruturadas como projetos elaborados (a exemplo da Capacitação de Gestores).

A implantação da Política de Educação Permanente, enquanto política nacional de formação e desenvolvimento dos profissionais de Saúde, compreende a constituição dos Pólos e a realização de projetos construídos pelas instâncias colegiadas que objetivem mudanças no ensino, nos serviços e participação popular. Enquanto os Pólos constituídos não realizam as atividades propostas em seus projetos, o objetivo da política não pode ser alcançado mesmo que na implementação existam ganhos recorrentes como, por exemplo, neste caso, houve maior interlocução entre os atores locorregionais a partir desse processo.

Os Pólos, enquanto espaços de articulações e de estímulo para transformação das práticas de saúde e de educação na saúde, dentro do conjunto do SUS, não estabelecem processos efetivos de formação e de desenvolvimento dos profissionais se não realizar as atividades demandadas em cada instância colegiada.

Entende-se, portanto, que os Pólos de Educação Permanente serão uma proposta de ação estratégica para transformar e qualificar a Atenção à Saúde a partir de mudanças no ensino, na gestão e nos serviços de saúde. Ainda mais se os mesmos executarem projetos que contemplem as necessidades locorregionais dos setores correspondentes, propondo e realizando ações que concretizem as transformações que se fazem necessárias.

4.1. Educação Permanente e Estruturação dos Pólos

A educação permanente é considerada como uma aprendizagem que seja significativa, produtora de sentidos a partir da crítica sobre as práticas nos serviços de saúde (BRASIL,

2004b). A reflexão mobiliza o sujeito das ações, os profissionais, partindo da análise dos processos de trabalho.

Em todos os Pólos a discussão da Política de Educação Permanente foi uma das práticas mais exercidas em todo processo de constituição dos mesmos. O entendimento da proposta e a compreensão da Portaria 198/04 do Ministério da Saúde foi um dos principais temas discutidos principalmente no início do processo de criação.

“Ficamos muito tempo em cima do conceito de educação permanente: o que modifica na prática os serviços – você trabalhando com essa ferramenta – o que significa essa construção realmente do conceito.”
(Coordenadora de Pólo)

“Por isso que eu falo: ninguém nos toma a educação permanente. Muita gente já se apropriou.” (Coordenadora de Pólo)

A estruturação dos Pólos se deu a partir de diversas reuniões, a princípio estaduais e depois locais, onde efetivamente foram constituídas as instâncias gestoras (Colegiado de Gestão e Conselho Gestor), as Secretarias Executivas. A partir de então, elas passaram a ser apresentadas, foram conhecidas as demandas microrregionais e também discutida a elaboração dos projetos considerados necessários.

As demandas microrregionais devem ser apresentadas pela participação dos diversos representantes no Colegiado de Gestão. Cabe a essa instância, enquanto referência local, para formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde propor, ações direcionadas a atender as necessidades conhecidas.

Segundo os entrevistados, nos Pólos do Rio de Janeiro a apresentação das demandas se deu a partir das etapas de:

- Elaboração e aplicação de questionários que permitissem conhecer as necessidades municipais;
- Apresentação das demandas pelos atores participantes nas reuniões do Colegiado de Gestão;
- Realização de oficinas de discussão.

“Então, nós nos voltamos para atender demandas. Demandas essas que são colocadas pelos atores nas reuniões. O que nós podemos chamar de plano de ação é o próprio Colegiado decidir.” (Coordenadora de Pólo)

De acordo com a Portaria 198/04 do Ministério da Saúde as ações definidas serão executadas pelos parceiros institucionais dos Pólos: *“Os executores das ações serão cada instituição ou arranjos entre instituições debatidos no Colegiado de Gestão...”* (BRASIL, 2004).

É muito importante considerar que a realização de atividades comuns, envolvendo diferentes instituições e os Pólos, implica na superação dos interesses institucionais em detrimento das necessidades reais dos municípios e das regiões envolvidas. Assim, eles acabam se tornando parceiros efetivos. Essa observação foi feita por um dos entrevistados como imprescindível para melhorar a desempenho dos Pólos:

“O que eu vejo [para melhorar o desempenho dos Pólos] é que há necessidade de uma discussão de pactuação, de como é que você pactua processos de decisões como um conjunto de atores institucionais, com interesses distintos. Acho que isso tem uma questão que é clara: como estabelecer critérios que levem em conta os interesses distintos e que esses interesses, na verdade, estejam atrelados às necessidades daquele município ou Estado. Via de regra, os interesses são corporativos, institucionais e voltados às necessidades locais.” (Representante de Instituição Parceira)

Faz parte da proposta dos Pólos de Educação Permanente que as decisões sejam coletivas, sendo o sujeito o próprio grupo. As articulações interinstitucionais e intersetoriais necessárias para efetivação das ações apresentadas precisam ser construídas. Isso demanda processos de negociação e pactuação entre os pares da Roda de Gestão e estabelece compromissos compartilhados em uma gestão democrática e horizontal. O processo implica também no conhecimento da historicidade que marca cada instituição que deve ser reconhecida como lugar onde se desenvolvem grupos de interesses. Conforme apontado na entrevista, as demandas políticas são conseqüências desses interesses institucionais.

Considerando que as instituições podem de certa forma moldar o comportamento dos indivíduos entende-se que além dos distintos atores individuais e coletivos e das diferentes posições que ocupam, as regras formais e informais que regem as instituições são importantes também na determinação das políticas públicas (SOUZA, 2005). Essa ponderação sobre as instituições que participam dos Pólos é fundamental para que as relações interinstitucionais sejam minimamente possíveis para que haja uma implantação efetiva da Política de Educação Permanente.

Mesmo que as pactuações e decisões coletivas sejam alcançadas nos níveis locorregionais elas precisam existir entre as demais instâncias, sejam nas relações entre os Pólos e as instâncias estaduais ou destas com o Ministério da Saúde.

O que se observou nos Pólos do Rio de Janeiro principalmente nas relações que se estabeleciam além das instâncias colegiadas como, por exemplo, entre a SES e o MS e deste com os Pólos, foi a prevalência das indiferenças interinstitucionais – discordâncias quanto aos seus respectivos papéis e o não cumprimento dos mesmos – que inviabilizaram ações articuladas e pactuadas por essas instituições no sentido do real desenvolvimento e estruturação desses Pólos.

Embora exista nos Pólos diversidade de atores e alguma participação popular – aquela que se deu pela participação de conselheiros, estudantes e usuários nas reuniões dos Colegiados de Gestão – há que se avançar tanto na ampliação das mesmas quanto no fortalecimento das relações já construídas ou em fase de construção. Assim, as propostas definidas pelos projetos poderão ser discutidas, amadurecidas e executadas a curto, médio e longo prazos; objetivando de forma coletiva e com a participação popular, a transformação das relações, condições e práticas do trabalho e da educação em Saúde.

O alcance desses objetivos se dará se considerados os processos históricos locais, as especificidades dos setores e das instituições participantes e as relações pré-existentes entre os diferentes campos perpassados como a educação, a saúde, a política e a gestão.

4.2. Atenção Básica e PSF

A proposta da Política de Educação Permanente prevê a qualificação da Atenção Básica à Saúde a partir da formação e do desenvolvimento das equipes de profissionais e das práticas realizadas nos serviços de Saúde e no atendimento de forma geral. Enquanto uma estratégia do SUS ela é fundamental para o fortalecimento dos princípios que o próprio sistema tem como norteadores de suas ações: a universalização do acesso às ações e serviços de saúde, a integralidade da atenção e a descentralização.

Mesmo que todos os cidadãos cheguem a ter acesso aos Serviços e que os mesmos sejam acessíveis ao menos no nível localregional, o que ainda não é uma realidade no país, os atendimentos prestados precisam garantir uma atenção integral que dê conta das necessidades individuais e coletivas da população.

Embora a maioria dos Pólos não tenha realizado as atividades pretendidas, algumas questões foram apontadas como importantes no âmbito da Atenção Básica e do PSF:

- Incorporação de discussões sobre os modos de organização do trabalho na comunidade com aprofundamento dos elementos que compõem os processos de territorialização da Atenção;

- Necessidade de instrumentalizar as equipes de Saúde para poderem alcançar na sua prática de trabalho os objetivos teoricamente propostos;
- Incorporação da Educação Permanente, enquanto releitura do processo de trabalho, na rotina das equipes.

Pelas questões apontadas pelos entrevistados observa-se que os Pólos têm, pelo menos ainda no nível de discussão, reconhecido a Educação Permanente em Saúde como uma estratégia transformadora das práticas dos profissionais de Saúde.

4.3. Gestão

De acordo com a Portaria 198/04 do Ministério da Saúde, uma das funções dos Pólos é a mobilização da *“formação de gestores de sistemas, ações e serviços para a integração da rede de atenção...”* (BRASIL, 2004). Está previsto na mesma que os gestores estaduais e municipais de Saúde podem compor os Pólos e nos casos em que fosse constituído o Conselho Gestor, o mesmo deveria contar com representantes do gestor estadual, dos gestores municipais, do gestor do município sede e representantes de outros segmentos.

Entende-se, portanto, a importância da participação de gestores que atuam no âmbito da saúde como integrantes das instâncias colegiadas e parceiros do processo de instalação dos Pólos de Educação Permanente. Entretanto nos Pólos do Rio de Janeiro foram apontadas dificuldades de adesão dos gestores à proposta:

“Se você me perguntasse qual foi o segmento mais complicado na sua participação eu diria que foi o segmento gestor. Notamos, às vezes, gestores com pouco interesse em participar.” (Coordenadora de Pólo)

“(...) muitas pessoas vão ao Pólo, principalmente alguns gestores, querendo saber apenas do dinheiro, se tem financiamento ou não. Eles não mandam mais ninguém no Pólo. Fazem adesão ao Pólo, mas a primeira pergunta é se tem dinheiro. Não tenho dinheiro. Nós estamos aguardando o projeto ser aprovado. O projeto ainda está no Conselho Estadual de Saúde, para depois seguir para o Ministério. Temos um problema sério.” (Coordenadora de Pólo)

Os entrevistados fizeram algumas considerações que tangenciam a questão da gestão na área da Saúde nos seguintes aspectos:

- Necessidade da sensibilização dos gestores a fim de que tenham ciência das questões de Saúde de sua região e com elas se comprometam;

- Necessidade da sensibilização dos gestores no que diz respeito à Educação Permanente em Saúde;

A necessidade de sensibilização dos gestores constatada pelos entrevistados está evidenciada na fala reproduzida a seguir:

“Há também o problema dos gestores, processos políticos, gestores que não apóiam. Gestores que não querem saber o quê que é a Educação Permanente.” (Coordenadora de Pólo)

As dificuldades apresentadas pela CIB em avaliar os projetos é também uma evidência da necessidade de sensibilizar os gestores para que estes entendam a proposta da educação permanente, assim como conseguir maior participação desse segmento nas atividades dos Pólos.

Os gestores que são potenciais participantes dos Pólos exercem suas funções em cargos políticos nas instâncias municipais, estaduais e federais e nas instituições de saúde. A posição ocupada por esses atores, na maioria das vezes, ainda é alcançada por indicações e nomeações determinadas a partir de decisões políticas. Esse processo implica numa enorme dificuldade por parte de vários destes atores de compreenderem e aderirem às propostas de educação permanente construídas nos Pólos.

4.4. Curso de Facilitadores

Dentre as linhas de apoio aos Projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS está o *“Desenvolvimento de Ferramentas e Metodologias para Educação Permanente em Saúde”* que tem dentre as atividades propostas *“Cursos de formação de tutores/facilitadores/orientadores para Educação Permanente em Saúde”* (BRASIL, 2004).

A formação dos facilitadores foi apontada como uma atividade em alguns Pólos:

“Nós fizemos os cursos de facilitadores. Os facilitadores estão desenvolvendo trabalhos.” (Coordenadora de Pólo)

Embora os Pólos tenham referido à formação de tutores e facilitadores, foram apontadas pelos entrevistados algumas dificuldades que existiram tanto na seleção dos candidatos quanto na realização dos cursos. Dentre as questões relatadas:

- Dificuldades na distribuição das vagas para realização dos cursos de maneira a atender as demandas locais: foram necessárias várias discussões para definição do número de tutores e facilitadores a que teria direito cada microrregião dentro da área de abrangência dos Pólos. Porém a nível estadual, os critérios adotados pelo MS não

atendiam às necessidades locais o que resultou na falta de tutor para um dos Pólos;

- Dificuldades na realização dos cursos pelos participantes: embora no início muitos tivessem grande interesse em realizar os cursos, durante as aulas muitos participantes desistiram em decorrência das atividades requeridas como, por exemplo, um grande volume de leituras.

Apontou-se também como uma dificuldade para realização dos cursos, em alguns casos, a baixa escolaridade de alguns participantes.

Alguns entrevistados opinaram sobre o material didático utilizado na formação de facilitadores. A opinião dos mesmos é variável como se pode observar nas falas a seguir:

“O que ficou bastante visível para todos nós é que os materiais foram produzidos e destinados a um público que não tinha os instrumentos e os atributos para poder dar conta daquele material. Por isso nós tivemos uma evasão enorme.” (Coordenadora de Pólo)

“Achei o curso de facilitadores excelente. O material é ótimo para sensibilização.” (Coordenadora de Pólo)

Entrevistou-se uma representante da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) que é a instituição responsável pela formação de facilitadores de educação permanente no país. A ENSP embora sediada na cidade do Rio de Janeiro não tinha uma relação específica ativa com os Pólos do Rio de Janeiro:

“(...) nós tivemos algumas dificuldades de definição que eu acho que até agora persistem: o caráter nacional e o caráter local. Por muitas vezes ficamos sem saber o nosso lócus, uma vez que nós somos uma escola nacional.” (Representante de Instituição Parceira)

Segundo a entrevistada, a ENSP foi uma instituição parceira no processo de discussão e implantação da Política de Educação Permanente no âmbito nacional. De acordo com depoimento dos outros entrevistados o 1º Seminário Estadual de Educação Permanente foi realizado na referida instituição:

“Aí não tinha Portaria, vamos jogar a idéia no Seminário que foi lá na ENSP, 1º Seminário Estadual de Educação Permanente realizado em janeiro (mês de férias) para discutir Educação Permanente.” (Coordenadora do Fórum de Pólos)

“Em janeiro de 2004 teve a primeira oficina na ENSP, se eu não me engano. Essa oficina foi para apresentar a Política de Educação Permanente.” (Coordenadora de Pólo)

Outras referências a ENSP feitas pelos entrevistados, dizem respeito à formação dos tutores e facilitadores:

“O Ministério da Saúde fez um convênio com a EAD da Fiocruz e o EAD da Fiocruz ficou responsável pela qualificação desses tutores/facilitadores. Há um convênio feito entre o Ministério e a Escola Nacional de Saúde Pública para formação dos tutores e facilitadores.”
(Coordenadora do Fórum de Pólos)

“Até no curso de facilitador ficou parecendo um quantitativo grande da gestão, isso porque eles eram 30. E o pessoal da gestão praticamente não concluiu o curso. As pessoas que estavam como gestoras até foram na ENSP. Houve um encontro presencial durante dois dias na ENSP. No início, eles foram, mas eles não fizeram as tarefas, nem foram no segundo momento de fechamento.” (Coordenadora de Pólo)

“Foi mandado um comunicado para nossa região que haveria cinco tutores, escolhidos pela ENSP. Foi feito um curso de tutores e, enquanto isso, nós estávamos mobilizando os municípios para mandar os facilitadores. Porque são cinco tutores? Cada tutor com 20 facilitadores.”
(Coordenadora de Pólo)

A análise das entrevistas indica haver uma prevalência do caráter nacional da instituição na sua relação com os Pólos do Rio de Janeiro. De fato, a instituição não participa nem acompanha o processo dos cinco Pólos do Estado. As referências dos entrevistados apontam a uma limitada atuação da ENSP nas instâncias de gestão dos Pólos, ainda que, processo inicial tenha havido a participação na formação de tutores e facilitadores.

4.5. Controle Social

Diversidade de atores e participação popular têm sido objetivos de diferentes iniciativas de construção de espaços de discussão na área da saúde (LABRA, 2005). O Colegiado de Gestão se configura como um local de participação ativa dos distintos participantes. A representação popular nesta instância se dá principalmente quando há participação de conselheiros municipais e estaduais de saúde. A atuação desses atores, porém, não garante que haja o controle social da Política de Educação Permanente.

No Estado do Rio de Janeiro embora tenha sido apontada uma grande participação de conselheiros de saúde em um dos Pólos, em geral considerou-se a necessidade de qualificação dos mesmos para melhorar a qualidade de sua atuação.

A necessidade de desenvolver atividades que melhorem o desempenho dos Conselhos Municipais de Saúde foi apontada nas entrevistas:

“Nós temos conselheiro que nem sabe o papel de um conselheiro porque ele não lê. Colocamos tudo nas mãos dele, mas ele não sabe o quê que é. Ele recebe uma pastinha, ele acha bonito alguém chamá-lo de conselheiro. Muitas pessoas acham maravilhoso ser conselheiro, mas não sabem o papel que devem desempenhar. Isso que é o maior problema! Ele aprova qualquer coisa, ele recebe qualquer coisa do Secretário; põe na mão – ele assina – não está lendo” (Coordenadora de Pólo).

“Esse controle social em Saúde, muitas vezes as pessoas não sabem o papel do controle social. Existem Conselhos de Saúde, onde os conselheiros apenas assinam a documentação. O conselheiro teria que passar por um processo de capacitação para saber agir dentro dessas questões do SUS, porque o verdadeiro papel do conselheiro é o controle social.” (Coordenadora de Pólo).

“A questão da capacitação para conselheiros melhoraria a atuação deles e beneficiaria o andamento dos Conselhos de Saúde.” (Coordenadora de Pólo)

“Eu acho que a capacitação seria assim, como um pontapé-chave para o controle social, e o controle social da EP. Porque é muito bonito o EP [Pólo] formado por gestores, secretários, por estudantes – é muito bonito. Mas se não tiver um controle social... E o quê que adianta você por um controle social lá dentro que não sabe de nada?” (Coordenadora de Pólo)

Outra linha de apoio aos Projetos dos Pólos é a *“Educação e Desenvolvimento da Gestão e do Controle Social no Sistema Único de Saúde”*. Além de ações voltadas para a qualificação dos atores que exercem funções de gestão na área da Saúde estão previstas atividades de *“desenvolvimento para agentes sociais, conselheiros de saúde, parceiros intersetoriais e trabalhadores na área do controle social”* (BRASIL, 2004).

Há, portanto, um respaldo do MS para que sejam desenvolvidas ações que qualifiquem os atores para que eles possam exercer um efetivo controle social nas instâncias colegiadas dos Pólos. Embora ações como essas tenham sido propostas no Rio de Janeiro, os projetos das quais elas faziam parte também não haviam sido aprovados ou recebido financiamento quando da realização das entrevistas.

5. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Em nenhum dos pólos do Rio de Janeiro havia ações de monitoramento e avaliação uma vez que também não havia projetos em execução. Apontou-se que nas reuniões conjuntas dos Pólos têm-se discutido a situação dos mesmos no Estado; situação caracterizada principalmente pela falta de aprovação de seus projetos:

“Tivemos uma reunião estadual, há coisa de dois meses para uma retomada de posição. Essa reunião se seguiu de uma reunião que tivemos no Estado há duas semanas, discutindo os caminhos dos Pólos do Estado do Rio de Janeiro.” (Coordenadora de Pólo)

6. FINANCIAMENTO

Nenhum dos Pólos do Rio de Janeiro recebeu financiamento de seus projetos. A falta de recursos foi mencionada pelos entrevistados várias vezes durante as entrevistas como por exemplo:

“(...) até hoje nós não tivemos nenhuma verba alocada para nós propiciar determinadas atividades.” (Coordenadora de Pólo)

“(...) não existe nenhum projeto financiado no Estado do Rio de Janeiro.” (Coordenadora de Pólo)

“Não recebemos a verba, apesar do projeto belíssimo que fizemos.” (Coordenadora de Pólo)

“(...) cabe registrar que a temos funcionado com os recursos da instituição, porque não tivemos ainda nenhuma liberação de recursos para instalar realmente uma Secretaria...” (Coordenadora de Pólo)

“(...) Estamos desenvolvendo esses trabalhos com os nossos próprios recursos.” (Coordenadora de Pólo)

Segundo a Portaria 198/04, o Ministério da Saúde *“apóia técnica, financeira e operacionalmente a constituição e funcionamento dos Pólos de Educação Permanente...”* e a Política Nacional de Educação Permanente *“será financiada com recursos do Orçamento do Ministério da Saúde”* (BRASIL, 2004).

Uma das questões abordadas sobre o financiamento dos PEPS foi o fato do Estado do Rio de Janeiro ter como projeto executado uma proposta do município do Rio que não passou pelo Pólo e recebeu financiamento como *“verba do Pólo”*. Outros dois projetos também foram

financiados nessas mesmas circunstâncias sem o conhecimento dos Pólos do Estado. O Ministério informou que o Estado tinha um teto financeiro de seis milhões de reais para Educação Permanente, sendo que esses projetos foram financiados com recursos extra-teto. As entrevistadas não conseguiram informação sobre o volume financeiro que compreenderia o extra-teto.

Outras questões apontadas sobre o financiamento foram:

- Falta de informações na Portaria 198/04 do Ministério da Saúde sobre o financiamento a instituições privadas;
- O município do Rio de Janeiro financiou os encontros dos Pólos, os eventos estaduais e regionais sem recursos dos Pólos e do MS o que foi considerado uma contrapartida;
- A transferência de recursos financeiros na área de Gestão do Trabalho e da Educação deveria ser Fundo a Fundo conforme acontece em outras áreas do Sistema:

“Tudo bem, vamos ter uma gestão colegiada, mas institucionalmente, quem vai receber o recurso é o Fundo Municipal e o Fundo Estadual de Saúde? A gestão colegiada é garantida, mas o dinheiro entra pelo Fundo Estadual e pelo Fundo Municipal e é gerenciado sob a responsabilidade do respectivo.” (Coordenadora do Fórum de Pólos)

Considerou-se também a necessidade de haver uma instância gestora dos recursos que seriam destinados aos Pólos. Neste caso, a Secretaria Estadual ficaria com os recursos, porém eles seriam gerenciados por uma instância colegiada específica para esse fim.

“Deveria ter algum nível de pacto local, onde pudesse haver uma instância, que eu acredito que não seja a Secretaria Estadual, nem a Secretaria Municipal, mas algo a ser definido com o conjunto e ser um colegiado. Essa instância colegiada deveria gerenciar esses recursos junto com a própria Secretaria Estadual que talvez pudesse administrar os recursos” (Representante de Instituição Parceira)

O único apoio financeiro recebido pelos Pólos (2) foi de Secretarias Municipais de Saúde conforme exemplifica a declaração a seguir:

“Financeiro acaba tendo sim, podemos colocar assim. Ele ocorre no momento que recebemos ajuda para o deslocamento das equipes para garantir a estada nesses Pólos. Olhando para esse aspecto, acaba tendo algum grau de financiamento para isso.” (Coordenadora de Pólo)

Embora o SUS tenha como um de seus princípios a descentralização do sistema, o mesmo compreende um comando único pela esfera federal da nação. Esse mecanismo

institucional garante a existência de um ator central e com poder determinante nas políticas de saúde no país. As contradições desse processo são várias e algumas estão claramente colocadas na Política de Educação Permanente em Saúde.

Ainda que haja a descentralização da Política com condução locorregional atribuídas aos Pólos, o financiamento dos mesmos se dá com recursos do Orçamento do Ministério da Saúde a projetos acreditados também por essa instância. No caso dos Pólos do Rio de Janeiro os poucos projetos que chegaram a ser aprovados pelo Ministério da Saúde não haviam recebido financiamento e a avaliação dos demais não tinha sido realizada.

Percebe-se, portanto, que por meio da Gestão Colegiada há participação da sociedade no processo decisório da política a nível locorregional. Porém, há um comando único e verticalizado do MS com poder determinante sobre as demandas dos demais atores e sobre o processo de implantação da política.

7.IMPACTOS

Apenas o entrevistado que relatou a realização de atividades pelo Pólo fez apontamentos de impactos os quais se referem à participação das instituições: adesões, engajamentos e definição de sua missão nos Pólos.

“Agora as diferentes instituições sim, esses fóruns, esses seminários, eles propiciaram engajamento. Houve adesão de muitas instituições ao Pólo de Educação Permanente. Ao mesmo tempo em que eles trouxeram adesão de instituições, eles mostraram claramente que interesses de algumas instituições eram adversos a política do Pólo. Foram instituições que inicialmente estiveram conosco, e que depois se ausentaram, evadiram do Pólo.” (Coordenadora de Pólo)

Alguns aspectos no processo de criação e desenvolvimento vividos até então foram apontados como positivos:

- A interlocução entre os participantes;
- A contribuição para uma consolidação da discussão da área de Recursos Humanos no país tanto do ponto de vista da formação como da qualificação profissional;
- A incorporação do conceito de Educação Permanente pelos participantes.

Considerou-se que ainda não são visíveis impactos na qualidade da assistência e do trabalho em Saúde. Frente à falta de desenvolvimento de atividades nos Pólos não são

esperados impactos da Política de Educação Permanente no desenvolvimento e formação dos profissionais de Saúde do SUS no Estado.

As instituições de ensino e do serviço não foram impactadas com mudanças no ensino formal, graduação e pós-graduação. Nem as instituições do serviço puderam exercer transformações em suas práticas de trabalho problematizando as relações e situações vividas no cotidiano para modificá-las quando necessário. Nesta experiência, a educação popular para a gestão social também não foi exercida a não ser nos casos em que houve participação de conselheiros de saúde, estudantes e outros representantes da sociedade nas reuniões colegiadas.

8. RELAÇÃO ENSINO X SERVIÇO

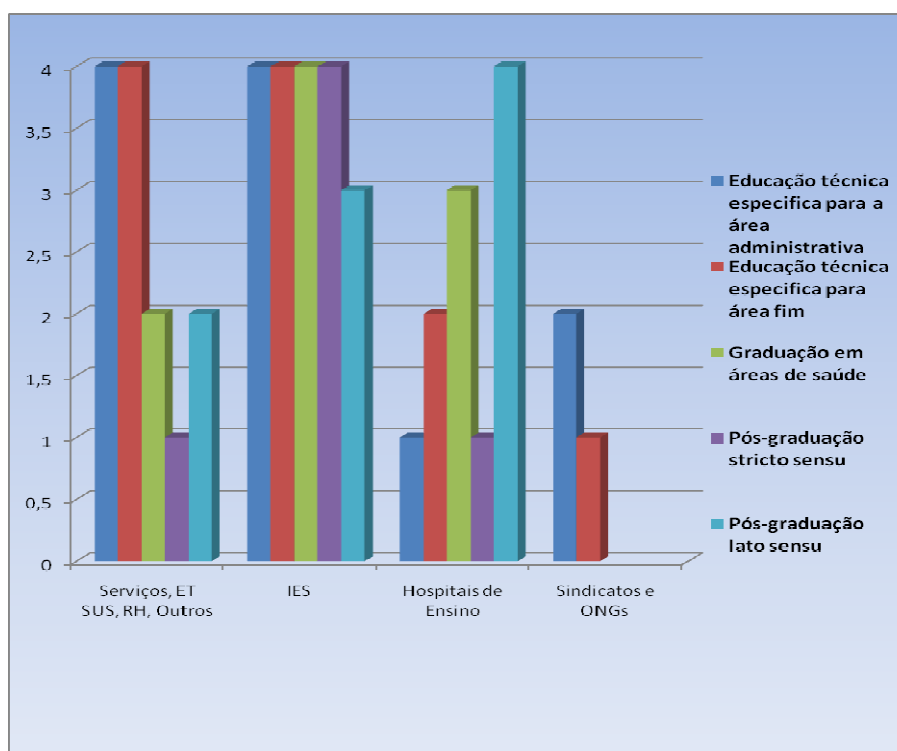
Quanto a responsabilidades por atividades educacionais, um dos entrevistados não apontou atribuições específicas por considerar que:

“(...) as atividades educacionais não são específicas para determinado órgão. Por que? Eu poderia dizer assim: deveria ser através da universidade, deveria ser através da Unidade de Ensino, se fosse preparado para tal.” (Coordenadora de Pólo)

Dessa forma, o gráfico a seguir compreende as respostas de quatro dos coordenadores entrevistados.

Gráfico 5

Instituições responsáveis pelas Atividades Educacionais na opinião dos coordenadores do PEPs do RJ (N=4)



Os entrevistados relataram apenas algumas participações e contribuições de Instituições de Ensino e do Serviço principalmente pelo fato declarado, na maioria dos Pólos, de não terem realizado atividades.

8.1. Participação e contribuição das instituições de ensino nos PEPS – RJ

▪ Adequação dos projetos:

“(...) ela consegue propor, sistematizar, auxiliar em determinados planos, encaminhamentos. Enfim, na adequação de projetos, em geral é essa a contribuição das instituições de ensino”. (Coordenadora de Pólo)

▪ Condução das discussões:

“Elas praticamente lideram a condução do pensamento da importância da Educação Permanente, das propostas de reavaliar os serviços.” (Coordenadora de Pólo)

- Encaminhamento de projetos:

“Elas tem contribuído e encaminhado projetos. Só isso.” (Coordenadora de Pólo)

8.2. Participação e contribuição das instituições do serviço nos PEPS – RJ

- Apresentação de demandas dos municípios:

“Tem levado as demandas, as propostas dos municípios. As demandas, elaboração de demandas. Isso aí, realmente são demandas. Cai na demanda mesmo, não tem como não.” (Coordenadora de Pólo)

- Experiência e vivência da realidade:

“Elas vêm com o relato de situações vividas e de fatos que ocorrem nos seus espaços de fazer saúde que são gritantes. Então é uma contribuição riquíssima, no momento que quem está no ensino, não necessariamente está colado com o serviço.” (Coordenadora de Pólo)

8.3. Apoio do MS, SES e SMS

De acordo com os entrevistados os Pólos receberam muito pouco apoio das instâncias gestoras municipais, estaduais e federais. Os principais apoios recebidos destas instâncias estão descritos a seguir:

- Apoio do Ministério da Saúde: diretrizes conceituais (3);
- Apoio da Secretaria de Estado de Saúde: interlocução (4);
- Apoio das Secretarias Municipais de Saúde: parceria para implementação das atividades (3).

Foram considerados como *outros* tipos de apoio recebido:

- *Apoio da Secretaria de Estado de Saúde:* avaliação de projetos, presença nas reuniões do Pólo, manutenção do Fórum de Pólos.

“Elas tem vindo às reuniões. Todas as reuniões alguém do Estado vem para ajudar a direcionar o Pólo.” (Coordenadora de Pólo)

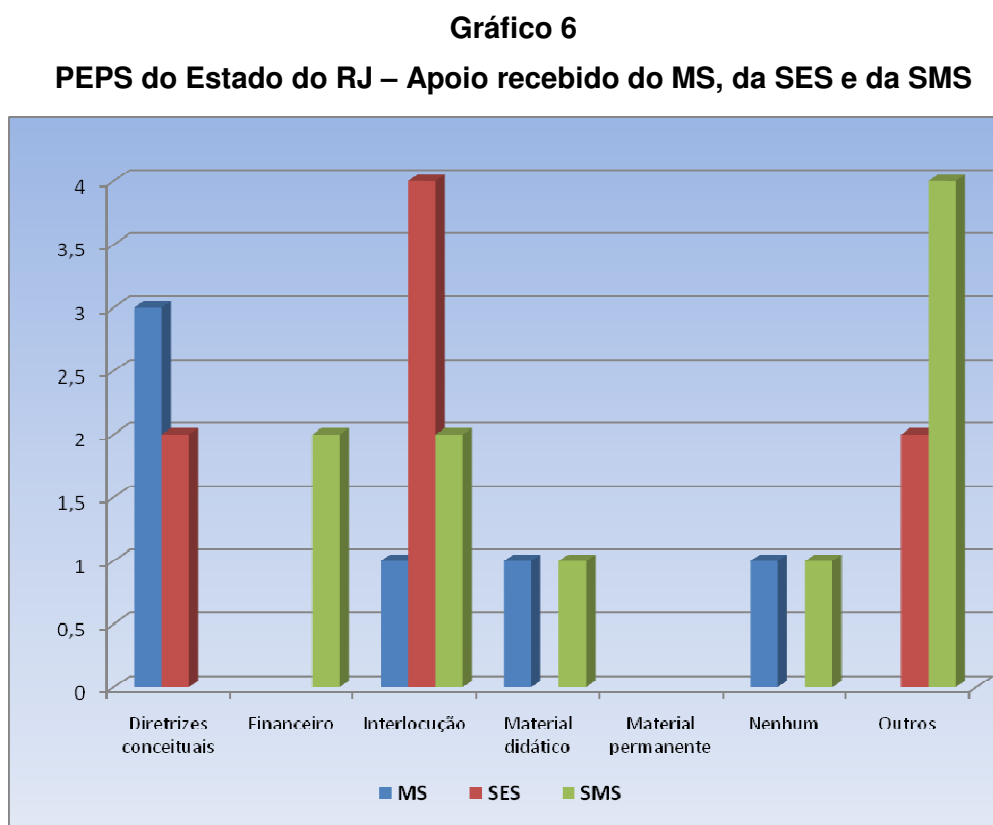
“Provavelmente foi a manutenção do Fórum, de onde as pessoas se sentem, de certa maneira, apoiadas.” (Coordenadora de Pólo)

“Olha, da Secretaria de Saúde, a presença nas reuniões. A avaliação de projetos.” (Coordenadora de Pólo)

- *Apoio das Secretarias Municipais de Saúde:* parcerias para realização das atividades, formação de multiplicadores, replicação das atividades, indicação de alunos.

“Interlocução, parcerias para implementar suas atividades, formação de multiplicadores... Eu acho que aí os facilitadores possibilitaram esse tipo de coisa.” (Coordenadora de Pólo)

O gráfico abaixo mostra os tipos de apoio recebido pelos PEPS do RJ.



Destaca-se a falta de apoio financeiro recebido pelos Pólos no Estado. Apenas dois deles consideraram ter recebido algum tipo de apoio financeiro por parte de SMS. Outros dois informaram não terem recebido nenhum apoio do MS. E nenhum Pólo recebeu apoio em forma de Material Permanente.

“A Secretaria de Estado de Saúde só não dá mais porque não pode. Não tem material, não tem nada. Porque na realidade toda essa parte financeira, de material, material permanente, tudo quem dá é a sede.”
(Coordenadora de Pólo)

“Inicialmente o Ministério da Saúde foi importantíssimo quanto às bases conceituais, às diretrizes. Agora tem um ano que o Ministério da Saúde está absolutamente ausente.” (Coordenadora de Pólo)

“Porque no momento em que você não consegue ter apoio e participação efetiva das Secretarias Municipais fica difícil dar andamento a determinados projetos sem que as Secretarias estejam envolvidas.”
(Coordenadora de Pólo)

“Das SMS ao Pólo? Nada. Não temos nada, nenhum apoio. Apenas os convidamos, e muita vezes eles não participam nem das reuniões.”
(Coordenadora de Pólo).

A falta de financiamento dos Pólos de Educação Permanente no Rio de Janeiro apresentou-se como o maior entrave no processo de implementação dos mesmos. Seja por indiferenças institucionais ou por falta de recursos o fato é que dos três níveis de governo praticamente não houve recurso alocado para esses Pólos.

Como o financiamento está previsto como oriundo do orçamento do MS, as instâncias estaduais e municipais legalmente não têm essa responsabilidade o que não poderia impedi-las se desejassem fazê-lo. Todavia, mesmo que seja obrigatória a aprovação dos projetos nas esferas locorregional e estadual, visando encaminhamento ao Ministério da Saúde, não há mecanismos previstos na Política que permitam que aqueles sejam aprovados somente nessas instâncias.

Outra questão fundamental é que de uma forma geral as políticas públicas de Saúde são financiadas em grande parte com recursos do MS repassados para os Estados e municípios. Esse mecanismo reforça as contradições reconhecidas no processo de descentralização do SUS que está reproduzido na Política de Educação Permanente em Saúde.

9. EDUCAÇÃO PERMANENTE: COMPREENSÃO E EXERCÍCIO

A proposta da Educação Permanente considera como pressuposto básico “a aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das

práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços” (BRASIL 2004b, p. 10).

A Educação Permanente foi definida por um dos entrevistados como

“(...) a perspectiva dos processos de formação e gestão dos processos de trabalho que envolva um diagnóstico, uma identificação de necessidades pactuada pelo coletivo de instituições de saúde dentro de determinada região” (Representante de Instituição Parceira).

No processo de instalação dos Pólos no Estado do Rio de Janeiro observa-se que foi empregado um esforço para que houvesse uma compreensão real da proposta da Educação Permanente em Saúde pelos participantes, conforme evidencia as falas a seguir:

“Passamos pouco mais que um ano fazendo reuniões em cada município. Até acreditamos que no momento que aquele município sediasse a próxima reunião do colegiado ele poderia provocar a discussão da Educação Permanente para dentro do seu município.”
(Coordenadora de Pólo)

“Ficamos muito tempo em cima do conceito de Educação Permanente: o que modifica na prática os serviços – você trabalhando com essa ferramenta – o que significa essa construção realmente do conceito.”
(Coordenadora de Pólo)

9.1. Opinião dos coordenadores dos PEPS sobre a aplicabilidade de duas abordagens pedagógico-educacionais nas atividades educacionais dos Pólos

A aplicabilidade das abordagens pedagógico-educacionais (Educação Continuada, Educação Permanente) na opinião dos entrevistados está descrita no quadro a seguir.

Quadro 2

PEPS do Estado do Rio de Janeiro – aplicabilidade das abordagens pedagógico-educacionais.

Item	Abordagem pedagógica aplicável			
	Educação Continuada	Educação Permanente	Ambas	Nenhuma
Pressuposto pedagógico		3	2	
Objetivo principal		3	2	
Público-alvo das atividades		3	2	
Lógica de operação		3	2	
Atividades educacionais		2	3	

Observa-se que nenhum dos entrevistados considerou como aplicável apenas a abordagem 1 (Educação Continuada). Para maioria, a abordagem pedagógica aplicável aos PEPS é a Educação Permanente. Parte dos entrevistados considerou que ambas podem ser aplicáveis.

“Os pressupostos pedagógicos, eu acho que tanto a abordagem um quanto a dois, elas seriam pertinentes, porque você pode trazer o conhecimento que define as práticas a partir do trabalho. Como você pode ter a prática também definindo valores, relações. Eu acho que os dois aqui estão, são pertinentes.” (Coordenadora de Pólo)

“(…) claro que o objetivo principal é a transformação das práticas, mas eu gosto de salientar que eu me preocupo também, eu não desprezo o conteúdo dela. Ambas são aplicadas.” (Coordenadora de Pólo)

“Quanto às atividades educacionais, ambas são aplicáveis porque dependendo do objetivo imediato, tanto os cursos padronizados não estão excluídos desse processo como os problemas são resolvidos e equacionados de acordo com cada situação em equipes, espaços mais multiprofissionais. Então, técnicas novas, cursos padronizados sim, mas trabalhamos dentro de uma abordagem dois, que é o que inspira todos os documentos.” (Coordenadora de Pólo)

9.2. Potencialidade e vocação dos Pólos para a tarefa de Educação Permanente

A avaliação da potencialidade dos Pólos para a Educação Permanente foi variável entre os entrevistados. Foram consideradas questões distintas como:

- Aspectos positivos resultantes da criação dos Pólos:

“O Estado ganhou cara na Saúde. Nós sabemos quem são nossos pares. Nós sabemos quem são nossos parceiros, quem são as pessoas dos outros municípios que participam do Pólo. Essas pessoas trazem informações ricas sobre o que está acontecendo em termos de política de Saúde no seu município.” (Coordenadora de Pólo)

- Reconhecimento da existência de potencialidades:

“Potencialidades, muitas. Porque a composição dos Pólos tem essa fortaleza, de ter instituições formadoras, escolas técnicas.. Agora, a questão é como conseguir dar andamento a isso.” (Coordenadora de Pólo)

- Compreensão de que os Pólos não cumprem a tarefa de Educação Permanente:

“Não conseguiram cumprir. Eu acho que nem o primeiro arranjo nem o segundo arranjo foram capazes de cumprir. Acho que tem que estar compatibilizado com as tendências, as necessidades e os arranjos locais. É um desafio tentar fazer isso dentro de um arranjo regional. É preciso pensar particularidades e dentro de cada processo de particularidades tem uma rede de situações muito diversas.” (Coordenadora de Pólo)

- Entendimento de que os participantes dos Pólos têm posições diferentes a respeito da viabilidade da Educação Permanente:

“Há uma dificuldade muito grande, porque nem todas as pessoas do Pólo vêem isso assim. Eles criticam, acham que isso não vai funcionar, que isso nunca vai acontecer. A situação é essa. Eu sou apaixonada pela EP, eu acredito nela.” (Coordenadora de Pólo)

Essas questões apontam que a participação colegiada dos diversos segmentos que aderem à proposta do Pólo é um fator favorável para a discussão da Educação Permanente em Saúde. Por outro lado, nem todos os participantes têm a mesma compreensão e expectativa de uma efetiva instalação dos Pólos e o desenvolvimento de suas atividades.

A estruturação locorregional dos Pólos foi considerada como um fator que dificulta a execução da tarefa de Educação Permanente devido às particularidades que existem em cada município e que uma organização regional não pode dar conta das especificidades locais.

10. MODELO ANTERIOR E MODELO ATUAL SEGUNDO A PERCEPÇÃO DOS ATORES ENTREVISTADOS

No discurso dos entrevistados não há concordância nas considerações a respeito dos Pólos de Capacitação para o PSF realizadas por aqueles que vivenciaram essa experiência em relação àqueles que vivenciam os Pólos de Educação Permanente.

10.1. Modelo anterior (Pólos de Capacitação para o pessoal do PSF) na opinião dos coordenadores dos PEPS

Dois coordenadores entrevistados, com conhecimento na experiência anterior (Pólos de Capacitação para o Pessoal do PSF), deram suas opiniões em relação a alguns de seus aspectos como mostra o quadro a seguir. As falas a seguir exemplificam a percepção desses entrevistados:

“O Programa de Saúde da Família praticamente trabalhava com uma cúpula pensante, uma cúpula intermediária executora, e os que não sabem.” (Coordenadora de Pólo)

“Eles tiveram uma boa preparação. Foi antigamente. Depois eu não gostava dos Pólos, eu achava que aquele treinamento introdutório era péssimo. Bom, não era suficiente para preparar as pessoas para transformação do trabalho de uma unidade básica tradicional para a filosofia da educação em saúde.” (Coordenadora de Pólo)

“Por exemplo, há treinamento introdutório para as equipes de Saúde da Família. Aí os municípios diziam o seguinte: estamos com equipes de Saúde da Família com problemas dos mais complicados, desde a concepção da proposta de trabalho, como é que ela se organiza, como é que ela se estrutura, como é que é esse cotidiano de trabalho. Então as equipes têm muitas dificuldades com o trabalho. O introdutório, ele não dá conta.” (Coordenadora de Pólo)

Quadro 3

Pólos de capacitação de pessoal para o PSF: opinião de coordenadores dos PEPS do Estado do Rio de Janeiro

Pólos de Capacitação para o PSF		
	Aspectos Positivos	Fragilidades
Em Geral	_____	- Ações pontuais; - Pouco resolutivo; - Não atendida às necessidades das equipes do PSF.
Participação	_____	- Universidades têm dificuldade de criar interlocuções levando a formação de grupos e concentração de poder.
Atividades Educacionais	_____	- Ênfase em cursinhos como o Curso Introdutório para as equipes.
Lógica de Operação	_____	- Ênfase em cursinhos como o Curso Introdutório para as equipes; - Não mudavam os processos de trabalho.

As outras considerações sobre os Pólos de Capacitação de Pessoal para o PSF foram:

- Não atendiam a formação de uma rede da Atenção Básica por serem restritos ao PSF:

“O Pólo de Saúde da Família era muito pontual, muito localizado e, a meu ver, pouco resolutivo, porque essas ações se davam de forma isolada, criavam grupos, mantinham uma relação conservadora de poder.” (Coordenadora de Pólo)

“(...) deixa de fora um conjunto enorme de trabalhadores, porque quem não está trabalhando em Saúde da Família fica fora da proposta”. (Coordenadora do Fórum de Pólos)

- Não tinham identidade institucional por terem sido criados geralmente nas universidades privadas ou públicas e “capitaneados” por grupos específicos:

“Eles não têm identidade institucional, eles têm muito mais pessoas que se interessam por – ou que já desenvolviam um trabalho e que foram estruturando em torno de si esses Pólos.” (Coordenadora do Fórum de Pólos)

“Que esses atores acabavam deixando de representar a instituição – quando o órgão não pertencia mais a ela – é claro; só que uma política não pode vingar desta forma, quer dizer – eu vou embora da instituição mas o histórico e a continuidade tem que ser administrativa daquela instituição.” (Coordenadora do Fórum de Pólos)

10.2. O modelo anterior na percepção de dois de seus ex-coordenadores

É importante considerar nesta avaliação a opinião dos entrevistados que participavam dos Pólos de Capacitação. Segundo seus ex-coordenadores, eles entendem que a proposta daqueles Pólos deveria ser ampliada para toda a rede do Sistema Único de Saúde, assim como a necessidade de se avançar na discussão da educação que era praticada:

“O Pólo de Educação Permanente nasce com a perspectiva que nós particularmente já defendíamos: não ficar só no Programa.” (Ex-coordenador dos Pólos de Capacitação para o PSF)

“Entendíamos que a médio e longo prazo que conseguiríamos avançar para a Educação Permanente.” (Ex-coordenador dos Pólos de Capacitação para o PSF)

O modelo anterior foi considerado como uma estratégia inovadora que teve um papel significativo principalmente no que diz respeito à integração ensino – serviço:

“Eu avalio como tendo sido efetivo aquele modelo. Se era o ideal eu não sei te responder mas para aquele momento, para aquele tempo, ele foi um momento efetivo e, de fato, ele avançou muito na integração do ensino com o serviço.” (Ex-coordenador dos Pólos de Capacitação para o PSF)

Observa-se, portanto, que os entrevistados que não participaram do modelo anterior de Pólos não consideraram a existência de aspectos positivos no mesmo. Foram apontadas questões apenas no âmbito das fragilidades do modelo proposto.

Por outro lado, os entrevistados que participaram dos Pólos de Capacitação para o Pessoal do PSF declararam que embora a mesmos precisassem avançar no sentido de ampliar sua cobertura para outros segmentos dos serviços de saúde e chegar a uma proposta de educação que fosse a Educação Permanente, esses Pólos tiveram um importante papel a ser reconhecido principalmente no sentido de terem obtido uma maior integração das instituições de ensino com aquelas do serviço, considerando a relação entre essas instituições em momento anterior a atuação desses Pólos.

10.3. Modelo atual na percepção dos entrevistados

A respeito da Política de Educação Permanente instituída pela Portaria 198/04 do Ministério da Saúde e da instalação dos Pólos, como estratégia para formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor Saúde, foram apontados tanto aspectos positivos quanto fragilidades. As considerações feitas pelos entrevistados participantes dos PEPS estão descritas de forma sucinta no quadro a seguir.

Quadro 4

Pólos de Educação Permanente: opinião de coordenadores dos PEPS do Estado do Rio de Janeiro

Pólos de Educação Permanente em Saúde		
	Aspectos Positivos	Fragilidades
Em Geral	- Maior identificação dos atores; - Estrutura horizontal; - Processo rico de discussões nos municípios; - Avanço na relação ensino e serviço.	- Ministério da Saúde criou diferentes programas para reforçar a política de Educação Permanente, mas sem comunicação uns com os outros; - Baixo envolvimento dos gestores municipais.
Participação	- Público amplo; - Compartilhamento e interlocução entre diferentes atores.	- Dificuldades de compreensão de problemas devido às diferenças existentes entre os diversos pares da roda de gestão.
Atividades Educacionais	- Não trabalha com realização de cursos; - Prioriza os problemas.	_____
Lógica de Operação	- Atividades desenvolvidas pelos tutores; - Material didático para formação de facilitadores foi adequado para sensibilização; - Gestão Colegiada; - Rodas de discussão.	- A operacionalização foi pouco pensada na formulação da Política; - Descontinuidade da Política pelo Ministério da Saúde principalmente devido às mudanças de responsáveis; - Desconsideração pelo Ministério da Saúde da Secretaria Estadual de Saúde como “instância de passagem”; - Dificuldades de alguns segmentos em elaborar projetos; - Falta de conhecimento dos autores da política sobre a teorização e o <i>modus operandi</i>; - Falta de financiamento; - Falta de informações que deveriam ser dadas pelo Ministério da Saúde principalmente sobre financiamento de projetos; - Inadequação do material didático para formação de facilitadores; - Lentidão das instâncias estaduais e do Ministério da Saúde na emissão de pareceres sobre os projetos encaminhados; - Necessidade de capacitação dos conselheiros de saúde que fazem o controle social.

A seguir estão reproduzidas algumas declarações que expressam a opinião dos entrevistados sobre os Pólos de Educação Permanente no âmbito das questões indicadas no quadro anterior.

Pólos de Educação Permanente: opinião dos entrevistados

▪ Em Geral

“(...) eu tendo a achar que os Pólos de Educação Permanente falharam, não por conta da perspectiva política orientadora. Isto estava claro, e todo mundo entende que era o melhor processo”. (Coordenadora de Pólo)

“A discussão que se promoveu dentro dos municípios foi a coisa mais relevante desse processo e tem que se manter.” (Coordenadora de Pólo)

“(...) porque o Ministério da Saúde saiu criando projetos em cascatas, onde um projeto não se comunicava com o outro – e isso é o problema das políticas públicas ministeriais”. (Coordenadora de Pólo)

“Os secretários participam pouco, mandam representantes. Mas falou que vai ter verba, aparece todo mundo. Quando é só trabalho, eles somem.” (Coordenadora de Pólo)

▪ Participação

“Fortaleza teve um grande número de envolvidos no início. O Pólo, desde o início teve muita participação. Se esvaziou em alguns momentos, mas todos os segmentos tiveram muita participação.” (Coordenadora de Pólo)

“Agora, todos os projetos, todas as discussões, tudo é feito pactuando, mas é muito difícil fazermos essa parte toda com pares que não são pares. Muito, muito difícil de fazer a roda como se todos tivessem a mesma compreensão dos problemas.” (Coordenadora de Pólo)

▪ Atividades Educacionais

“(...) o objetivo do Pólo em si não é dar cursos. Nós não temos por objetivo dar cursos. Nós temos por objetivo discutir questões que nos afligem ou questões que nós precisamos aprofundar para fortalecer o SUS, para melhor desenvolver profissionais de saúde e para poder melhor implementar ações de serviços”. (Coordenadora de Pólo)

▪ Lógica de Operação

- ✓ Desconsideração das relações interinstitucionais previamente existentes a nível locorregional

“(...) eu acho importante colocar aqui que os idealizadores das políticas não necessariamente conhecem como as instâncias reagem às formulações, e como é que determinadas políticas ocorrem na prática. Então entre a teorização e o modus operandi existe um desconhecimento muito grande por parte dos autores das políticas”.
(Coordenadora de Pólo)

“(...) mas a falta de identificação das realidades locais. Isso foi pouco incorporado, a história local, a cultura local, a forma de organização das instituições como elas se davam?” (Representante de instituição parceira)

“Nós temos um processo de construção, e esse processo de construção do PEP não levou em consideração a história local” (Coordenadora de Pólo)

- ✓ Dificuldade de interlocução entre as instâncias estadual e federal

“A operacionalidade dela não foi pensada certamente. Então eu acho que foi esse desastre que a gente viu aí, onde na verdade, as diversas instâncias não conseguiram ter um grau de interlocução importante.”
(Coordenadora de Pólo)

“Houve também uma resistência do Ministério em trabalhar com as Secretarias de Estado – é como se desconhecesse a dificuldade que tem em se trabalhar com os núcleos menores. Não se implanta política assim.” (Coordenadora de Pólo)

- ✓ Falta de informações do Ministério da Saúde sobre o financiamento de projetos

“Estou decepcionada com o processo de avaliação e de distribuição. Gostaria que viesse a público como é que foram distribuídas essas verbas.” (Coordenadora de Pólo)

“Eu é que quero saber como é que o Ministério está pensando hoje? Quem que ele está financiando? E está financiando em cima de que prerrogativas? Porque se as prerrogativas iniciais não servem mais para financiar e não revogaram a Portaria 198/04, me digam? Dever ter alguma medida provisória, alguma coisa aí, e a gente não está sabendo.”
(Coordenadora de Pólo)

✓ Verticalidade nas ações do Ministério da Saúde

*“Vemos uma atitude assim muito vertical do Ministério para baixo.”
(Coordenadora de Pólo)*

“O Brasil tem vários brasis dentro dele. E se você pega, uniformiza tudo e aí você cria a figura do avaliador do projeto, que não dialoga com os autores dos projetos e que decide lá em cima no Ministério: esse serve, esse não serve.” (Coordenadora do Fórum de Pólos)

“Essa coisa da indução, da verticalidade, é uma tradição muito forte no Ministério.” (Coordenadora do Fórum de Pólos)

“Ainda vemos as formas de financiamento dadas para algumas questões, mesmo entendendo que são questões que não começam a ter muito peso municipal. Dá até para rir disso, porque às vezes é engraçado. ‘Vamos fazer o projeto agora para capacitação de profissionais para febre reumática’. Eu penso: aqui tem financiamento? Tem. Febre reumática é importante no nosso município? Não é, mas vem financiamento.” (Coordenadora de Pólo)

“(...) não adianta ficar lá no Ministério ‘elocubrando’ como é que vai fazer. Tem as instâncias, tem os Conselhos de Secretários, Secretários Municipais, Secretários Estaduais, tem a Tripartite – que senta Ministério e essas duas entidades – tem o Conselho Nacional de Saúde, tem instâncias já estabelecidas que pudessem discutir essa remodelagem, essa reconfiguração da proposta”. (Coordenadora de Pólo)

Observa-se, portanto que as principais considerações positivas sobre os Pólos estão compreendidas no âmbito da gestão colegiada e da metodologia da problematização para a prática da Educação Permanente. Quanto às fragilidades, as mesmas perpassam o campo da verticalidade do processo de implantação da política pelo MS, das dificuldades de operacionalização da gestão colegiada no que diz respeito às diferenças entre os diversos atores participantes e do processo de avaliação/aprovação dos projetos.

11. DIFICULDADES DE OPERACIONALIZAÇÃO DAS DIRETRIZES DA PORTARIA 198/04

Na análise do processo de criação e desenvolvimento dos Pólos de Educação Permanente no Rio de Janeiro observa-se que foram apontadas pelos entrevistados dificuldades de operacionalização da Portaria 198/04 decorrentes principalmente dos impasses

interinstitucionais entre o MS e a SES, a deficiente atuação do MS quanto ao cumprimento de suas atribuições, o despreparo das instâncias estaduais (CIB e CES) responsáveis pela avaliação dos projetos neste nível da federação e a falta de engajamento de gestores municipais à proposta.

Considerando as questões apontadas pelos entrevistados são observadas dificuldades de operacionalização principalmente das seguintes diretrizes estabelecidas pela Portaria 198/04 do Ministério da Saúde:

- Acreditação de projetos pelo MS;
- Apoio técnico, financeiro e operacional do MS;
- Avaliação dos projetos pelas instâncias estaduais (CIB e SES);
- Implementação e mobilização dos Pólos de Educação Permanente;
- Interlocução do SUS com as escolas na formação e instalação dos projetos político-pedagógicos de formação de profissional;
- Interlocução permanente entre as instituições de representação municipal, estadual e federal;
- Trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições de ensino.

Além das principais causas das dificuldades apresentadas para operacionalização de diretrizes da Portaria 198/04 do Ministério da Saúde, é importante considerar em que medida essas diretrizes poderiam realmente ser operacionalizadas nos diferentes contextos locorregionais levando em conta os aspectos políticos, institucionais e históricos.

A proposta da Política é o rompimento da “*verticalidade do comando e da hierarquia nos fluxos*”. É necessário avaliar a viabilidade dos mecanismos operacionais propostos, e neste caso, principalmente o financiamento e a acreditação dos projetos pelo MS, e a aprovação por instâncias estaduais. Esses mecanismos não favorecem a horizontalidade dos fluxos. Os projetos têm que sair das instâncias locorregionais, passarem pelo nível estadual e serem encaminhados ao MS.

No Estado do Rio de Janeiro o maior entrave para realização das atividades propostas pelos Pólos foi justamente o fluxo de encaminhamento e avaliação dos projetos. Quando os mesmos conseguiam sair da instância estadual, demoravam a chegar à instância federal e de lá não retornavam mais. Os Pólos insistiam numa interlocução com o MS para conseguirem algum retorno dessa avaliação o qual não foi satisfatório em nenhum dos casos relatados.

A falta de interlocução com a SES a princípio foi também uma barreira no processo de instalação da política. Houve uma dualidade na estratégia colocada pelo MS: a implementação

se daria da interlocução do MS com os atores locais regionais mas no desenvolvimento dos Pólos, como a elaboração dos projetos, esses tinham que passar por instâncias estaduais. Embora essas instâncias (CIB e CES) não fossem necessariamente a SES muitas vezes os mesmos atores ocupam as diferentes arenas e essas estão articuladas entre si.

Entende-se, portanto, que romper com as trajetórias históricas das instituições pode não ser a melhor estratégia, pois desconsidera a importância crucial das instituições para a decisão, formulação e instalação de políticas públicas. Uma vez que se deseje a real consolidação dessas propostas é preciso considerar o papel e a atuação previamente exercidos pelas instituições envolvidas e aquelas que farão parte do processo num ou noutro momento. Esse conhecimento implica ainda no reconhecimento prévio do significado dessas instituições, e de seus atores nos diversos campos – político, educacional e do serviço – e nos diferentes níveis da federação – municipal, estadual e federal. E neste caso, da Política de Educação Permanente como proposta, é necessário ter conhecimento do comportamento dessas instituições também no nível local regional.

12. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que se constatou pelas entrevistas realizadas é que o Ministério da Saúde tem papel-chave na Política de Educação Permanente, pois trata-se da instância que detém o maior poder. É ele quem define o que será realizado pelo processo de acreditação dos projetos e detém os recursos para sua execução.

O processo de produção e de implementação da Política será efetivado se compreendidos os papéis estratégicos dos atores das arenas em que se dão as discussões, os pactos, os acordos e as articulações fundamentais para os Pólos enquanto instâncias interinstitucionais.

Muito se tem dito sobre o papel singular que instrumentos jurídico-normativos ocupam na implementação do sistema de saúde (SUS) após a sua formulação na Constituição de 1988. Normas Operacionais, Portarias e regulamentações abriram e direcionaram trajetórias das políticas, não apenas no que se refere ao seu desenvolvimento, mas fundamentalmente em relação à estrutura administrativa e gerencial complexa do sistema e dos serviços de saúde, sob duas perspectivas:

- No interior do MS, órgão de direção federal do setor, gerando uma diversidade de instâncias e de modalidades de gestão governamental.
- Estas mudanças resultam por sua vez, também em um sem número de políticas, programas e projetos de governo em saúde respondendo a lógicas, interesses e grupos de pressão

bem diferenciados. Esta multiplicidade e a diferenciada capacidade administrativa de órgãos e instituições de saúde são integradas de maneira pouco harmônica considerando o conjunto das políticas, projetos e ações programáticas do SUS.

A PEPS se dirige entre diversas burocracias e clientela. Burocracia técnica do MS, das SES, das SMS, dos serviços de saúde, formadores do campo da saúde e da educação e formados - médicos, enfermeiros, assistentes e auxiliares de enfermagem, outros profissionais de saúde. Tal como diversos autores colocam (FRANCO & COHEN, 1994) um problema recorrente das políticas sociais é a ausência de coordenação. Isto ocorre freqüentemente porque direções político-administrativas e atores envolvidos nas políticas nem sempre coincidem nos objetivos e/ou na forma de execução. Ao tempo que instituições estatais elaboram projetos e realizam ações de forma separada e sem levar em consideração o que estão fazendo outros órgãos do setor público.

Sem tentar extrapolar da política às políticas, a partir de considerações baseadas numa política específica, já que a proposta é avaliar a PEPS no Estado do Rio de Janeiro, algumas questões merecem ser. Observa-se através dos resultados da pesquisa que as dificuldades maiores se explicam pela ausência de coordenação das direções nos processos de execução das mesmas. De uma parte, burocracias ciosas da sua função e eficiência técnica formulam projetos no intuito de melhorar metodologias mais apuradas do processo educativo em saúde ainda que não sejam estes aspectos centrais que contribuam especificamente ao êxito da política. Na medida em que não há na coordenação político-gerencial acordos nos objetivos, propósitos e modalidades de financiamento os esforços isolados se mostram ineficientes.

Ao texto escrito da Norma Operacional 198/04 do Ministério da Saúde se superpõem poderes e interesses, espaços temporais efetivos e atuantes nas instâncias políticas federativas e no interior de direções departamentais e secretarias específicas do MS. Mas estas diferenças e os conflitos que as atravessam, assim como o desenlace dos mesmos acolhem a norma jurídica e as condições de fixação da norma à força das partes no processo de implantação da política. No caso do Estado estas condições de aplicabilidade da política se tornaram difíceis objetos de negociação e acordos. Poderia se afirmar que as partes não se ouviram.

Assim, sobre o texto jurídico houve poderes e interesses que definiram condições e limites no exercício da norma e que operaram por inclusão/exclusão dos interesses em conflito tornando a política fragmentada e descontínua. No que se refere aos objetivos, financiamento e resultados, observa-se que os processos de execução da Política de Educação Permanente em Saúde não acompanharam um padrão de desenvolvimento continuado.

A análise das entrevistas descortina a fragmentação como eixo desorganizador da política no Estado. Nem o programa nem a política conseguem implantar processos de Educação Permanente em Saúde que conduzam ao aperfeiçoamento da gestão dos serviços de saúde e no atendimento à saúde da população. No entanto, é consensual entre os coordenadores que a Política de Educação Permanente tem trazido avanços na implantação dos colegiados de gestão e no exercício de uma ação política mais participativa.

BIBLIOGRAFIA

- BRASIL 2004. *Portaria 198 GM/MS*. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Ministério da Saúde; 2004.
- BRASIL 2004b. *12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sérgio Arouca*. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde; 2004.
- FRANCO R & COHEN E. *Avaliação de projetos sociais*. Petrópolis: Vozes; 1994.
- LABRA ME. *Conselhos de Saúde: Dilemas, avanços e desafios*. In: Lima NT, Gerschman S, Edler F, Suarez JM, organizadores. *SAÚDE E DEMOCRACIA: História e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
- OFFE C. *Problemas Estruturais do Estado Capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1984.
- SOUZA C. *Políticas Públicas: Conceitos, Tipologias e Subáreas*. In: *CICLO DE DEBATES DA POLÍTICA ESTADUAL DE HABITAÇÃO DE INTERESSE SOCIAL*; 2005 Out 16; Salvador; Bahia.
- THÉRET B. *As instituições entre as estruturas e as ações*. Lua Nova 2003; 58: 226-254.

ANEXOS

ANEXO I

REGIÕES DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO QUE CONFORMAM OS 5 PÓLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

- A) MAPA REGIÕES DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO
- B) PÓLO DA REGIÃO METROPOLITANA I
- C) PÓLO DA REGIÃO METROPOLITANA II E BAIXADA LITORÂNEA
- D) PÓLO DA REGIÃO CENTRO-SUL, MÉDIO PARAÍBA E BAÍA DE ILHA GRANDE
- E) PÓLO DA REGIÃO NORTE E NOROESTE
- F) PÓLO DA REGIÃO SERRANA

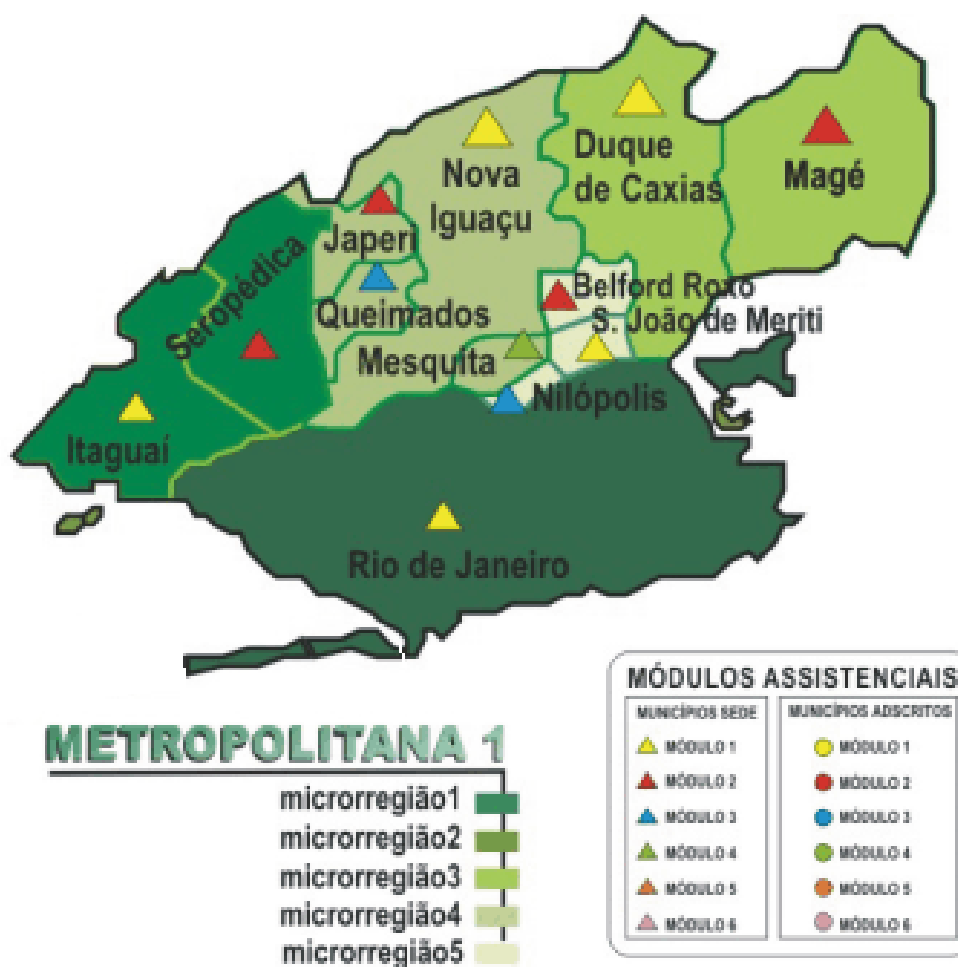
ANEXO I – A



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/gestor>>. Acesso em 24/11/2006.

ANEXO I – B

PÓLO DA REGIÃO METROPOLITANA I



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/gestor>>. Acesso em 24/11/2006.

ANEXO I – C

PÓLO DA REGIÃO METROPOLITANA II E BAIXADA LITORÂNEA



METROPOLITANA 2

- microrregião1
- microrregião2
- microrregião3
- microrregião4

MÓDULOS ASSISTENCIAIS

MUNICÍPIOS SEDE	MUNICÍPIOS ADSCRITOS
MÓDULO 1	MÓDULO 1
MÓDULO 2	MÓDULO 2
MÓDULO 3	MÓDULO 3
MÓDULO 4	MÓDULO 4
MÓDULO 5	MÓDULO 5
MÓDULO 6	MÓDULO 6



MÓDULOS ASSISTENCIAIS

MUNICÍPIOS SEDE	MUNICÍPIOS ADSCRITOS
MÓDULO 1	MÓDULO 1
MÓDULO 2	MÓDULO 2
MÓDULO 3	MÓDULO 3
MÓDULO 4	MÓDULO 4
MÓDULO 5	MÓDULO 5
MÓDULO 6	MÓDULO 6

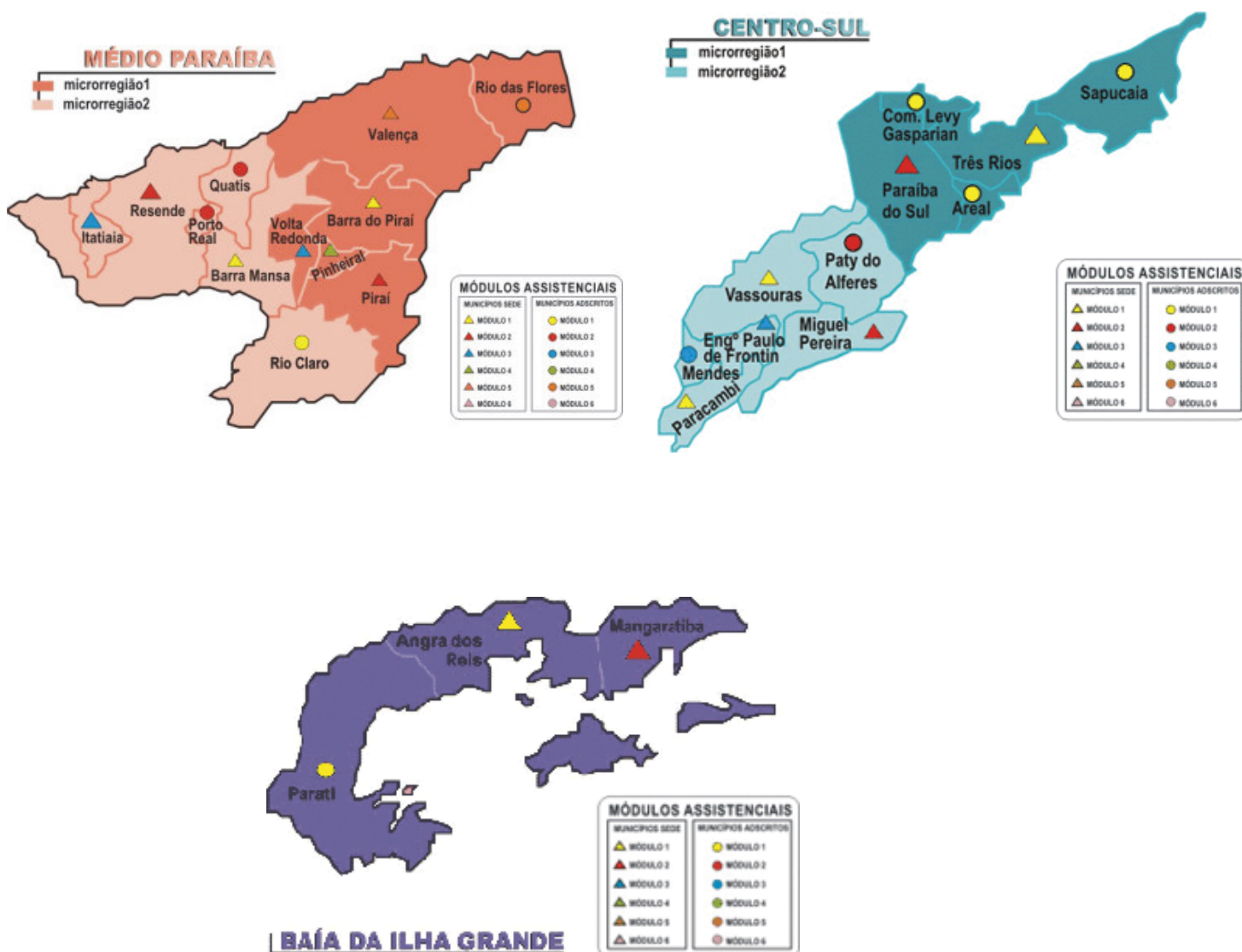
BAIXADA LITORÂNEA

- microrregião1
- microrregião2

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/gestor>>. Acesso em 24/11/2006.

ANEXO I – D

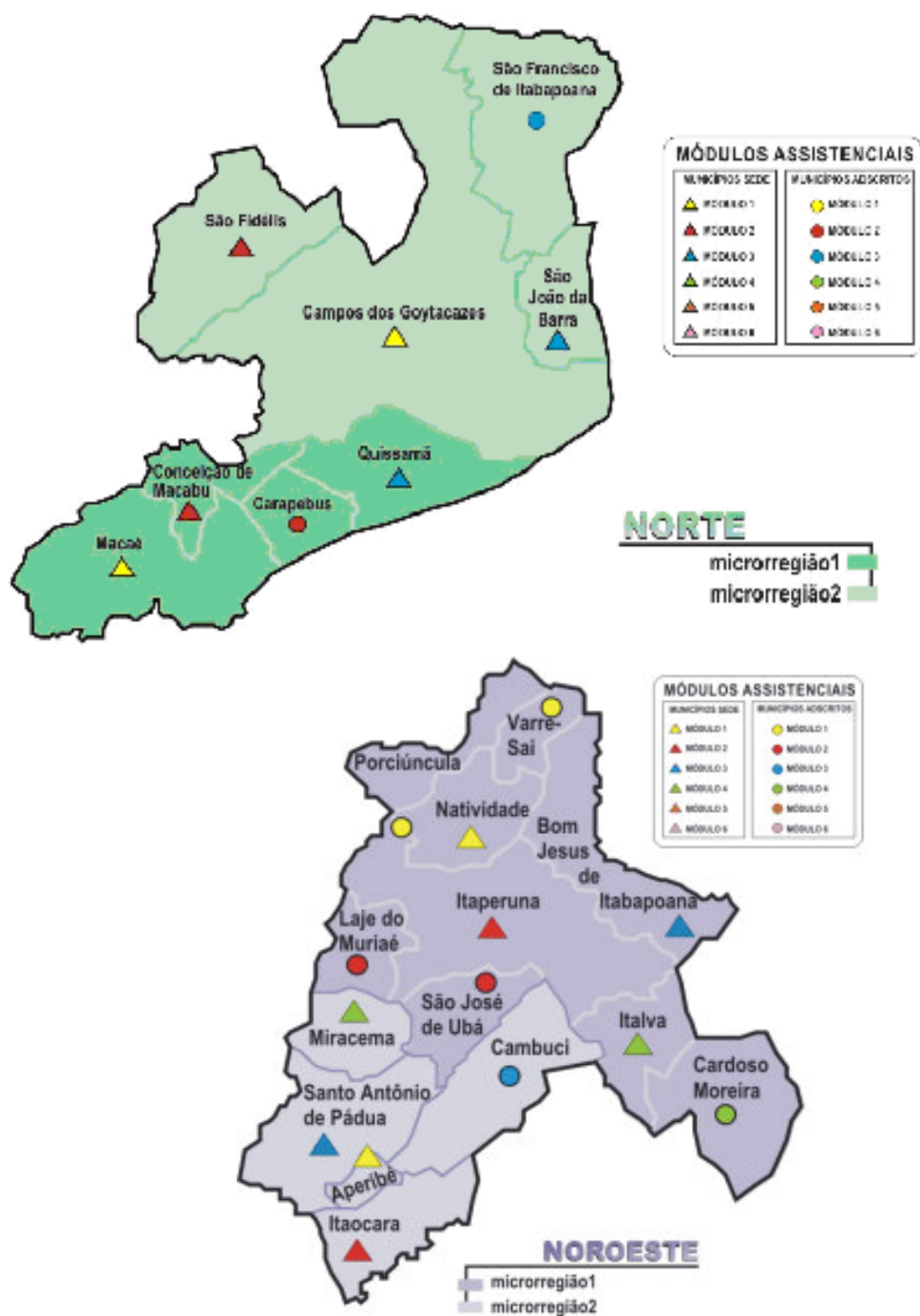
PÓLO DA REGIÃO CENTRO-SUL,
MÉDIO PARAÍBA E BAÍA DE ILHA GRANDE



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/gestor>>. Acesso em 24/1/2006.

ANEXO I – E

PÓLO DA REGIÃO NORTE E NOROESTE



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/gestor>>. Acesso em 24/Nov/2006.

ANEXO I – F

PÓLO DA REGIÃO SERRANA



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/gestor>>. Acesso em 24/Nov/2006.

ANEXO II

Quadro 1

Relação dos entrevistados na Pesquisa Avaliação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde no estado do Rio de Janeiro, setembro a outubro de 2006

PÓLO	FUNÇÃO
1. PÓLO DE CAPACITAÇÃO DE PESSOAL PARA O PSF	Coordenador
2. PÓLO DE CAPACITAÇÃO DE PESSOAL PARA O PSF	Coordenadora
3. PEP REGIÃO METROPOLITANA I	Coordenação Secretaria Executiva
4. PEP REGIÃO METROPOLITANA II	Coordenação Secretaria Executiva
5. PEP REGIÃO SERRANA	Coordenação Secretaria Executiva
6. PEP REGIÃO NORTE E NOROESTE	Coordenação Secretaria Executiva
7. PEP REGIÃO SUL, MÉDIO-PARAÍBA E BAÍA DE ILHA GRANDE	Coordenação Secretaria Executiva
8. FÓRUM DE PÓLOS	Coordenação
9. INSTITUIÇÃO PARCEIRA	Representante

4. Relatório dos Pólos de Educação Permanente do Estado de São Paulo

Nota: Este relatório corresponde ao Módulo V do Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	159
1. Gênese dos Pólos e Transição para o Modelo Atual	161
2. Composição e Estrutura Organizacional.....	166
3. Lógica de Operação e Processo Decisório	168
4. Atividades e Beneficiários	171
5. Monitoramento e Avaliação	172
6. Financiamento.....	172
7. Papéis e Relação Ensino x Serviço	174
8. Impactos	179
9. Educação Permanente: compreensão e exercício	180
10. Modelo Anterior e Modelo Atual	183
11. Percepção dos Gestores Municipais.....	185
12. Visão do Gestor Estadual	200
13. Visão do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde	205
BIBLIOGRAFIA	209
ANEXOS.....	210
A. Coordenadores dos Pólos	211
B. Lista de entrevistados.....	212
C. Documentos consultados	212
D. Projetos encaminhados pelos Pólos ao Ministério da Saúde	213

TABELAS

Tabela 1 – Pólos do Estado de SP – Regionais de Saúde, total de municípios e população	159
Tabela 2 – Pólos do Estado de SP – Regionais de Saúde e população total.....	160
Tabela 3 – Instâncias de Organização nos Pólos de Educação Permanente em Saúde do Estado de São Paulo	166
Tabela 4 – Pólos do Estado de SP – projetos encaminhados ao MS e trabalhadores beneficiados	172
Tabela 5 – Pólos do Estado de SP – recursos alocados pelo MS.....	173
Tabela 6 – Pólos do Estado de São Paulo – coordenação, participação de instituições privadas e da esfera central do nível estadual e impacto nas instituições de ensino	174
Tabela 7 – Pólos do Estado de São Paulo – aplicabilidade das abordagens de educação continuada e educação permanente	183
Tabela 8 – Pólos do Estado de São Paulo – Aspectos positivos e fragilidades dos Pólos-PSF	184
Tabela 9 – Pólos do Estado de São Paulo – Aspectos positivos e dificuldades de operacionalização da Portaria 198/04.....	185
Tabela 10 – Secretários Municípios com mais de 100 mil habitantes – aspectos demográficos e profissionais dos Secretários Municipais de Saúde.....	186
Tabela 11 – Municípios com mais de 100 mil habitantes – aspectos demográficos e profissionais dos Secretários Municipais de Saúde por Pólo de Educação Permanente	187
Tabela 12 – Municípios com mais de 100 mil habitantes – metas de capacitação de RH na área da Atenção Básica e PSF	188
Tabela 13 – Municípios com mais de 100 mil habitantes – Existência de metas de capacitação de RH para a área da Atenção Básica e PSF no Plano Municipal de Saúde atual e mudanças no novo plano.....	190
Tabela 14 – Municípios com mais de 100 mil habitantes – Prioridades definidas para a política de capacitação por parte da atual gestão, segundo o Pólo (em %)	191
Tabela 15 – Municípios com mais de 100 mil habitantes – Prioridades especificadas	192
Tabela 16 – Municípios com mais de 100 mil habitantes – Formas com que os profissionais da Atenção Básica e do PSF têm sido capacitados	193
Tabela 17 – Municípios com mais de 100 mil habitantes – Onde são realizadas as capacitações dos profissionais da AB e do PSF.....	194
Tabela 18 – Municípios com mais de 100 mil habitantes – Avaliação da suficiência e adequação das políticas de capacitação para os profissionais da AB nos últimos anos, segundo o profissional.....	198

Tabela 19 – Municípios com mais de 100 mil habitantes – Avaliação da suficiência e adequação das políticas de capacitação para os profissionais do PSF nos últimos anos, segundo o profissional..... 198

Tabela 20 – Municípios com mais de 100 mil habitantes – Avaliação da suficiência e integralidade das ações de capacitação vindas do Governo Federal (N=61) 199

QUADROS

Quadro 1 – Grade Submetida aos Entrevistados 182

Quadro 2 – Municípios com mais de 100 mil habitantes – Entraves para capacitar os profissionais da Atenção Básica e do PSF 196

Quadro 3 – Municípios com mais de 100 mil habitantes – Capacitações oferecidas através dos PEPS 197

GRÁFICOS

Gráfico 1 – Pólos do Estado de SP – Total de municípios e de RH em Saúde 161

Gráfico 2 – Opinião dos Entrevistados do PEPs de SP sobre a transição dos Pólos PSF pra o modelo atual (N=8)..... 165

Gráfico 3 – Instâncias existentes nos PEPs de SP (N=8) 166

Gráfico 4 – Segmentos Representados no Colegiado de Gestão dos 8 PEPS de SP (N=8) 167

Gráfico 5 – Pólos do Estado de SP – distribuição dos recursos alocados pelo MS... 173

Gráfico 6 – Instituições Responsáveis pelas Atividades Educacionais na Opinião dos Coordenadores dos PEPS de SP (N=8) 178

Gráfico 7 – Pólos do Estado de SP – Apoios mais importantes recebidos do MS, da SES e das SMS 179

Gráfico 8 – Pólos do Estado de SP – RH pouco qualificados/insuficientes constituem uma das principais dificuldades para as ações da AB 189

Gráfico 9 – UBS/USF constituem espaço de aprendizado e formação profissional? 195

Gráfico 10 – Avaliação dos Pólos de Educação Permanente no município (N=86)..... 199

INTRODUÇÃO

O Estado de São Paulo é composto por 645 municípios e tem uma população de 40,4 milhões de habitantes¹¹, segundo estimativas do IBGE (2005). Do ponto de vista da regionalização da Saúde, o Estado divide-se em 24 Direções Regionais de Saúde (DIRs) vinculadas à Secretaria de Estado da Saúde (SES/SP), que abrangem número variado de municípios, população e profissionais, conforme a tabela 1 abaixo.

Tabela 1

Pólos do Estado de SP – Regionais de Saúde, total de municípios e população¹²

DIR	Município Sede	Municípios	População*	RH Saúde**
DIR I	São Paulo	1	10.927.985	184.854
DIR II	Santo André	7	2.546.468	27.861
DIR III	Mogi das Cruzes	11	2.699.145	23.640
DIR IV	Franco da Rocha	5	512.790	4.507
DIR V	Osasco	15	2.717.098	8.378
DIR VI	Araçatuba	40	693.491	10.323
DIR VII	Araraquara	25	928.687	5.509
DIR VIII	Assis	25	457.316	5.395
DIR IX	Barretos	19	411.091	20.519
DIR X	Bauru	38	1.055.089	15.520
DIR XI	Botucatu	30	544.147	7.418
DIR XII	Campinas	42	3.810.007	45.366
DIR XIII	Franca	22	646.978	6.915
DIR XIV	Marília	37	612.852	10.148
DIR XV	Piracicaba	26	1.382.073	9.349
DIR XVI	Presidente Prudente	45	717.133	2.051
DIR XVII	Registro	15	294.918	19.649
DIR XVIII	Ribeirão Preto	25	1.214.712	21.641
DIR XIX	Santos	9	1.637.565	16.276
DIR XX	São João da Boa Vista	20	787.162	10.331
DIR XXI	São José dos Campos	12	1.214.608	12.885
DIR XXII	São José do Rio Preto	101	1.437.671	21.500
DIR XXIII	Sorocaba	48	2.203.012	22.662
DIR XXIV	Taubaté	27	990.822	9.389
TOTAL		645	40.442.820	522.086

Fonte: IBGE; DATASUS (2005)

(*) Projeções intercensitárias do IBGE para o ano de 2005.

(**) Pesquisa de Assistência Médica Sanitária do IBGE, versão 2002.

¹¹ Segundo o IBGE, a população recenseada e estimada no Estado de São Paulo, em 2007, foi 39.827.690.

¹² O Decreto n 51.433, de dezembro de 2006, modificou a regionalização da saúde no Estado de São Paulo. Houve alteração na denominação e reorganização das Direções Regionais de Saúde, renomeadas, a partir de então, Departamentos Regionais de Saúde. Com a nova regionalização, foram criados 17 Departamentos Regionais de Saúde no Estado de São Paulo.

Em 04 de dezembro de 2003, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do Estado de São Paulo aprovou, por meio da Deliberação CIB 88/2003, os oito Pólos apresentados pela Comissão Bipartite de Avaliação e Acompanhamento da Implantação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde do Estado de São Paulo. Esses Pólos estão organizados a partir da seguinte nomenclatura:

- Oeste Paulista (regionais de Marília, Assis, Presidente Prudente);
- Noroeste Paulista (São José do Rio Preto, Araçatuba, Barretos);
- Sudoeste Paulista (Bauru, Botucatu, Registro, Sorocaba);
- Nordeste Paulista (Ribeirão Preto, Araraquara, Franca);
- Leste Paulista (Campinas, Piracicaba, São João da Boa Vista);
- Baixada Santista (Santos);
- Vale do Paraíba (São José dos Campos e Taubaté)
- Grande São Paulo (São Paulo, Santo André, Mogi das Cruzes, Franco da Rocha, Osasco).

Tabela 2**Pólos do Estado de SP – Regionais de Saúde e população total**

Pólo	Município Sede	Regionais de Saúde	População Total*
Baixada Santista	Santos	Santos (XIX)	1.637.565
Grande São Paulo (RMSP)	São Paulo	São Paulo (I) Santo André (II) Mogi das Cruzes (III) Franco da Rocha (IV) Osasco (V)	19.403.486
Leste Paulista	Campinas	Campinas (XII) Piracicaba (XV) São João da Boa Vista (XX)	1.979.242
Nordeste Paulista	Ribeirão Preto	Araraquara (VII) Franca (XIII) Ribeirão Preto (XVIII)	2.790.377
Noroeste Paulista	São José do Rio Preto	Araçatuba (VI) Barretos (IX) São José do Rio Preto (XXII)	2.542.253
Oeste Paulista	Marília	Assis (VIII) Marília (XIV) Presidente Prudente (XVI)	1.787.301
Sudoeste Paulista	Botucatu	Bauru (X) Botucatu (XI) Registro (XVII) Sorocaba (XXIII)	4.097.166
Vale do Paraíba	São José dos Campos	São José dos Campos (XXI) Taubaté (XXIV)	2.205.430
TOTAL			40.442.820

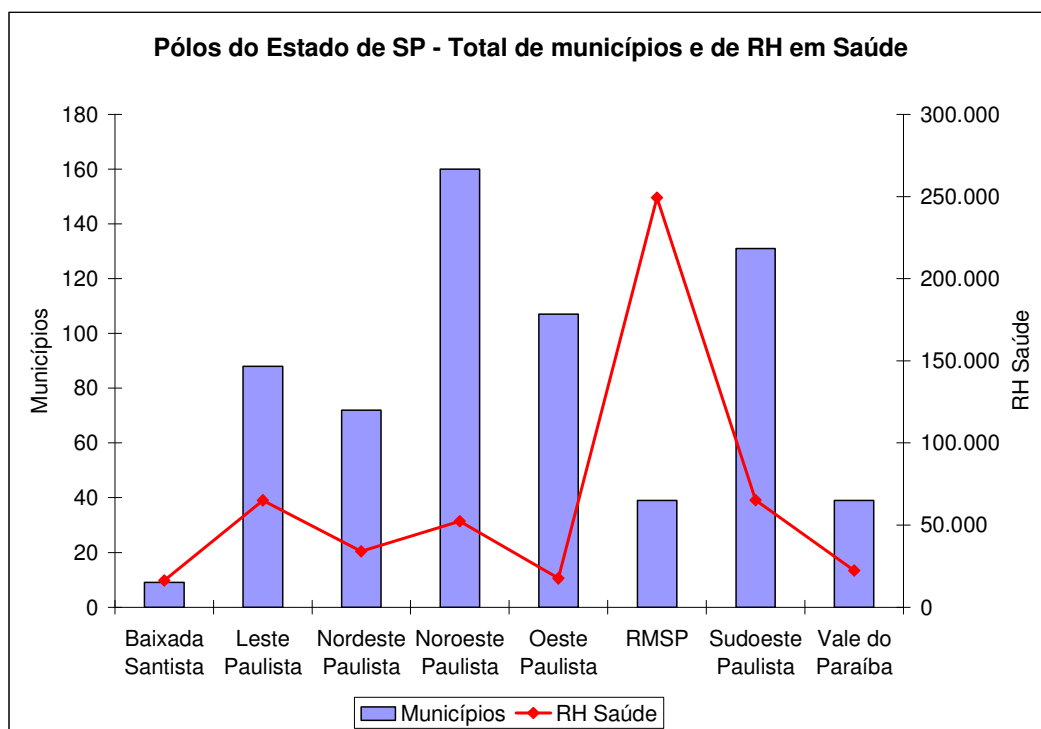
Fonte: IBGE; DATASUS (2005)

(*) Projeções intercensitárias do IBGE para o ano de 2005.

Como pode ser visto no gráfico 1, a seguir, há grande diversidade no número de municípios sob responsabilidade de cada Pólo, variando entre nove (no Pólo da Baixada Santista) e 160 (no Pólo Noroeste Paulista). Da mesma forma, observa-se que o número de profissionais de saúde, público-alvo das atividades de capacitação, varia entre os oito Pólos existentes, chegando a atingir cerca de 250 mil no Pólo da Grande São Paulo (RMSP).

Gráfico 1

Pólos do Estado de SP – Total de municípios e de RH em Saúde



Fonte: IBGE; DATASUS - Pesquisa de Assistência Médica Sanitária do IBGE, versão 2002.

1. GÊNESE DOS PÓLOS E TRANSIÇÃO PARA O MODELO NOVO

De acordo com as entrevistas realizadas com os coordenadores dos Pólos de Educação Permanente do Estado de São Paulo, podem ser verificadas diferenças entre eles tanto em na gênese como na transição para o modelo atual.

Segundo um dos entrevistados, as articulações com o COSEMS configuram o fato gerador dos Pólos de Educação Permanente no Estado de São Paulo. Essas articulações pretendiam conhecer o trabalho desenvolvido em todo o Estado, onde anteriormente existiam cinco Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família (Pólos-PSF): Grande São Paulo, Santos, Ribeirão Preto, Marília, Botucatu e Campinas.

Na fase de transição para o modelo atual (Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS – PEPS) foi formada uma Comissão de Acompanhamento e Avaliação dos PEPS no Estado de São Paulo, que se reúne mensalmente e tem como finalidade apoiar os oito PEPS do Estado. Inicialmente, os membros dessa Comissão visitaram os Pólos do Estado, para articular ensino e serviço e consolidar os novos Pólos. A organização regional dos Pólos procurou minimizar a idéia de uma hierarquia com coordenação centralizada.

O Pólo da Grande São Paulo já tinha o formato de Pólo-PSF e, segundo a atual coordenadora, trabalhava em roda, envolvendo as secretarias municipais de Saúde, as Direções Regionais do Estado e as instituições de ensino. No processo de transição para o modelo dos PEPS, foram incluídos outros atores, como estudantes e representantes de movimentos sociais. O Pólo da GSP reúne 39 municípios, os mesmos que constituem a Região Metropolitana de São Paulo. Em função disso, também é conhecido por Pólo da Região Metropolitana de SP.

Em relação ao Pólo do Vale do Paraíba, a proposta de criação do Pólo de Educação Permanente em Saúde partiu das Direções Regionais de Saúde, DIR XXI (São José dos Campos) e XXIV (Taubaté), após tomarem conhecimento da nova Política de Educação Permanente do Ministério da Saúde (Portaria 198/04). Foram chamados os diversos segmentos sociais envolvidos: conselhos municipais de Saúde, secretarias municipais de Saúde, associações de profissionais, entre outros – para uma reunião aberta na Câmara Municipal, na qual a coordenadora do Pólo da Grande SP fez uma exposição sobre os PEPS. Observa-se que a iniciativa política de criação do Pólo é atribuída às duas regionais de saúde.

No processo de constituição do referido Pólo, os aspectos operacionais ficaram sob responsabilidade da DIR XXI, em função da maior facilidade em termos de infra-estrutura. Atualmente, o Pólo do Vale do Paraíba está sediado na DIR XXI. A princípio, o Pólo foi visto como um órgão financiador de projetos. E, em seu primeiro ano, muitos projetos foram elaborados e encaminhados para financiamento, mas sem uma discussão clara a respeito da mudança de postura profissional que o Pólo procura trazer para discussão.

A partir do segundo ano, iniciou-se um debate acerca da viabilidade dos projetos, com a compreensão de que o Pólo não é somente um órgão financiador. Ele é um espaço de articulação, seja ela política ou de financiamento, e tem como proposta a melhoria do atendimento nos serviços de saúde e o aprimoramento da relação entre profissionais e usuários.

No Pólo do Sudoeste Paulista foi formada uma comissão provisória para a passagem do Pólo-PSF para o PEPS, com a participação de membros do antigo Pólo. A comissão definiu que a nova formação seria feita a partir da configuração anterior, que cobria quatro Regionais

de Saúde: Bauru, Registro, Sorocaba e Botucatu. Em janeiro de 2004, a comissão se uniu a outros atores sociais da região para elaborar o regimento do Conselho Gestor e o cronograma de reuniões.

Considera-se que o Pólo-PSF foi realmente o embrião deste PEPS, formado antes da Portaria 198/04. O mais antigo já trabalhava em diversos projetos do Ministério da Saúde, entre eles, o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), especializações, residência médica em Saúde da Família. Os dois (Pólo-PSF e PEPS) sediaram-se na Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual Paulista (UNESP).

O fato gerador de constituição do Pólo Leste Paulista refere-se à articulação entre Unicamp e PUC de Campinas com a rede de saúde local, uma das mais antigas do Brasil. Trata-se de uma articulação que existe há muito tempo, pois desde a criação do Departamento de Medicina Preventiva da Unicamp, há cerca de 40 anos, ocorre interação com a rede, o que facilitou a criação do Pólo. Segundo um entrevistado, essa experiência foi um embrião do desenvolvimento da concepção do que seria um Sistema Único de Saúde. Essa rede, com muita tradição, e a articulação com as universidades deu consistência ao Pólo do Leste Paulista.

Em 2003, o então Secretário Geral do Ministério da Saúde reuniu-se com a reitoria da Unicamp para propor a implantação do Pólo, que seria sediado na própria universidade, em função da tradição da instituição com a rede. Na mesma época, a proposta também havia sido feita para a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Isso gerou uma tensão inicial, pois ambas foram contatadas ao mesmo tempo. A tensão entre as instituições formadoras, as secretarias municipais de saúde e os diversos segmentos sociais foi logo explicitada e trabalhada, o que possibilitou avanços. Hoje se percebe que esta tensão é bem diferente da fase inicial, ela tornou-se uma tensão produtiva, que potencializou o Pólo.

Houve também uma tensão inicial entre as DIRs e o Município de Campinas. As DIRs apontavam que o Pólo deveria ser sediado em uma instituição que fosse representativa da região e não em um Município específico. Elas entendiam que a UNICAMP deveria sediar o pólo, por considerarem esta uma universidade regional, sendo natural o convívio de toda a região no espaço da instituição. Há a compreensão de que a tensão inicial entre DIRs e o Município de Campinas está completamente superada hoje.

A origem do Pólo Nordeste Paulista está ligada à publicação da Portaria 198/04, por meio da qual o Ministério da Saúde estabeleceu os requisitos para a constituição dos Pólos. O processo envolveu uma série de reuniões entre secretários municipais de saúde, universidades e outros atores sociais envolvidos para a constituição do Pólo e a elaboração de projetos.

Foram constituídos grupos de trabalho para discutir os diversos aspectos da Atenção Básica, urgência e emergência, gestão e gerência.

Os projetos foram encaminhados pelas universidades, embora a discussão tenha sido conjunta. Após a elaboração do regimento interno do Pólo, ficou definido que ele seria sediado na Direção Regional de Saúde e que o coordenador do Pólo deveria ser diretor da DIR, facilitando, com isso, a articulação com outras regionais de saúde. As demais DIRs não aceitaram a coordenação do Pólo, que foi então sediado na DIR XVIII (Ribeirão Preto) e coordenado pelo diretor da mesma.

Desde 1996 a região do Pólo Noroeste Paulista reúne municípios com estratégia de saúde da família, embora não houvesse instituições oferecendo capacitação às equipes. Com a proposta de criação dos Pólos de Educação direcionado ao PSF, iniciou-se uma parceria entre a DIR XXII (São José do Rio Preto) e a Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) para implantação de um Pólo na região. Entretanto, foi decidido à época, pela SES-SP, que haveria apenas um Pólo no Estado de São Paulo, composto por vários núcleos regionais de capacitação. Dessa forma, a primeira capacitação oferecida na região ocorreu em 1997 enquanto núcleo do Pólo de SP.

No biênio 1999-2000, os projetos foram refeitos e São José do Rio Preto passou a ser uma das duas coordenadorias do Pólo de Ribeirão Preto, sendo que os recursos eram recebidos e repassados pelo Pólo. A execução dos cursos e a prestação de contas eram realizadas separadamente. Em São José do Rio Preto a maior parceria envolvia a FAMERP. Foram oferecidos os treinamentos introdutórios e as capacitações sequenciais para acompanhamento de alguns profissionais; médicos principalmente.

Em 2002 praticamente não foram realizadas capacitações neste Pólo, em virtude de problemas ocorridos no Pólo. No ano seguinte, teve início um movimento para que São José do Rio Preto se organizasse enquanto Pólo, por abranger uma extensa região, tornando-se independente de Ribeirão Preto. Ainda se achava nessa época que os Pólos iriam continuar a funcionar na lógica anterior, mas o Ministério da Saúde iniciou, em 2003, uma nova Política de Educação Permanente em Saúde, que culminou com a Portaria 198/04. Dessa forma, foram feitas readequações no projeto de criação do Pólo. Vale destacar que a Coordenadoria de Recursos Humanos da SES-SP incentivou e ofereceu apoio para elaboração da proposta. O novo Pólo passou a reunir três DIRs: XXII (São José do Rio Preto), VI (Araçatuba) e IX (Barretos) – que hoje atendem 160 municípios.

A constituição do Pólo Oeste Paulista remete à Portaria 198/04. A atuação do Pólo-PSF recebia críticas, pois pertencia à Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), cujo diretor coordenava o Pólo-PSF. Até a formação do Pólo ocorreu uma série de reuniões. Primeiramente

nos núcleos das três DIRs vinculadas ao Pólo-PSF da região – VIII (Assis), XIV (Marília) e XVI (Presidente Prudente) – e, em seguida, contou com a participação de representantes destas regionais e dos diversos segmentos sociais. O processo inicial foi difícil, segundo um dos entrevistados, em função da liderança mantida pela DIR de Marília, que tinha experiência em projetos de educação continuada. Gradativamente, foi possível estabelecer uma relação de confiança entre as regionais.

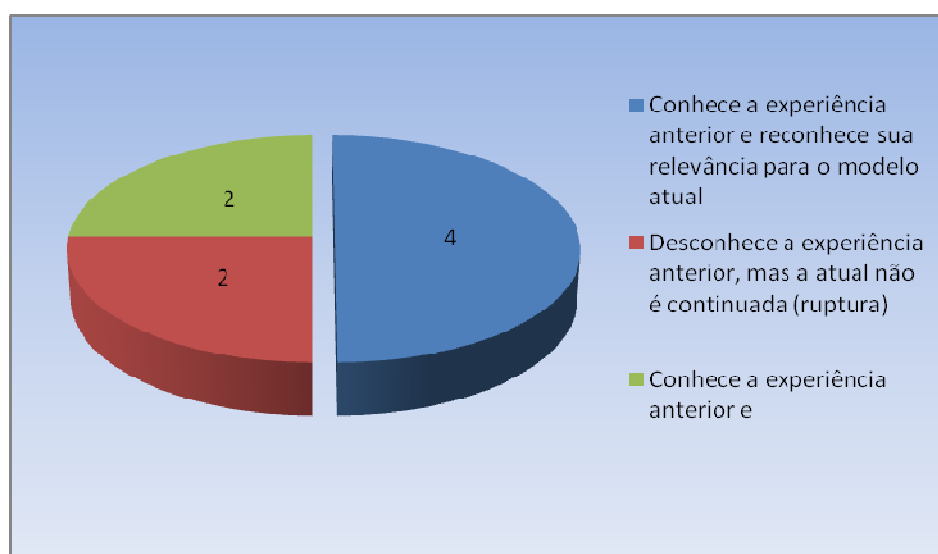
Do ponto de vista financeiro, o processo de transição do modelo antigo para o modelo atual no Pólo Oeste Paulista foi complicado, pois as sobras de recursos do Pólo-PSF não puderam ser repassadas para o PEPS. Neste caso, os recursos foram devolvidos ao Ministério da Saúde, embora houvesse intenção de utilizá-los na implementação do novo Pólo.

Um dos últimos Pólos a ser constituído no Estado de São Paulo foi o PEPS da Baixada Santista. Como seu atual coordenador não participou do processo de negociação e de articulação para a implantação do PEPS, ele não soube informar como foi o processo de transição do antigo para o novo modelo.

O gráfico 2, abaixo, sintetiza a transição do Pólo-PSF (modelo anterior) para o Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS (atual modelo). Como pode se verificar, metade dos coordenadores dos Pólos conhece a experiência anterior e reconhece sua relevância para o modelo atual, ao passo que dois coordenadores entendem que o novo modelo não representa continuidade da antiga formação. Ainda há dois casos de coordenadores que desconhecem o passado dos Pólos que coordenam.

Gráfico 2

Opinião dos Entrevistados do PEPs de SP sobre a transição dos Pólos PSF pra o modelo atual (N=8)

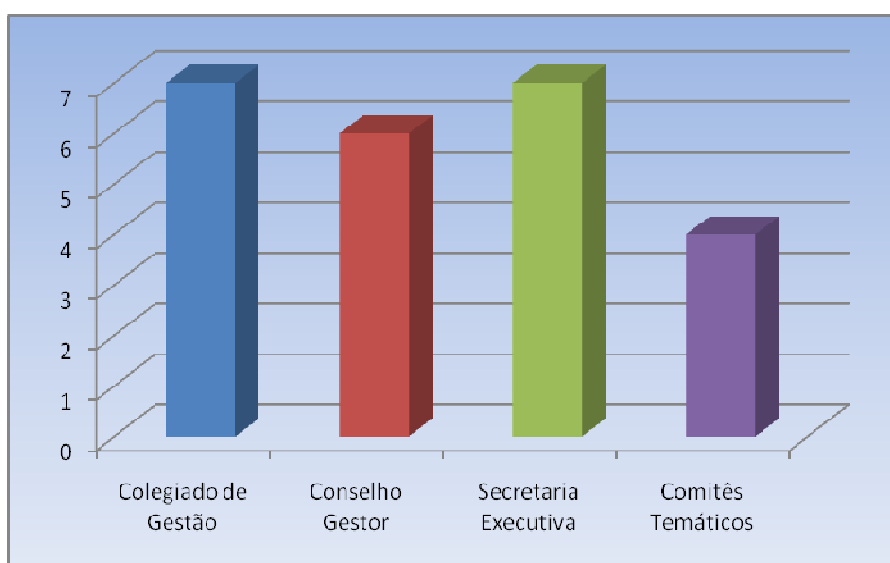


Fonte: Programa de Avaliação da Política de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP (2006).

2. COMPOSIÇÃO E ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

A Portaria 198/04, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, prevê a criação de diferentes instâncias de organização nos PEPS: Colegiado de Gestão, Conselho Gestor, Secretaria Executiva e Comitês Temáticos. Abaixo, o gráfico 3 e a tabela 3 identificam a presença destas estruturas organizacionais nos PEPS do Estado de São Paulo. Observa-se que sete Pólos possuem Colegiado de Gestão, seis possuem Conselho Gestor, sete contam com Secretaria Executiva e quatro têm Comitês Temáticos. Apenas a metade dos oito Pólos do Estado de São Paulo possui a estrutura completa prevista na Portaria 198/04.

Gráfico 3
Instâncias existentes nos PEPs de SP (N=8)



Fonte: Programa de Avaliação da Política de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP (2006).

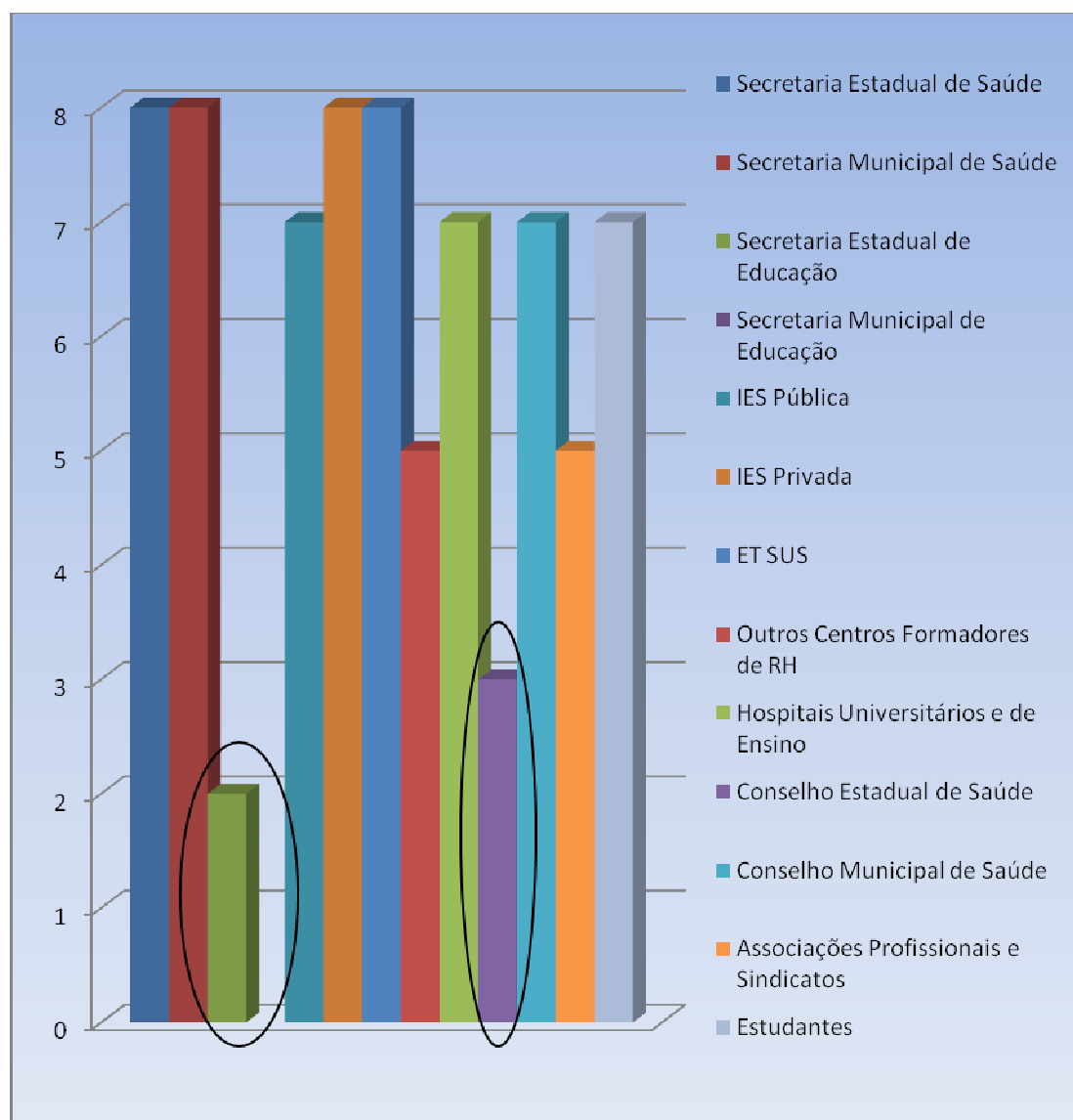
Tabela 3
Instâncias de Organização nos PEPs do Estado de São Paulo

	Colegiado de Gestão	Conselho Gestor	Secretaria Executiva	Comitês Temáticos(*)
Baixada Santista	X		X	
Grande SP	X	X	X	X
Leste Paulista	X	X	X	X
Nordeste Paulista		X	X	
Noroeste Paulista	X	X		
Oeste Paulista	X		X	
Sudoeste Paulista	X	X	X	X
Vale do Paraíba	X	X	X	X

Fonte: Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva FMUSP (2006).

Entre os segmentos representados no Colegiado de Gestão, destaca-se maior participação de representantes da SES-SP, das secretarias municipais de Saúde, das instituições de ensino (públicas e privadas), das Escolas Técnicas do SUS, dos hospitais universitários e de ensino, dos conselhos municipais de Saúde e dos estudantes. Por outro lado, alguns segmentos são pouco representados nos Pólos, principalmente gestores da área de educação e conselheiros estaduais de saúde.

Gráfico 4
Segmentos Representados no Colegiado de Gestão dos PEPs de SP (N=8)



Fonte: Programa de Avaliação da Política de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP (2006).

3. LÓGICA DE OPERAÇÃO E PROCESSO DECISÓRIO

Dos oito Pólos pesquisados, sete possuem Colegiado de Gestão. A frequência das reuniões desta instância de organização é mensal em quatro Pólos e trimestral em dois. Em um deles, as reuniões do Colegiado acontecem de forma descentralizada, em núcleos regionais, e a frequência das mesmas não é pré-definida. O Colegiado de Gestão dos Pólos pesquisados consiste em um espaço de deliberação, definição de diretrizes e discussão de temas prioritários para elaboração dos projetos.

O Conselho Gestor dos Pólos, existente em seis dos oito PEPS do Estado, reúne-se mensal ou bimestralmente. Deve-se apontar que, segundo coordenadores de três Pólos, Conselho e Colegiado de Gestão se confundem na prática. Não há, nesses casos, diferenciação entre as atribuições de ambas as instâncias.

As Secretarias Executivas, presentes em sete Pólos do Estado de São Paulo têm caráter operacional e a frequência das reuniões varia, sendo quinzenal em um dos Pólos e mensal em três PEPS. Em um dos Pólos avaliados, a Secretaria Executiva não se reúne e em outros dois PEPS não foi informada a frequência das reuniões desta instância de organização.

Há Comitês Temáticos em quatro Pólos do Estado de São Paulo. Em dois casos, eles estão organizados por eixos temático. O primeiro trabalha com os eixos formação, gestão, atenção em saúde e controle social. No segundo Pólo, os eixos temáticos são metodologia de gestão, mudança curricular e planejamento.. Há o caso de um dos Pólos cujos comitês (ou núcleos temáticos) são mais dinâmicos e estão organizados a partir de demandas trazidas pelos municípios. Em um dos Pólos existem mais de 20 comitês temáticos, que se reúnem mensalmente para discussão de projetos

Não é possível reconhecer um padrão quanto à lógica de operação e o processo decisório nos Pólos do Estado de São Paulo. Em um dos Pólos , o processo de apresentação e encaminhamento dos projetos contempla dois modelos diferentes.

No primeiro modelo, o município ou segmento apresenta um projeto para solucionar um problema identificado. Na chegada ao Pólo, o projeto é avaliado, segundo prioridades estabelecidas, e encaminhado para o Conselho Gestor. Se o projeto for apresentado pelo Município ou por qualquer segmento dentro dele, é preciso que haja antes uma aprovação do Conselho Municipal de Saúde. Há a compreensão de que este seja um órgão extremamente democrático, que conta com a participação do gestor, prestadores de serviços de saúde (filantrópicos ou não), profissionais de saúde, instituições formadoras, conselhos gestores de unidades de saúde, usuários, entre outros representantes.

Em se tratando de um projeto regional, que envolve mais de um Município, o mesmo deve ser aprovado na reunião dos secretários municipais de Saúde da região. Deste modo, neste primeiro modelo, os projetos são apresentados no Pólo e, após avaliação de acordo com prioridades, são encaminhados ao Conselho Gestor.

O segundo modelo, mais recente, é feito a partir de um problema trazido ao Pólo, caso, por exemplo, da capacitação de conselheiros municipais. Após apresentar ao Conselho Gestor, com todos os seus segmentos reunidos, define-se um grupo de representantes (comissão paritária) para detalhar a dificuldade e propor uma intervenção, a partir do desenho de um projeto. Embora o Pólo esteja priorizando este último modelo, ainda podem ser apresentados projetos no primeiro modelo.

Em outro Pólo avaliado neste estudo, até 2004 os projetos eram elaborados, com base nas opções de cursos oferecidos pelas instituições formadoras. A partir do momento de formação do Colegiado de Gestão (que na prática se confunde com o Conselho Gestor), ficou decidido que este passaria a definir as diretrizes de funcionamento do Pólo. Os projetos de 2005 e 2006 foram definidos pelo Conselho, após dois dias de reunião que estabeleceu quatro eixos norteadores para elaboração dos projetos:

1. Incentivo à formação de pessoal e reformas curriculares nas instituições formadoras de profissionais de saúde;
2. Trabalhar a lógica da educação permanente, os projetos demandados pelos municípios – houve uma reorientação dos projetos que tinham forte teor de educação continuada para serem transformados em projetos de educação permanente;
3. Participação Cidadã – ampliar a participação dos movimentos populares com ações concretas como a formação de conselheiros de saúde; e
4. Comunicação – para atender às necessidade de comunicação do Pólo foi incentivada a participação de todos os seus segmentos na divulgação dos projetos e das atividades realizadas. Com a presença dos facilitadores da educação permanente, em 2006, este último eixo ganhou uma novadinâmica.

Os gestores fazem propostas de projetos que são discutidos na Secretaria Executiva. As instituições formadoras também fazem propostas de cursos, que são analisadas em profundidade pelos gestores e outros participantes, com a possibilidade de modificação completa do formato proposto.

Em outro Pólo, o Colegiado de Gestão é considerado uma roda grande, aberta à participação. Entretanto, as reuniões do Conselho Gestor também são abertas, o que, na prática, faz com que os integrantes do Colegiado de Gestão também participem do Conselho

Gestor. Deste modo, há uma convergência de atuação entre essas duas instâncias, que se confundem na prática. A dinâmica das reuniões é, portanto, a mesma em ambas as instâncias.

Uma vez definida a pauta das reuniões, a coordenação a repassa aos três núcleos regionais que integram o Pólo. Esses, por sua vez, são responsáveis por divulgar as informações aos representantes da região que abrangem. Para que as reuniões ocorram, é necessário que haja quórum mínimo, ou seja, a presença de pelo menos 1/3 dos membros titulares do Conselho Gestor. Os trabalhos começam pela leitura e aprovação da pauta, momento em que assuntos adicionais poderão ser incorporados.

Após aprovação da pauta, apresentam-se os novos membros Conselho Gestor e são lidas as justificativas daqueles que não puderam comparecer, de acordo com estipulação do Regimento Interno, segundo o qual os membros devem justificativa sua ausência por escrito. Em seguida, inicia-se a leitura e aprovação da ata da reunião anterior, realizando as correções necessárias. Depois, são discutidas e aprovadas as propostas levadas na reunião.

Inicialmente, as decisões eram feitas por votação, pois havia dificuldade na obtenção de consensos, em função de competição existente entre os diferentes participantes. Foi preciso definir regras para aprovação de projetos e alocação de recursos a partir da necessidade de cada região. Os participantes começaram a atuar de forma mais madura ao perceberem que havia espaço para todos os atores envolvidos. Isso gerou também uma maior conscientização à respeito da lógica da educação permanente.

Em um dos Pólos avaliados, o encaminhamento dos projetos ocorre da seguinte forma: após a aprovação, ele é encaminhado para a SES/SP que, por sua vez, envia ao Ministério da Saúde. Como este último devolve diretamente para o órgão solicitante, o Pólo não consegue acompanhar os desdobramentos do mesmo, não tendo sequer conhecimento dos relatórios e da prestação de contas. O Pólo só será acionado em decorrência de algum problema, como por exemplo, com relação à prestação de contas do órgão solicitante. O envolvimento maior do Pólo nesse processo acabaria com a visão de que ele é apenas um órgão financiador. Existe, portanto, uma falha de desenho institucional no papel dos Pólos após o encaminhamento dos projetos e liberação dos recursos.

“Hoje o Pólo está mais na questão da definição de diretrizes, até porque o Pólo não tem acesso a esses outros instrumentais, não faz parte de suas atividades. Quando ocorre é porque a coordenação do Pólo corre atrás. Por exemplo, o Pólo não havia sido informado sobre quantos e quais projetos foram financiados, quanto do valor disponibilizado para o Pólo foi efetivamente utilizado, etc. Além disso, não recebe informações do órgão executor sobre o andamento dos cursos. Então tudo isso tem

que ser solicitado pelo Pólo, que está totalmente alijado desse processo.” (Coordenador de PEPS)

Há um outro Pólo onde o Conselho Gestor é uma grande roda considerada um espaço de elaboração da política de educação permanente da região e de definição de diretrizes. Entende-se que se trata de um espaço de gestão, na medida em que enfrenta os problemas das redes locais. Os gestores trazem os problemas das diferentes regiões e o Conselho propõe soluções a partir das diretrizes formuladas. Desta forma, este espaço de gestão é considerado detentor de certo poder, pois é ele quem define diretrizes e mobiliza os recursos definidos pelo Ministério da Saúde que podem ser acessados pelos próprios Pólos.

Deste modo, há nos Pólos do Estado de São Paulo diferentes processos decisórios, mas não é possível identificar um padrão de encaminhamento, aprovação e implementação dos projetos.

4. ATIVIDADES E BENEFICIÁRIOS

Em termos das atividades desenvolvidas pelos Pólos e seus beneficiários, o Relatório Gerencial Financeiro dos Pólos de Educação Permanente, fornecido pela Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, demonstra que os oito Pólos do Estado de São Paulo haviam encaminhado, até novembro de 2005, 120 projetos para aprovação no Ministério da Saúde. Com a execução desses projetos, estimava-se que cerca de 9.600 trabalhadores seriam beneficiados.

Entretanto, como mostram os dados da tabela 4, a seguir, a distribuição por Pólo revela grande concentração de projetos e trabalhadores beneficiados no Pólo da Grande SP, que sozinho responde por 52,5% dos projetos e conta com 71,4% dos trabalhadores.

Também merece registro o percentual de projetos de formação desenvolvidos nos pólos Nordeste Paulista (20%), Sudoeste Paulista (12,5%) e Leste Paulista (10%), que em conjunto totalizaram 42,5% e beneficiaram 2.548 profissionais, correspondente a 25% de trabalhadores atendidos no Estado.

Por outro lado, os Pólos da Baixada Santista, do Noroeste Paulista, do Oeste Paulista e do Vale do Paraíba apresentaram um número reduzido de projetos, cujas atividades beneficiaram poucos profissionais.

Tabela 4

Pólos do Estado de SP – projetos encaminhados ao MS e trabalhadores beneficiados

Pólo	Projetos Encaminhados		Trabalhadores Beneficiados	
	Nº	%	Nº	%
Baixada Santista	1	0,8	0	0,0
Grande São Paulo	63	52,5	6.893	71,4
Leste Paulista	12	10,0	694	7,2
Nordeste Paulista	24	20,0	1.230	12,7
Noroeste Paulista	1	0,8	40	0,4
Oeste Paulista	1	0,8	61	0,6
Sudoeste Paulista	15	12,5	624	6,5
Vale do Paraíba	3	2,5	110	1,1
TOTAL	120	100,0	9.652	100,0

Fonte: MS, Relatório Gerencial Financeiro dos Pólos de Educação Permanente (2005).

(*) A lista completa dos projetos apresentados encontra-se no Anexo deste relatório.

5. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Nenhum Pólo do Estado de São Paulo possui um sistema de monitoramento e avaliação implantado. Em alguns casos, porém, existem propostas para inserção de mecanismos de avaliação da capacitação oferecida. É o caso do Pólo do Vale do Paraíba, que propôs a realização de visitas técnicas aos projetos em execução, com o intuito de verificar o cumprimento das metas, identificar as dificuldades e verificar o que ele poderá fazer para superar as dificuldades identificadas. Da mesma forma, o Pólo Noroeste Paulista pretende realizar pesquisas com egressos das atividades de capacitação para medir o impacto das ações empreendidas.

6. FINANCIAMENTO

Os Pólos de Educação Permanente do Estado de São Paulo contam com recursos provenientes do Ministério da Saúde e, no ano de 2004, também receberam apoio financeiro da Secretaria de Estado da Saúde. Com relação aos recursos federais, o MS realizou duas alocações: uma primeira de R\$ 3.908.499,00 para que os Pólos pudessem organizar suas atividades iniciais e outra de R\$ 10.652.232,00, para a execução dos projetos de capacitação encaminhados pelos Pólos. No total, foram alocados R\$ 14.560.731,00.

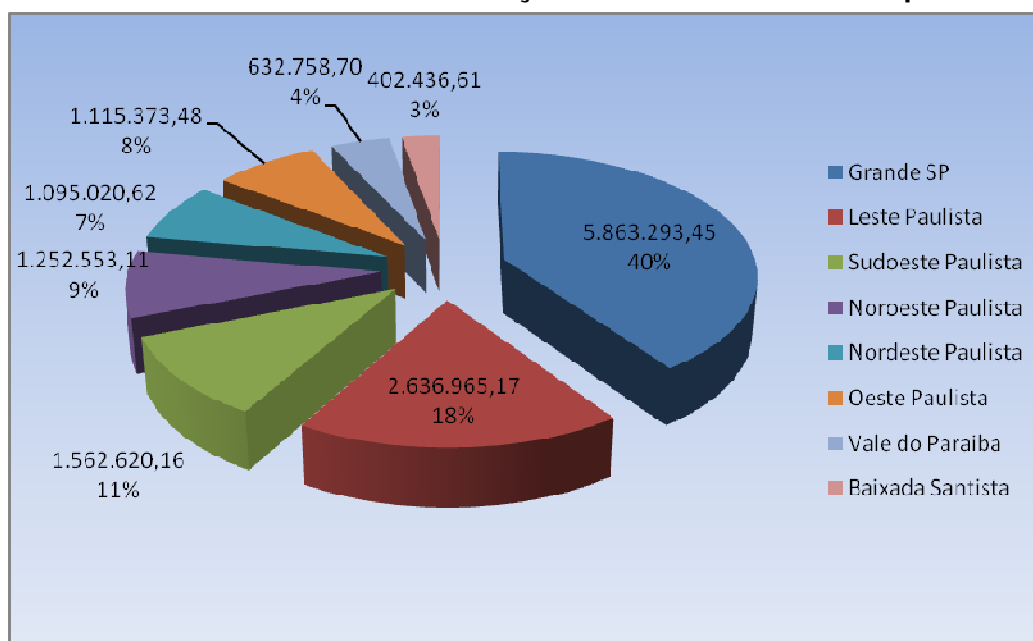
Tabela 5
Pólos do Estado de SP – recursos alocados pelo MS

Pólo	1ª. Alocação	2ª. Alocação	Total
Baixada Santista	-----	402.326,61	402.326,61
Leste Paulista	898.193,14	1.738.772,03	2.636.965,17
Nordeste Paulista	371.488,24	723.532,38	1.095.020,62
Noroeste Paulista	339.738,76	912.814,35	1.252.553,11
Oeste Paulista	312.359,06	803.014,42	1.115.373,48
Grande São Paulo	1.559.791,72	4.303.501,73	5.863.293,45
Sudoeste Paulista	426.928,34	1.135.691,82	1.562.620,16
Vale do Paraíba	-----	632.578,70	632.578,70
TOTAL	3.908.499,00	10.652.232,00	14.560.731,00

Fonte: Deliberação CIB 128/2004; Apresentação “Pólo de Educação Permanente em Saúde para os Profissionais do SUS da Região Metropolitana da Grande SP” (2004).

A definição da parcela destinada a cada um dos oito Pólos seguiu os mesmos critérios adotados pelo MS para distribuição dos recursos entre os estados, a saber: população dos municípios em gestão plena no Estado, número de equipes de saúde da família, número de conselheiros de saúde, a capacidade docente universitária e técnica instalada, número de unidades básicas de saúde, população total do Estado e número de cursos universitários na área da saúde. Como mostram os dados do gráfico 5, a seguir, coube ao Pólo da Grande São Paulo o percentual mais elevado dos recursos (39%), seguido pelo Pólo Leste Paulista (18%).

Gráfico 5
Pólos do Estado de SP – distribuição dos recursos alocados pelo MS



Fonte: Deliberação CIB 128/2004.

Além dos recursos federais, a SES-SP destinou R\$ 300.000,00 para cada um dos oito Pólos de Educação Permanente em 2004. Entretanto, alguns parecem não ter conseguido utilizar todo esse recurso, pois ainda não estavam organizados na lógica da educação permanente, como foi o caso do Pólo Noroeste Paulista.

7. PAPÉIS E RELAÇÃO ENSINO X SERVIÇO

Embora neste módulo do Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente todos os Pólos pertençam ao mesmo Estado (São Paulo), as entrevistas mostraram que o papel da esfera estadual difere bastante de um Pólo para outro, assim como as relações ensino-serviço e a visão sobre as instituições de ensino privadas. Chamam a atenção, de um lado, a elevada participação dos serviços no papel de coordenação dos Pólos, com destaque para a atuação das regionais de saúde, e, de outro, a expressiva participação das instituições de ensino privadas, como pode ser identificado a seguir.

Tabela 6

Pólos do Estado de São Paulo – coordenação, participação de instituições privadas e da esfera central do nível estadual e impacto nas instituições de ensino

Pólo	Coordenação	Participação Instituições de Ensino Privadas	Comentário sobre distanciamento do nível central da SES	O Pólo gerou impacto nas Instituições de Ensino?
Baixada Santista	DIR	Sim	Sim	Não
Grande São Paulo	Coordenadoria de Recursos Humanos – SES/SP	Sim	Não	Sem comentário
Leste Paulista	Instituição de Ensino (UNICAMP)	Sim	Não	Sim
Nordeste Paulista	DIR	Sim	Sim	Sem comentário
Noroeste Paulista	DIR	Sim	Não	Sem comentário
Oeste Paulista	DIR	Sim	Não	Sem comentário
Sudoeste Paulista	Instituição de Ensino (UNESP)	Sim	Não	Sem comentário
Vale do Paraíba	DIR	Sim	Não	Sem comentário

Fonte: Programa de Avaliação da Política de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP (2006).

No Pólo da Baixada Santista, foi destacado que algumas universidades privadas parecem não ter muito interesse em participar das atividades do órgão. O intercâmbio com as universidades privadas não ocorre de forma espontânea, uma vez que estas instituições

precisam ser estimuladas. Anteriormente, as universidades privadas apresentavam pacotes de cursos que normalmente já desenvolviam. Entende-se que o papel da DIR no modelo atual está fortalecido, o papel do Estado é ser o agente agregador. É indicada a necessidade de maior articulação com a área de educação e isso deve ser função de instâncias superiores (MS/MEC/SES), a partir de uma política de governo, o que não é uma função do Pólo.

Foi sugerido que os Ministérios da Saúde e da Educação deveriam se articular para que as Instituições de Ensino Superior (IES) formem pessoas para o Sistema Único de Saúde. Entende-se que hoje a formação dos profissionais não é voltada para o SUS, além de não haver formação para a estratégia de Saúde da Família. O Pólo/ensino não teria essa força, visto que as diretrizes substantivas são concebidas em escalões superiores do Ministério da Saúde e do MEC, existindo dificuldade em promover intervenções na universidade.

O Pólo, segundo um dos entrevistados, não pode interferir nas grades universitárias e na definição de prioridades no ensino formal de graduação. A relação entre ensino e serviço deve ser uma relação produtiva, harmônica e com atribuições claras. O ensino a cargo do serviço implica em formar equipes e dar condições, inclusive de infra-estrutura, o que seria, na visão do entrevistado, complicado, pois não há estruturação que permita esta responsabilização. Ele acrescenta que se as secretarias estaduais de Saúde assumissem esta missão, a educação permanente seria uma coisa natural, sem necessidade de Pólo. Basta aproveitar o marco institucional existente e direcionar as atividades de capacitação de forma adequada. As DIRs poderiam assumir com proveito o papel.

No Pólo Sudoeste Paulista as instituições de ensino desempenham o papel de articular e planejar as propostas que são encaminhadas. Os serviços, por sua vez, contribuem com a liberação de profissionais para as atividades do Pólo, o que é considerado um avanço, segundo o coordenador do órgão. Os segmentos mais participativos são as universidades, os gestores municipais e estadual.

No Pólo Leste Paulista, as instituições de ensino que o integram são abertas às atividades conjuntas com os serviços de saúde. Há nestas instituições um caráter colaborativo e solidário, o que provoca um clima favorável na relação ensino-serviço. Observa-se, entretanto, que a representação das universidades é pouco institucionalizada, sendo reconhecida como algo mais pessoal. Verifica-se também que existem setores mais fechados, possivelmente por desconhecerem a atuação do Pólo.

As instituições formadoras participam das discussões e da elaboração de projetos. Em um primeiro momento, houve certa inibição na participação de outras instituições de ensino, em função da força e da tradição que a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) assumiu na região. Há a intenção de fixar novas parceiras regionais, para dar conta da complexidade do

Pólo. Embora ele esteja sediado nas dependências da UNICAMP, as reuniões do Colegiado raramente acontecem nela. Pretende-se, com isso, incentivar a participação de outras instituições de ensino. No início havia uma relação conflituosa entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, o que foi transformado em uma relação colaborativa.

A participação e a contribuição das instituições de ensino são muito relevantes no Pólo Nordeste Paulista. Um dos destaques é a participação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, que já tinha uma visão de educação permanente e colaborou ativamente para o crescimento do Pólo. Quanto aos serviços, sobressai a atuação do Hospital das Clínicas, que contribuiu com a elaboração e a execução dos projetos. A DIR teve papel central na aproximação de universidades – públicas e privadas – que mantinham uma relação distante com este Pólo. Houve a partir daí uma conquista no sentido do estabelecimento de diálogo e discussão para elaboração dos projetos do Pólo.

Para o entrevistado que falou sobre o Pólo do Nordeste Paulista é possível reconhecer que houve aproximação entre ensino-serviço. Inicialmente, as universidades ofereciam cursos relacionados aos seus próprios interesses. Isso foi se transformando de tal forma que hoje elas já estão mais disponíveis para atender às necessidades do serviço, o que facilita a integração ensino-serviço. No modelo antigo (Pólo-PSF) havia centralização da Universidade, além de disputas de poder entre as faculdades de Medicina e Enfermagem USP e a de São José do Rio Preto.

No modelo atual, entende-se que a discussão é horizontal, não havendo um poder centralizador. Há a compreensão de que a integração com as universidades públicas e privadas foi proveitosa para os Pólos e para as próprias instituições. Ainda, entende-se que a Secretaria de Estado da Saúde poderia participar mais ativamente nos Pólos, contribuindo com definições de diretrizes e com liberação de recursos de forma menos burocrática.

De acordo com o coordenador do Pólo da Grande São Paulo, a articulação ensino-serviço é positiva no Pólo que ele administra, devido ao histórico de atuação do Pólo-PSF, desde 1997. Embora seja possível reconhecer a existência de conflitos na relação ensino-serviço, ele entende que estes não se configuram como problemas, mas sim representam diferentes saberes advindos de instituições distintas, que possuem competências diferenciadas. Considera-se que a articulação ensino-serviço tem sido bem-feita no Pólo, por meio de diálogos constantes. Trata-se de um espaço de articulação de necessidades e de reflexão sobre o processo pedagógico.

Uma desarticulação na relação ensino-serviço foi identificada no Pólo Noroeste Paulista. Sob o ponto de vista da universidade, o profissional não recebe boa formação em função das

falhas existentes nos estágios que são realizados pelos alunos. Em contrapartida, sob a ótica dos serviços, o profissional não é formado adequadamente pelas universidades.

Na visão do Coordenador deste Pólo, é preciso compreender que a formação nas universidades e nos serviços precisa caminhar de forma conjunta. Outro ponto crítico existente refere-se ao despreparo do docente para atender aos problemas e demandas do SUS, na medida em que muitos deles trabalham com metodologias tradicionais, que não valorizam tanto a questão da didática, enfatizando apenas o conteúdo.

No Pólo Oeste Paulista, é possível reconhecer conflitos na relação ensino-serviço que não ocorrem de forma articulada. Há a compreensão de que os projetos das universidades estavam voltados aos seus próprios interesses. De maneira geral, identifica-se que a representação das universidades não se dava de forma institucional, dependendo do entusiasmo e envolvimento pessoal dos representantes.

Observa-se fragmentação na relação ensino-serviço, com a compreensão de que as universidades detêm o conhecimento e aos serviços cabe apenas a execução, embora o entrevistado avalie que nesse momento os serviços estão "mais científicos". Na DIR, a interação com os serviços é mais intensa do que com as instituições de ensino. Para ele, não houve aproximação ensino-serviço com a mudança do modelo de Pólos-PSF para o de PEPS.

No Pólo do Vale do Paraíba, a principal contribuição das instituições de ensino refere-se à execução dos projetos do Pólo. Antes havia muita dificuldade para o Pólo manter um diálogo com as universidades, o vem sendo modificado, pois as universidades têm se mostrado mais abertas. Entende-se que a mudança na prática do trabalho (missão do Pólo) não será alcançada sem a participação das universidades.

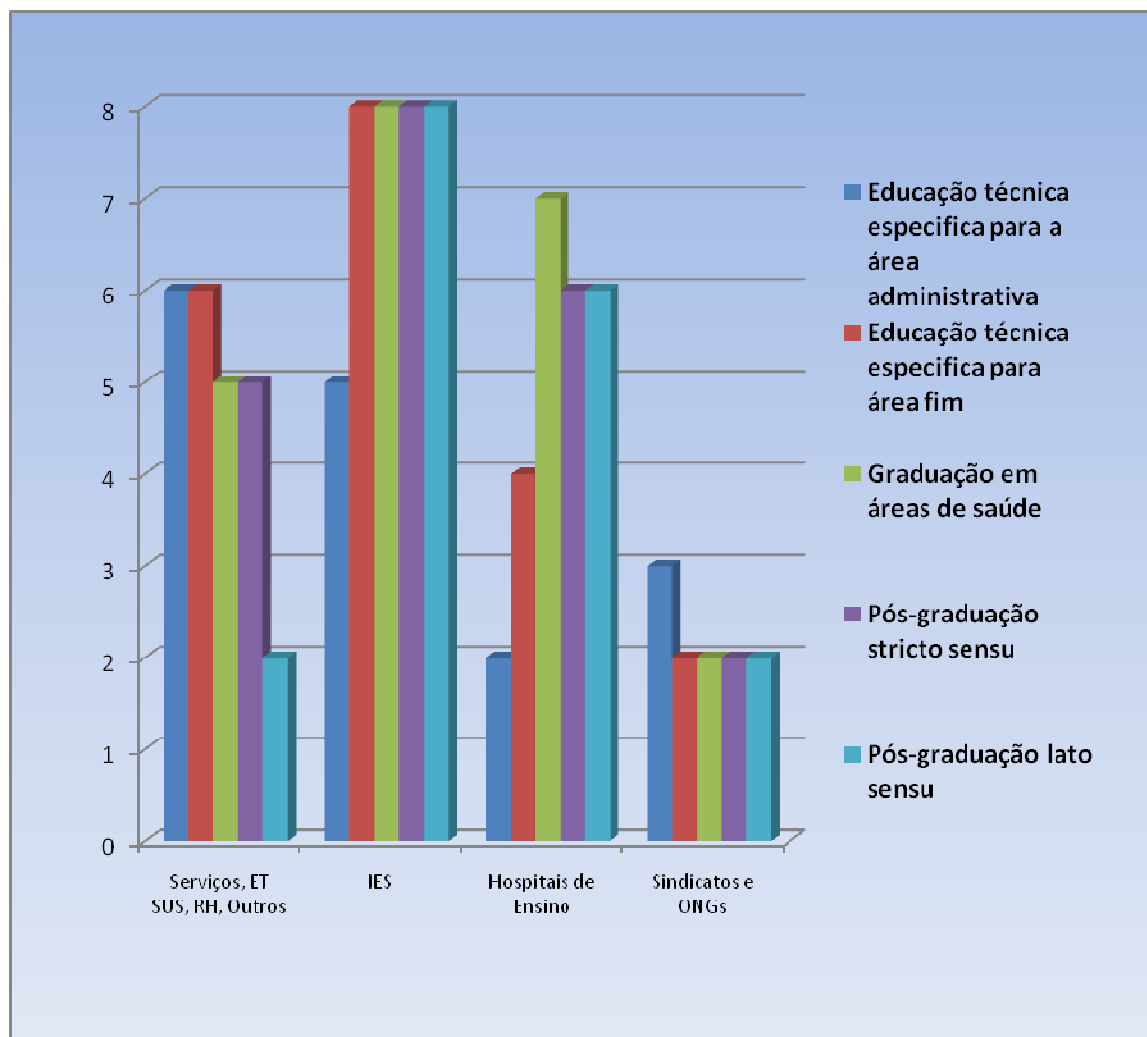
É possível reconhecer também que serviço e ensino participam ativamente no Pólo, embora a interação ainda aconteça de forma conflituosa. A relação do Pólo com a universidade não pode se restringir a uma relação de pagamento e prestação de serviço. Sob o ponto de vista das instituições de ensino, os serviços não abrem as portas para estágio e, quando o fazem, usam os estagiários como mão-de-obra barata. Os serviços, por sua vez, consideram que os estagiários não estão preparados, em função de falhas na formação e, por isso, não podem entrar diretamente na área técnica, tendo que passar por outro processo de formação dentro do próprio serviço.

O gráfico 6, a seguir, permite verificar que, na opinião dos coordenadores dos Pólos do Estado de São Paulo, as instituições de ensino são as principais responsáveis pelas atividades educacionais de educação técnica para a área fim; graduação em áreas de saúde, inclusive Medicina e Enfermagem; e pós-graduação, seja especialização, mestrado ou doutorado. Os

serviços também desempenham papel importante, principalmente na educação técnica, e os hospitais de ensino possuem relevância na graduação e pós-graduação.

Gráfico 6

Instituições Responsáveis pelas Atividades Educacionais na Opinião dos Coordenadores dos PEPS de SP (N=8)



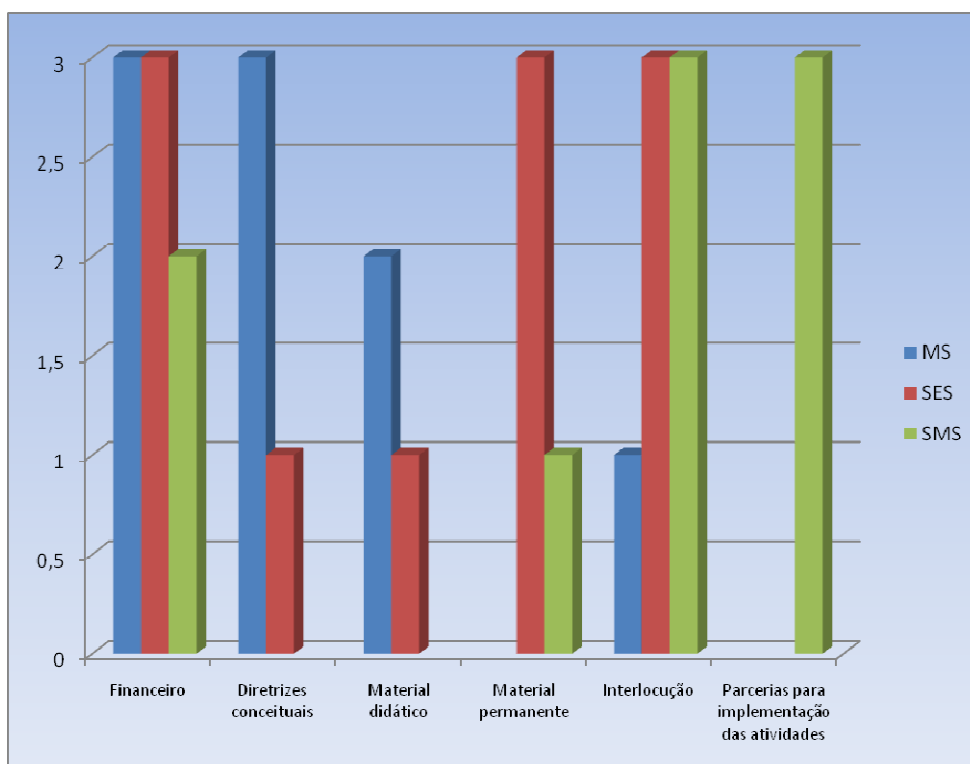
Fonte: Programa de Avaliação da Política de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP (2006).

Com relação aos apoios recebidos do Ministério da Saúde, da SES-SP e das secretarias municipais de Saúde, os Pólos destacaram os seguintes itens:

- Ministério da Saúde: contribui principalmente por meio de apoio financeiro, diretrizes conceituais e material didático;
- Secretaria de Estado da Saúde: principais apoios são financeiro, material permanente e interlocução;
- Secretarias municipais de Saúde: apóiam os Pólos por meio de interlocução e o estabelecimento de parcerias para realização das atividades.

Gráfico 7

Pólos do Estado de SP – Apoios mais importantes recebidos do MS, da SES e das SMS



Fonte: Programa de Avaliação da Política de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP (2006).

8. IMPACTOS

Poucos impactos foram relatados pelos coordenadores dos Pólos pesquisados. Vale ressaltar novamente que nenhum dos Pólos do Estado de São Paulo possui um sistema de avaliação e monitoramento de suas ações, o que contribui para dificuldade em apontar, de forma clara, os impactos da atuação do PEPS e da nova Política de Educação Permanente. Entretanto, na visão dos entrevistados, algumas mudanças podem ser atribuídas ao funcionamento dos Pólos:

- Abertura das universidades para discussão com o Pólo sobre mudança curricular;
- Gestores mais organizados e abertos para participar das atividades propostas pelo Pólo;
- Maior reflexão sobre o processo de trabalho.

Na opinião de um dos entrevistados: foi muito positivo, tanto para a instituição como para o serviço conseguir promover um processo de integração: saber o que o outro faz, qual é

a participação individual e coletiva dele, bem como suas perspectivas nas discussões conjuntas.

Na percepção de outro entrevistado, a formação do Pólo conferiu uma nova dinâmica às regionais de saúde, que se sentiram perdidas com a municipalização da Saúde. Elas passaram a atuar como órgãos fiscalizadores ou de suporte, adquirindo uma nova perspectiva de atuação. As DIRs, segundo ele, poderiam dar conta do papel hoje desempenhado pelo Pólo, desde que isso fizesse parte de uma política de Estado.

Para outro entrevistado, o Pólo ajudou a DIR a alterar sua forma de trabalhar, passando a atuar de forma mais democrática, em função da preocupação com a inclusão de novos atores no processo de educação permanente.

9. EDUCAÇÃO PERMANENTE: COMPREENSÃO E EXERCÍCIO

O conceito de educação permanente utilizado na formulação da política de desenvolvimento de profissionais para o SUS contém os seguintes pressupostos fundamentais:

- A prática profissional do aluno deve ser incorporada ao processo de ensino-aprendizagem, como condição para uma aquisição ativa, reflexiva e, em consequência, crítica de novos conhecimentos;
- Os conhecimentos adquiridos no processo de ensino-aprendizagem devem ser utilizados na prática profissional do egresso, como condição para sua compreensão, aplicação e avaliação;
- A aplicação dos conhecimentos adquiridos na prática profissional e a incorporação dessa prática no processo pedagógico dão significado à aprendizagem e sentido ao seu uso.

A tarefa de avaliar o impacto de uma determinada estratégia educacional exige a identificação de atributos característicos de situações antecedentes (estrutura familiar, estilo de vida, sexo, idade) e situações processuais (método de ensino, programas, materiais, clima de classe, interações) o que, por si, já denota a complexidade da tarefa do avaliador.

Sendo a educação permanente para o SUS compreendida como aprendizagem no trabalho “onde o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao exercício profissional” (SOUZA, 1991), entende-se que a concretização da proposta se dá no contínuo educação-trabalho-educação, demandando espaço para reflexão e debate, abertura para incorporação dos problemas reais ao sistema de formação, materiais didáticos

apropriados, competência didático-pedagógica específica, clima de ensino-aprendizagem democrático, oportunidade para discussão leitura e debates, entre outros fatores.

Assim, foram apresentadas aos entrevistados uma série de questões sobre as características da educação permanente e da educação continuada (terminologia e conceituação próprias do MS) e foi pedido que identificassem sua aplicabilidade à atuação dos PEPS.

O significado e conteúdo dos conceitos utilizados, segundo interpretação dos autores do presente estudo¹³, podem ser assim esclarecidos:

- Pressuposto pedagógico – “o processo de aprendizagem é um processo permanente de retro-alimentação entre aquisição de conhecimento e prática profissional ou é um processo no qual a prática precede o conhecimento”.
- Objetivo principal – “o objetivo da educação permanente é transformar as práticas, enquanto que o objetivo da educação continuada é atualizar conhecimentos”.
- Público-alvo – “os beneficiários da atuação dos PEPS são as equipes (de atenção e gestão) em qualquer área do sistema, enquanto que os beneficiários dos Pólos-PSF são as equipes de saúde da família”.
- Lógica de operação – segundo a documentação do MS existe uma diferença conceitual entre ser contínuo e ser permanente: a educação continuada é descendente, ou seja, “a partir de uma leitura geral dos problemas, identificam-se temas e conteúdos a serem trabalhados com os profissionais, geralmente sob o formato de cursos”. A “educação permanente tem uma lógica de operação descendente na qual, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos enfrentados na atenção e gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovem o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e pessoas”.
- Atividades educativas – os cursos podem ser padronizados com carga horária, dinâmica e conteúdos definidos centralmente ou baseados em solução de problemas equacionados de acordo com cada situação específica.

Assim, verificou-se principalmente os níveis de compreensão que os entrevistados têm da proposta em seu conteúdo essencial. Esta verificação foi feita contrastando os pressupostos da educação permanente (abordagem 2) com os pressupostos de modelos educacionais expositivos e descritivos (abordagem 1), como está explicitado no instrumento de

¹³ Fonte das definições: Interpretação dos conceitos apresentados nos documentos oficiais e na bibliografia disponibilizada pelo Ministério da Saúde feita pela equipe de pesquisa do Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva. FMUSP (2006).

pesquisa apresentado abaixo. O conjunto de questões formuladas pode ser resumido pelo quadro 1, abaixo, que foi submetido à opinião dos entrevistados, solicitando que definissem a aplicabilidade de uma e outra estratégia ao seu trabalho cotidiano no PEPS.

Quadro 1

Grade Submetida aos Entrevistados

Enunciado do instrumento de pesquisa: *“Gostaríamos de verificar sua opinião sobre a definição de algumas dimensões referentes a duas abordagens pedagógico-educacionais. As definições constam de documento oficial do MS e nosso objetivo é identificar sua aplicabilidade exclusiva ou inclusiva (excludente ou convergente) nas atividades educacionais dos Pólos”.*

Item	Abordagem 1	Abordagem 2	Sua Opinião
Pressuposto pedagógico	O “conhecimento” preside/define as práticas. Em outras palavras, o trabalho é o momento ou a situação nos quais os conhecimentos adquiridos são aplicados e utilizados.	As práticas são definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, organização do trabalho, etc.) e a aprendizagem dos adultos requer que se trabalhe com elementos que façam sentido para os sujeitos envolvidos (aprendizagem significativa)	☐ 1. Apenas a 1 é aplicável ☐ 2. Apenas a 2 é aplicável ☐ 3. Ambas são aplicáveis ☐ 4. Nenhuma é aplicável
Objetivo principal	Atualização de conhecimentos específicos	Transformação das práticas	☐ 1. Apenas a 1 é aplicável ☐ 2. Apenas a 2 é aplicável ☐ 3. Ambas são aplicáveis ☐ 4. Nenhuma é aplicável
Público	Profissionais específicos, de acordo com o conhecimento a trabalhar	Equipes (de atenção e gestão) em qualquer área do sistema	☐ 1. Apenas a 1 é aplicável ☐ 2. Apenas a 2 é aplicável ☐ 3. Ambas são aplicáveis ☐ 4. Nenhuma é aplicável
Lógica de Operação	Descendente. A partir de uma leitura geral dos problemas, identificam-se temas e conteúdos a serem trabalhados com os profissionais, geralmente sob o formato de cursos	Ascendente. A partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos enfrentados na atenção e gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovem o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e pessoas	☐ 1. Apenas a 1 é aplicável ☐ 2. Apenas a 2 é aplicável ☐ 3. Ambas são aplicáveis ☐ 4. Nenhuma é aplicável
Atividades educativas	Cursos padronizados – carga horária, conteúdo e dinâmica definidos centralmente	Problemas são resolvidos / equacionados de acordo com cada situação.	☐ 1. Apenas a 1 é aplicável ☐ 2. Apenas a 2 é aplicável ☐ 3. Ambas são aplicáveis ☐ 4. Nenhuma é aplicável

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde (2004a).

A tabela a seguir indica a compreensão dos entrevistados, segundo a aplicabilidade dos conceitos relativos aos itens: Pressuposto Pedagógico, Objetivo Principal, Público-alvo das Atividades, Lógica de Operação e Atividades Educacionais. Observa-se predominância de

aplicabilidade da educação permanente ou de ambas as abordagens com relação aos itens investigados.

Tabela 7

Pólos do Estado de São Paulo – aplicabilidade das abordagens de educação continuada e educação permanente

Item	Abordagem Pedagógica Aplicável			
	Educação Continuada	Educação Permanente	Ambas	Nenhuma
Pressuposto pedagógico		4	4	
Objetivo principal		5	3	
Público-alvo das atividades		2	6	
Lógica de operação	2	5	1	
Atividades educacionais	1	5	2	

Fonte: Programa de Avaliação da Política de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP (2006).

10. MODELO ANTERIOR E MODELO ATUAL

Com relação à transição do modelo anterior (Pólo-PSF) para o modelo atual (PEPS), as entrevistas realizadas permitiram identificar como aspectos positivos o fortalecimento da estratégia de Saúde da Família e a compreensão de que os antigos Pólos foram embriões dos Pólos de Educação Permanente em Saúde. Em contrapartida, foram indicadas fragilidades com relação ao antigo modelo, que estão identificadas na tabela a seguir.

Tabela 8

Pólos do Estado de São Paulo – Aspectos positivos e fragilidades dos Pólos-PSF

Pólos do PSF		
Item	Aspectos Positivos	Fragilidades
Participação	-----	-----
Atividades Educacionais	-----	• Instituições formadoras ofereciam um "cardápio de cursos" existentes • Projetos eram feitos pelos docentes das IES ou em conjunto com os técnicos das Regionais de Saúde • Cursos pontuais, nos moldes da Educação Continuada
Lógica de Operação	-----	• Pólo tinha "dono", domínio das IES • Cursos eram definidos pelas IES • Centralização excessiva • Disputa de poder dentro da IES que coordenava o Pólo
Aspectos Gerais	• Pólos-PSF são um embrião dos Pólos de Educação Permanente • Fortaleceu o PSF dentro da Atenção Básica	• Capacitação restrita a apenas algumas categorias profissionais • Limitava-se a oferecer "cursinhos e projetinhos"

Fonte: Programa de Avaliação da Política de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP (2006).

Quanto aos Pólos de Educação Permanente em Saúde, foram identificados aspectos positivos das diretrizes, bem como dificuldades na operacionalização da Portaria 198/04. De maneira geral, é possível indicar que os entrevistados reconhecem a proposta de Educação Permanente como um avanço, com a participação de novos atores sociais e ampliação do foco de atuação. Em contrapartida, identificam-se dificuldades com relação à operacionalização da Política de Educação Permanente, que estão indicadas na tabela a seguir.

Tabela 9

Pólos do Estado de São Paulo – Aspectos positivos e dificuldades de operacionalização da Portaria 198/04

Pólos de Educação Permanente em Saúde		
Item	Aspectos Positivos das Diretrizes	Dificuldades de Operacionalização
Participação	• Diversidade de atores • Maior participação de gestores municipais • Ampliação do número de participantes, tanto de instituições, quanto de uma mesma instituição	• Baixa participação das IES em virtude da inversão do modelo • Baixa participação dos usuários, trabalhadores da Saúde e estudantes
Atividades Educacionais	• Atividades organizadas a partir da demanda das instituições, principalmente de gestores dos municípios • Necessidade de determinar a oferta (e não o contrário) • Execução descentralizada dos cursos	-----
Lógica de Operação	• Gestão Colegiada • Processo é mais democrático • Discussão de problemas locais/regionais	• Horizontalidade é mais difícil de coordenar, pela própria história de verticalização do modelo anterior
Aspectos Gerais	• Ampliação do foco de atuação do Pólo, que hoje é para todos os profissionais do SUS • Pólo constituiu um espaço de discussão e articulação • Fortalecimento dos municípios	• Falta de definição de linha de financiamento • Apoio financeiro do Estado foi pontual • Falta de definição da própria estrutura do Pólo • Pólos estão desarticulados

Fonte: os autores (2005)

11. PERCEPÇÃO DOS GESTORES MUNICIPAIS

Este item traz os resultados descritivos relativos ao perfil dos secretários municipais de Saúde e à capacitação de profissionais da área da Atenção Básica e do PSF dos municípios paulistas com mais de 100 mil habitantes, objeto de estudo da Pesquisa de Avaliação e do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), desenvolvida pelo Consórcio Medicina USP durante o ano de 2005.

11.1. Perfil dos Secretários Municipais de Saúde

Os secretários municipais de Saúde dos 61 municípios estudados pela Pesquisa PROESF¹⁴ são, em sua maioria, homens (73,8%), têm mais de 40 anos (78,6%), são médicos (62,3%) e possuem curso de pós-graduação (75,5%), como mostram os dados da tabela 10, a seguir.

Tabela 10

Secretários Municípios com mais de 100 mil habitantes – aspectos demográficos e profissionais dos Secretários Municipais de Saúde

Aspectos Demográficos e Profissionais	Número absoluto	%
Sexo	61	100,0
Feminino	16	26,2
Masculino	45	73,8
Faixa Etária	61	100,0
Até 40 anos	13	21,3
De 41 a 50 anos	23	37,7
De 51 a 60 anos	19	31,1
Mais de 60 anos	6	9,8
Profissão	61	100,0
Médico	38	62,3
Enfermeiro	3	4,9
Cirurgião Dentista	5	8,2
Farmacêutico	3	4,9
Administrador	2	3,3
Outras profissões	9	14,8
Não-informado	1	1,6
Escolaridade	61	100,0
Superior incompleto	1	1,6
Somente graduação	13	21,3
Pós-graduação – especialização	33	54,1
Pós-graduação – mestrado	9	14,8
Pós-graduação – doutorado	4	6,6
Não-informado	1	1,6

Fonte: Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP (2006).

A análise dos aspectos demográficos e profissionais dos Secretários Municipais de Saúde por Pólo de Educação Permanente revela a seguinte situação:

- **Sexo:** gestores homens representam a maioria em seis dos oito Pólos existentes; há equilíbrio entre homens e mulheres no Pólo Oeste Paulista; e mulheres são maioria no Pólo do Vale do Paraíba;

¹⁴ Embora a pesquisa PROESF tenha sido realizada em 62 municípios com mais de 100 mil habitantes no Estado de São Paulo, a capital constituiu um lote separado, sendo que nas tabelas que se seguem os dados referentes ao Município de São Paulo não foram considerados.

- **Faixa etária:** maioria dos gestores possui mais de 40 anos em cinco dos oito Pólos existentes; metade dos gestores tem menos de 40 anos no Pólo Noroeste Paulista; maioria tem mais de 50 anos nos Pólos Noroeste Paulista e Sudoeste Paulista;
- **Profissão:** com exceção do Pólo do Vale do Paraíba, cujos gestores apresentam maior diversidade de profissões, a maioria dos gestores dos oito Pólos existentes é formada por médicos;
- **Escolaridade:** a maioria dos gestores possui curso de pós-graduação (especialização, mestrado ou doutorado) em seis dos oito Pólos, enquanto metade dos gestores possui somente graduação nos Pólos Oeste Paulista e Sudoeste Paulista.

A tabela abaixo detalha, de forma quantitativa, a situação predominante em cada um dos Pólos, de acordo com os aspectos considerados.

Tabela 11

Municípios com mais de 100 mil habitantes – aspectos demográficos e profissionais dos Secretários Municipais de Saúde por Pólo de Educação Permanente

Pólo	Municípios	Aspectos Demográficos e Profissionais			
		Sexo	Faixa etária	Profissão	Escolaridade
Baixada Santista (Santos)	5	Homens (4)	Mais de 40 anos (4)	Médicos (3)	Pós-graduação (5)
Grande São Paulo (RMSP)	21	Homens (14)	Mais de 40 anos (15)	Médicos (11)	Pós-graduação (14)
Leste Paulista (Campinas)	14	Homens (12)	Mais de 40 anos (12)	Médicos (9)	Pós-graduação (12)
Nordeste Paulista (Ribeirão Preto)	4	Homens (3)	Metade tem menos de 40 anos (2)	Médicos (3)	Pós-graduação (4)
Noroeste Paulista (SJ Rio Preto)	4	Homens (4)	Mais de 50 anos (3)	Médicos (4)	Pós-graduação (3)
Oeste Paulista (Marília)	2	Equilíbrio entre homens e mulheres	Metade tem menos de 40 anos (1)	Médicos (2)	Equilíbrio entre graduação e pós-graduação
Sudoeste Paulista (Botucatu)	6	Homens (5)	Mais de 50 anos (5)	Médicos (4)	Equilíbrio entre graduação e pós-graduação
Vale do Paraíba (SJ Campos)	5	Mulheres (3)	Mais de 40 anos (4)	Outras profissões (3)	Pós-graduação (3)

Fonte: Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP (2006).

11.2. Planos Municipais de Saúde e prioridades de capacitação

A grande maioria dos gestores (78,7%) reconhece que recursos humanos pouco qualificados/insuficientes representam uma das principais dificuldades para as ações da Atenção Básica no Município. Entretanto, somente 54% declararam que os Planos Municipais de Saúde possuem metas específicas relacionadas com a capacitação de RH na área da Atenção Básica. Quando se considera a capacitação de recursos humanos para o PSF, o percentual de municípios que contempla essa questão é ainda mais baixo – 47,5%.

À época da pesquisa, 73,8% dos gestores informaram que um novo Plano Municipal de Saúde estava sendo elaborado. Nessa nova versão, observa-se maior preocupação com a questão da capacitação de recursos humanos na área da Atenção Básica, já que 68,9% dos novos planos propõem mudanças relacionadas com essa questão. A capacitação de RH para o PSF apresenta menor variação: 48,9% dos novos planos contemplam mudanças nas metas para essa finalidade.

Tabela 12

Municípios com mais de 100 mil habitantes – metas de capacitação de RH na área da Atenção Básica e PSF

Item	Resposta	Absoluto	%
Recursos humanos pouco qualificados/insuficientes são uma das principais dificuldades para as ações da Atenção Básica (AB)	Sim	48	78,7
	Não	13	21,3
Plano Municipal de Saúde contempla metas específicas de capacitação de RH na área da AB	Sim	33	54,1
	Não	26	42,6
Plano Municipal de Saúde contempla metas específicas de capacitação de RH para o PSF	Sim	29	47,5
	Não	31	50,8
Município está elaborando um novo Plano Municipal de Saúde	Sim	45	73,8
	Não	16	26,2
O novo Plano Municipal de Saúde propõe mudanças nas metas de capacitação de RH na área da AB (N=45)	Sim	31	68,9
	Não	14	31,1
O novo Plano Municipal de Saúde propõe mudanças nas metas de capacitação de RH para o PSF (N=45)	Sim	22	51,1
	Não	23	48,9

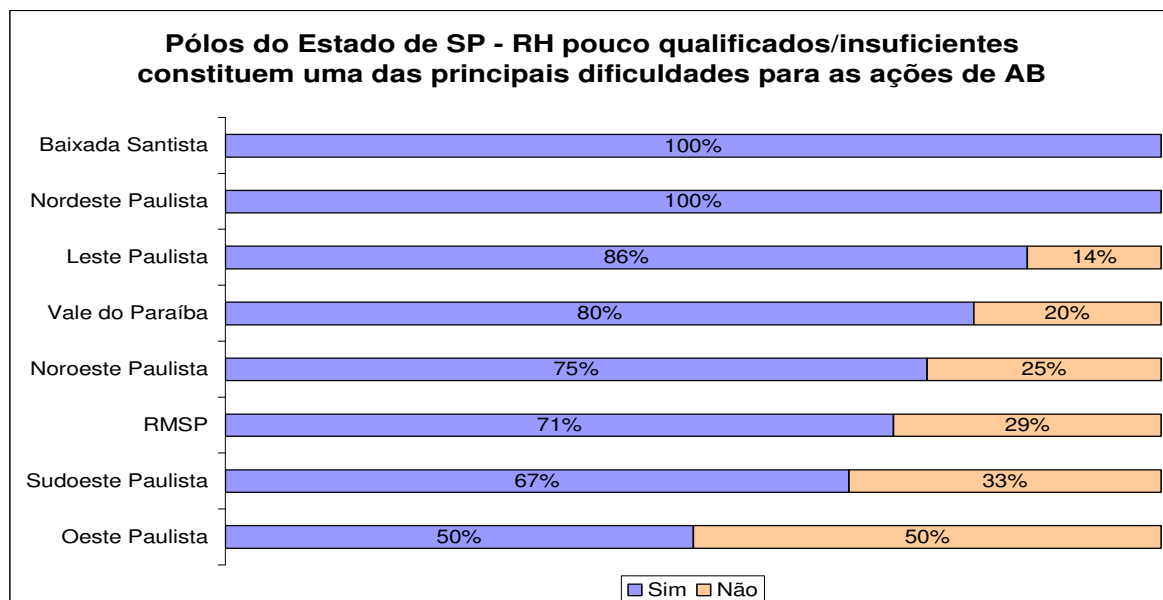
Fonte: Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP (2006).

A tabulação desses dados por Pólo mostra que a existência de recursos humanos pouco qualificados/insuficientes constitui uma das principais dificuldades para as ações da Atenção Básica em todos os oito Pólos do Estado. Em dois Pólos (Baixada Santista e Nordeste Paulista), 100% dos gestores municipais concordam com essa afirmativa. E nos demais Pólos o percentual também é bastante elevado. Opiniões diferentes são manifestadas pelos gestores

do Pólo Oeste Paulista, visto que 50% não consideram que RH pouco qualificado ou insuficiente representam um obstáculo para o desenvolvimento de ações da AB.

Gráfico 8

Pólos do Estado de SP – RH pouco qualificados/insuficientes constituem uma das principais dificuldades para as ações da AB



Fonte: Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP (2006).

A existência de metas de capacitação de RH para a área da Atenção Básica e para o PSF nos Planos Municipais de Saúde apresenta variações entre os municípios de cada um dos oito Pólos do Estado de São Paulo. Podem-se distinguir três situações:

- Mais da metade ou a totalidade dos municípios do Pólo possui Planos Municipais de Saúde com metas de capacitação de RH para Atenção Básica e/ou PSF: Nordeste Paulista, Noroeste Paulista, Leste Paulista e Sudoeste Paulista;
- Metade dos municípios do Pólo possui Planos Municipais de Saúde com metas de capacitação de RH para Atenção Básica e/ou PSF: Oeste Paulista;
- Menos da metade dos municípios do Pólo possui Planos Municipais de Saúde com metas de capacitação de RH para Atenção Básica e/ou PSF: Baixada Santista, Grande São Paulo e Vale do Paraíba.

Por outro lado, verifica-se, com exceção do Pólo Noroeste Paulista, que há um número variável de municípios realizando mudanças em seus Planos Municipais de Saúde, com reflexo nas metas de capacitação de RH para Atenção Básica e PSF. Novamente, é possível identificar três situações:

- A totalidade ou maioria dos municípios do Pólo está introduzindo mudanças nas metas de capacitação de RH para Atenção Básica e/ou PSF: Pólo Oeste Paulista, Pólo da Baixada Santista, Pólo Leste Paulista e Pólo do Vale do Paraíba;
- Metade dos municípios do Pólo está introduzindo mudanças nas metas de capacitação de RH para Atenção Básica e/ou PSF: Pólo Nordeste Paulista;
- Menos da metade ou nenhum Município do Pólo está introduzindo mudanças nas metas de capacitação de RH para Atenção Básica e/ou PSF: Pólo da Grande São Paulo, Pólo Sudoeste Paulista e Pólo Noroeste Paulista.

Tabela 13

Municípios com mais de 100 mil habitantes – Existência de metas de capacitação de RH para a área da Atenção Básica e PSF no Plano Municipal de Saúde atual e mudanças no novo plano

Pólo	Municípios	Plano Atual (N=61)		Novo Plano (N=45)	
		Atenção Básica	PSF	Atenção Básica	PSF
Baixada Santista	5	2	2	3	3
Grande São Paulo	21	7	4	8	7
Leste Paulista	14	9	10	9	5
Nordeste Paulista	4	4	4	2	1
Noroeste Paulista	4	4	4	0	0
Oeste Paulista	2	1	1	2	1
Sudoeste Paulista	6	4	2	3	2
Vale do Paraíba	5	2	2	4	3

Fonte: Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP (2006).

Em síntese, a análise dos Planos Municipais de Saúde das localidades estudadas revela a seguinte situação quanto à capacitação de pessoal:

- 54% dos Planos Municipais de Saúde contemplam metas específicas de capacitação de RH na área da Atenção Básica;
- Metas específicas de capacitação de RH para o PSF não estão contempladas em 51% dos Planos Municipais de Saúde;
- 74% dos municípios estão elaborando um novo Plano Municipal de Saúde;
- Desse total, 69% propõem mudanças nas metas de capacitação de RH na área da AB no novo Plano Municipal de Saúde;
- Metade dos novos Planos Municipais de Saúde não contempla mudanças nas metas de capacitação de RH para o PSF.

Outro aspecto importante diz respeito à definição de prioridades para a política de capacitação. Pouco mais da metade dos municípios estudados indicou a existência de prioridades definidas para a política de capacitação por parte da atual gestão. Esta definição é maior entre os municípios do Pólo Nordeste Paulista e do Pólo Noroeste Paulista e menor entre os municípios do Pólo Sudoeste Paulista, como mostram os dados da tabela abaixo.

Tabela 14

Municípios com mais de 100 mil habitantes – Prioridades definidas para a política de capacitação por parte da atual gestão, segundo o Pólo (em %)

Pólo	Sim	Não	Não-informado	Total
Baixada Santista (Santos)	50,0	---	50,0	100,0
Grande São Paulo (RMSP)	40,5	16,2	43,2	100,0
Leste Paulista (Campinas)	57,1	35,7	7,1	100,0
Nordeste Paulista (Ribeirão Preto)	100,0	---	---	100,0
Noroeste Paulista (São José do Rio Preto)	100,0	---	---	100,0
Oeste Paulista (Marília)	50,0	50,0	---	100,0
Sudoeste Paulista (Botucatu)	33,3	66,7	---	100,0
Vale do Paraíba (São José dos Campos)	55,6	---	44,4	100,0
Total	51,2	18,6	30,2	100,0

Fonte: Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP (2006).

A criação de núcleos de capacitação, de um lado, e a capacitação de profissionais e gestores, de outro, constituem as duas principais prioridades citadas pelos municípios vinculados aos oito Pólos de Educação Permanente em Saúde do Estado de São Paulo. Em seguida, foram identificadas prioridades no sentido de capacitar os trabalhadores nos seguintes itens: humanização/acolhimento; ações programáticas/áreas temáticas; e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Na análise por Pólo, observa-se que somente dois Pólos listaram todas essas questões como prioridades na política de capacitação: Pólo da Grande São Paulo e Pólo Leste Paulista. No outro extremo, dois Pólos assinalaram apenas uma prioridade: Pólo Oeste Paulista e Pólo Sudoeste Paulista.

Tabela 15

Municípios com mais de 100 mil habitantes – Prioridades especificadas de capacitação pela atual gestão municipal, por prioridade, segundo os Pólos

Pólo	Prioridades especificadas na Política de Capacitação				
	Criação de Núcleo de Capacitação	Capacitação de profissionais e gestores	Humanização / acolhimento	Ações programáticas / áreas temáticas	SAMU
Baixada Santista (Santos)					
Grande SP (São Paulo)					
Leste Paulista (Campinas)					
Nordeste Paulista (Ribeirão Preto)					
Noroeste Paulista (São José do Rio Preto)					
Oeste Paulista (Marília)					
Sudoeste Paulista (Botucatu)					
Vale do Paraíba (São José dos Campos)					

Fonte: Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP (2006).

11.3. Capacitação dos profissionais da Atenção Básica e do PSF

A pesquisa procurou saber que formas são utilizadas para capacitar os profissionais da Atenção Básica e do PSF dos municípios pesquisados, onde são realizadas as capacitações, quais são os entraves mais frequentes para o desenvolvimento das atividades e quais delas contam com a participação dos PEPS.

Os dados mostram que as capacitações desses profissionais são realizadas, de forma predominante, por meio de programas (Aids, tuberculose, hemodiálise, dengue etc.), capacitações em áreas temáticas (AIDPI, ciclo de vida etc.) e treinamento em serviço, sendo que os profissionais do PSF também são geralmente capacitados por meio do curso introdutório. Embora menos freqüente, cursos de atualização e de especialização também são

utilizados para capacitar os profissionais que atuam na Atenção Básica e no PSF. Já a capacitação desses profissionais por meio de cursos de graduação, residência e mestrado/doutorado é pouco utilizada nos municípios pesquisados.

Tabela 16

Municípios com mais de 100 mil habitantes – Formas com que os profissionais da Atenção Básica e do PSF têm sido capacitados

Pólo	Atenção Básica		PSF	
	Mais	Menos	Mais	Menos
Baixada Santista (Santos)	Áreas temáticas	Graduação; especialização; pós-graduação; residência	Introdutório; treinamento em serviço	Curso de informática; residência
Grande SP (São Paulo)	Programas	Residência	Treinamento em serviço; Introdutório	Residência
Leste Paulista (Campinas)	Treinamento em serviço	Residência	Introdutório; treinamento em serviço	Residência
Nordeste Paulista (Ribeirão Preto)	Treinamento em serviço; programas; atualização; especialização	Graduação; residência	Introdutório; treinamento em serviço; especialização	Residência
Noroeste Paulista (São José do Rio Preto)	Programas	Aperfeiçoamento; graduação; pós-graduação; residência	Introdutório; treinamento em serviço; aperfeiçoamento	Ciclo de vida; áreas temáticas; informática; residência
Oeste Paulista (Marília)	Treinamento em serviço; programas; áreas temáticas; atualização	Residência	Introdutório; treinamento em serviço; ciclo de vida; aperfeiçoamento;	Especialização; informática; residência
Sudoeste Paulista (Botucatu)	Treinamento em serviço; programas; áreas temáticas; atualização	Pós-graduação (mestrado/doutorado)	Introdutório; treinamento em serviço	Curso de informática; residência
Vale do Paraíba (São José dos Campos)	Treinamento em serviço; programas	Residência	Introdutório	Residência

Fonte: Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP (2006).

As capacitações dos profissionais que atuam na Atenção Básica e no PSF são realizadas, principalmente, no próprio Município (dentro ou fora da unidade) e na regional de saúde à qual ele se encontra vinculado. Capacitações realizadas em outra regional de saúde, em outro Estado ou em Brasília são pouco freqüentes.

Tabela 17**Municípios com mais de 100 mil habitantes – Onde são realizadas as capacitações dos profissionais da Atenção Básica e do PSF**

Onde são realizadas as capacitações	
Mais freqüentes	Menos freqüentes
• No Município, fora da unidade • Na Regional de Saúde em que o Município está inserido • Na própria unidade de saúde	• Em outra Regional de Saúde • Em Brasília • Em outro Estado

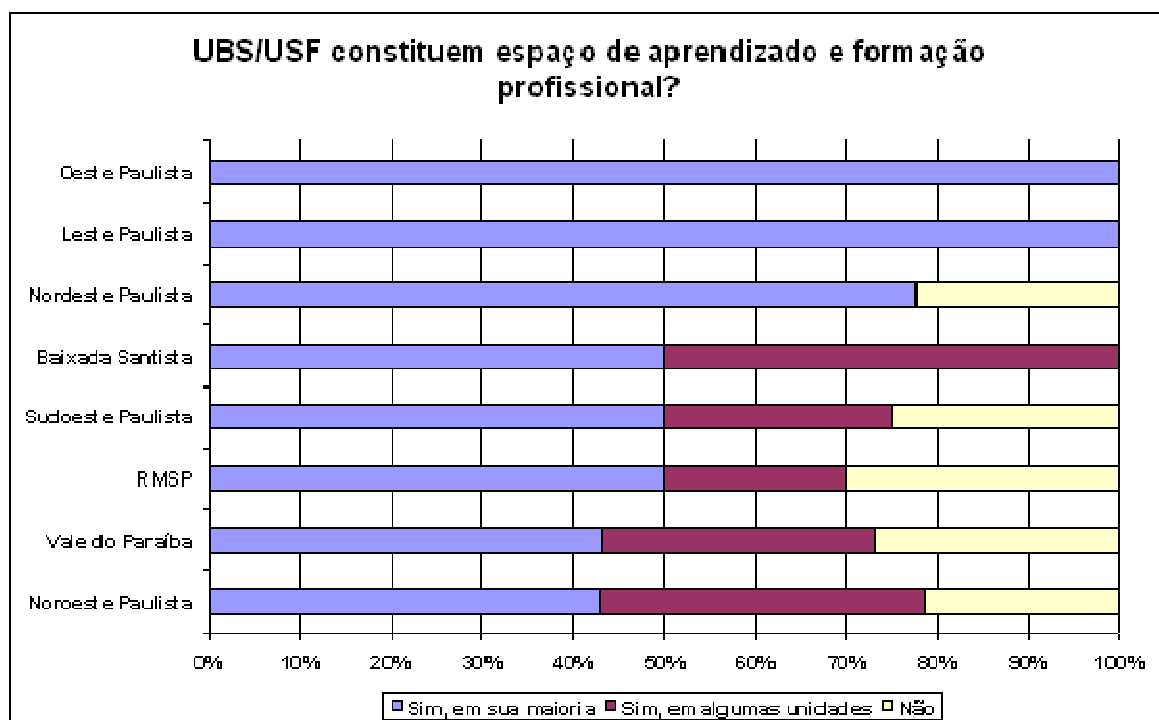
Fonte: Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP (2006).

De modo geral, pode-se afirmar que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou as Unidades de Saúde da Família (USF) constituem espaços de aprendizado e formação profissional nos municípios pesquisados. Em dois Pólos, todos os municípios declararam que esta assertiva é uma realidade: Oeste Paulista e Leste Paulista. Cerca de 80% dos municípios vinculados ao Pólo Nordeste Paulista também indicaram que as UBS/USF representam espaços de aprendizado e formação profissional.

Já nos demais Pólos, o percentual de municípios que utilizam esses espaços para promover atividades de aprendizado e capacitação é mais baixo, ao redor de 40%-50%. Por outro lado, chama a atenção o fato de que aproximadamente 30% dos municípios dos Pólos da Grande São Paulo, Vale do Paraíba e Sudoeste Paulista não reconhecem as unidades de saúde como espaço privilegiado para aprendizado e formação profissional.

Gráfico 9

UBS/USF constituem espaço de aprendizado e formação profissional?



Fonte: Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP (2006).

Foram identificados diversos entraves para capacitar os profissionais que atuam na Atenção Básica e no PSF. A falta de planejamento integrado das atividades de capacitação com o funcionamento das equipes constitui um dos principais obstáculos para essa finalidade. Isso significa que os municípios encontram grande dificuldade para retirar os profissionais do atendimento para capacitá-lo durante seu horário de trabalho. Os médicos foram citados como profissionais que tendem a apresentar grande resistência, materializada na falta de interesse pelas atividades de capacitação.

Merecem destaque também vários outros problemas, tais como: cursos com conteúdo e metodologia inadequados às necessidades dos municípios; oferta insuficiente de cursos; número limitado de vagas; falta de professores e monitores capacitados; falta de prioridade política; e alta rotatividade dos profissionais que atuam no PSF.

Quadro 2

Municípios com mais de 100 mil habitantes – Entraves para capacitar os profissionais da Atenção Básica e do PSF

Entraves para capacitar os profissionais (AB e PSF)	
- Falta de planejamento integrado de capacitação com o funcionamento das equipes - Oferta insuficiente de cursos - Falta de vagas nos cursos - Dificuldade de retirar os profissionais do atendimento para capacitá-los no horário de trabalho - Cursos com conteúdo e metodologia inadequados às necessidades - Deficiência na estratégia de divulgação dos cursos - Falta de interesse do profissional - Falta de professores/monitores capacitados - Falta de recursos financeiros - Falta de prioridade política	
Problemas ocorridos na capacitação dos profissionais	
Atenção Básica	PSF
- Dificuldade em retirar os profissionais do atendimento para capacitá-lo no horário de trabalho - Metodologia inadequada dos cursos - Falta de vontade política: capacitação não é / não tem sido prioridade - Falta de interesse dos profissionais-alvo - Falta de planejamento	- Dificuldade em afastar os profissionais de sua jornada diária nas unidades, principalmente os médicos - Número insuficiente de cursos - Dificuldades em operacionalizar o conteúdo das capacitações na rotina diária das unidades / descompasso entre teoria e prática - Alta rotatividade dos profissionais

Fonte: Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP (2006)

A atuação dos Pólos de Educação Permanente nas atividades de capacitação dos municípios estudados é muito limitada. De fato, um percentual bastante reduzido de municípios declarou que seus profissionais foram capacitados via Pólo. Além disso, as atividades oferecidas pelos Pólos concentram-se em poucas formas de capacitação, com destaque para treinamento em serviço, cursos de especialização e áreas temáticas, no caso de profissionais que atuam na Atenção Básica. Já as capacitações oferecidas pelos Pólos aos profissionais do PSF incluem cursos de aperfeiçoamento, especialização e módulo introdutório.

Quadro 3

Municípios com mais de 100 mil habitantes – Capacitações oferecidas através dos PEPS

Capacitações oferecidas através dos Pólos		
Área de atuação	Mais freqüentes	Menos freqüentes
Atenção Básica	Treinamento em serviço Especialização Áreas temáticas	Graduação Mestrado/doutorado Residência
PSF	Aperfeiçoamento Especialização Introdutório	Treinamento em serviço Curso de informática Residência

Fonte: Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP (2006).

Nota: Programas (Hemodiálise, AIDS, tuberculose, dengue etc.)
Áreas temáticas (AIDPI, ciclo de vida etc.)

Avaliação das Políticas de Capacitação

A pesquisa procurou identificar a opinião dos gestores municipais com relação às políticas de capacitação para os profissionais que atuam na Atenção Básica e no PSF, às ações de capacitação do Governo Federal e à atuação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS.

De modo geral, verifica-se que os gestores municipais consideram as políticas de capacitação para os profissionais da Atenção Básica e do PSF insuficientes, porém adequadas. Os gestores entendem que as políticas existentes atendem às necessidades de capacitação desses profissionais, mas a oferta de cursos é insuficiente para suprir a demanda. No âmbito do PSF, a oferta é particularmente insuficiente para os médicos, dentistas e auxiliares de enfermagem; e menos crítica para os agentes comunitários de saúde.

Tabela 18

Municípios com mais de 100 mil habitantes – Avaliação da suficiência e adequação das políticas de capacitação para os profissionais da Atenção Básica nos últimos anos, segundo o profissional

Profissional	Suficiência		Adequação	
	Suficiente	Insuficiente	Adequado	Inadequado
Médico	24,5	75,5	65,4	34,6
Enfermeiro	31,5	68,5	68,5	31,5
Auxiliar de Enfermagem	32,0	68,0	68,0	32,0
Assistente Social	26,5	73,5	50,0	50,0
Psicólogo	36,6	63,4	56,1	43,9
Fonoaudiólogo	28,6	71,4	50,0	50,0

Fonte: Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP (2006).

Tabela 19

Municípios com mais de 100 mil habitantes – Avaliação da suficiência e adequação das políticas de capacitação para os profissionais do PSF nos últimos anos, segundo o profissional

Profissional	Suficiência		Adequação	
	Suficiente	Insuficiente	Adequado	Inadequado
Médico	25,0	75,0	64,6	35,4
Enfermeiro	31,3	68,8	70,8	29,2
Auxiliar de Enfermagem	18,6	81,4	72,1	27,9
Dentista	23,3	76,7	66,7	33,3
Auxiliar De dentista	15,4	84,6	65,4	34,6
ACS	39,1	60,9	76,1	23,9

Fonte: Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP (2006).

De modo coerente com a avaliação anterior, as ações de capacitação promovidas pelo Governo Federal são consideradas insuficientes pelos gestores dos municípios pesquisados. Ao mesmo tempo, essas ações encontram-se desarticuladas ou superpostas com as dos municípios, na avaliação de um percentual elevado de gestores, como mostram os dados a seguir. Esta situação sinaliza para o fato de que existe um descompasso entre as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e a realização das ações de capacitação no nível local.

Tabela 20

Municípios com mais de 100 mil habitantes – Avaliação da suficiência e integralidade das ações de capacitação vindas do Governo Federal (N=61)

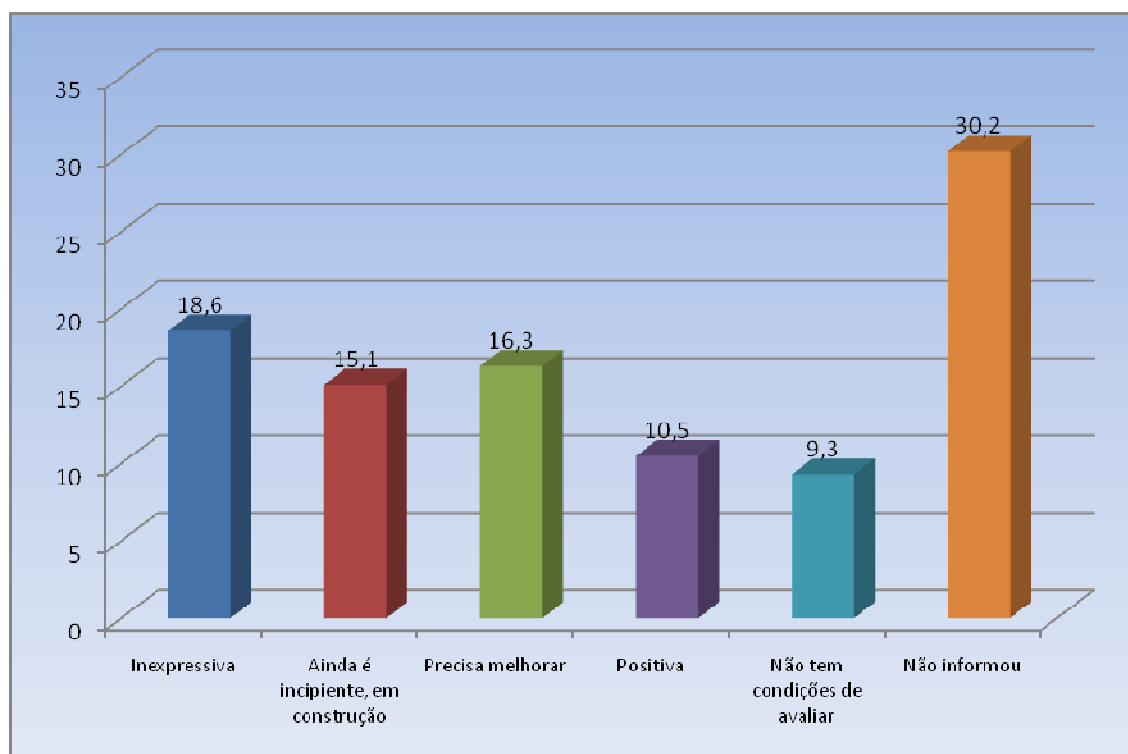
Procedência	Item	Resposta	Absoluto	%
Governo Federal	Suficiência	Suficiente	11	18,0
		Insuficiente	50	82,0
	Integralidade	Integrada	22	36,1
		Desarticulada	26	42,6
		Superpostas com as do município	06	9,8
		Não informado	07	11,5

Fonte: Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP (2006)

Esse descompasso torna-se mais visível quando se observa a avaliação dos gestores municipais sobre a atuação das instâncias criadas para dar concretude à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: mais de 50% dos gestores pesquisados consideram que os Pólos apresentam atuação inexpressiva, incipiente ou que precisa melhorar. Além disso, cerca de 10% dos gestores declararam que não têm condições de avaliar os Pólos, o que sinaliza a distância desses gestores em relação às atividades desenvolvidas pelos Pólos.

Gráfico 10

Avaliação dos Pólos de Educação Permanente no município (N=86)



Fonte: Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP (2006).

12. VISÃO DO GESTOR ESTADUAL

De acordo com a Portaria 198/04, "nos estados com vários Pólos de Educação Permanente em Saúde, cabe à Secretaria Estadual de Saúde a iniciativa de reuni-los periodicamente para estimular a cooperação e conjugação de esforços, a não fragmentação das propostas e a compatibilização das iniciativas com a política estadual e nacional de saúde" (BRASIL, 2004).

A partir da compreensão de que nível estadual consiste em um ator fundamental para a implantação da Política de Educação Permanente, foram realizadas entrevistas com gestores da Secretaria de Estado da Saúde (SES/SP) ligados ao desenvolvimento de recursos humanos, para apreender suas opiniões em relação ao processo de implementação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS.

Abaixo, segue o ponto de vista do gestor estadual quanto ao processo de transição de modelos (Pólo-PSF / PEPS), ao papel secretaria estadual, à participação de outros atores, à lógica de operação e ao financiamento da política de educação permanente.

12.1. Gênese dos Pólos e transição para o modelo atual

Do ponto de vista dos entrevistados, a transformação dos Pólos de Saúde da Família para os PEPS foi apoiada pela equipe que na época estava no Pólo de Saúde da Família na Grande São Paulo. Anteriormente, um desses entrevistados tinha ido a Brasília para discutir com os gestores federais a proposta de expansão do objeto dos Pólos de Saúde da Família para educação do sistema, uma vez que, na sua compreensão, a agregação de instituições em São Paulo possibilitava um avanço.

Entretanto, naquela época a opção escolhida foi manter os Pólos voltados exclusivamente ao Programa Saúde da Família, visando o fortalecimento dos mesmos. De acordo com o entrevistado, antes mesmo da mudança já havia sido detectado espaço e potencial para a ampliação dos Pólos. Com a nova proposta, os envolvidos tiveram apenas que apoiá-la.

Segundo os entrevistados, no Estado de São Paulo, houve a intenção de aproveitar as relações já instituídas pelos Pólos-PSF. Na ocasião, o Estado tinha cinco Pólos e entendeu-se que não seria necessário refazer o que já estava pronto. Optaram então por aproveitar o conhecimento acumulado da experiência anterior.

Foi citado como exemplo o caso de Ribeirão Preto e São José do Rio Preto, cujo conflito entre duas universidades culminou com a criação de dois Pólos. No caso da Grande São Paulo, como já havia uma articulação de diversos atores sociais, optou-se pela

continuidade dessas relações, após discussões com os municípios e instituições envolvidas que concordaram em manter a agregação existente e suas vantagens.

12.2. Papel da Secretaria Estadual de Saúde

Do ponto de vista dos entrevistados, a secretaria estadual de Saúde atua como agente congregador e/ou convocador do processo de criação dos Pólos. Trata-se de um papel definido constitucionalmente, e não seria adequado que fosse desempenhado pela universidade, nem pelo Município, pois haveria diferentes interesses envolvidos.

Inicialmente, não estava claro se o processo de implementação dos Pólos estaria subordinado à esfera municipal ou regional. A SES defendeu a organização por regiões, com a compreensão de que a região define o conjunto de instituições. Coube, assim, à SES garantir que mesmo os municípios que não são sedes dos Pólos fossem atendidos. Os entrevistados apontam que sem a intervenção de nível estadual as relações instituídas seriam entre as universidades e os municípios grandes. Assim o gestor estadual seria um importante agente convocador.

Os Pólos apresentam um alto grau de autonomia e o gestor estadual não deve intervir em todas as relações dentro dos Pólos. Conjunturalmente, São Paulo tem universidades distribuídas por todo o Estado e, do ponto de vista dos entrevistados, as relações já estabelecidas são legitimadas.

Os entrevistados entendem que em São Paulo a coordenação estadual dos Pólos não é tão formal como deveria ser; não traduzindo uma estrutura que reúna os oito Pólos, que aponte diretrizes e realize avaliações periódicas. Entende-se que a SES é capaz de intervir e direcionar determinados aspectos da política, porém, teria dificuldade de interferir em aspectos aos quais não está diretamente ligada.

No Estado de São Paulo, a Secretaria desempenha o papel de mediadora de relações, o que se faz necessário especialmente em função do peso e da tradição das diversas instituições que compõem o Pólo da Grande São Paulo. Do ponto de vista dos entrevistados, a SES desenvolveu a capacidade de intermediar de forma adequada e de respeitar as características próprias de cada instituição.

12.3. Lógica de operação e participação de outros atores

O desenho institucional pensado para os Pólos de Educação Permanente pressupõe autonomia para o desenvolvimento das atividades. Os profissionais entrevistados compreendem que alguns núcleos regionais de educação permanente são mais competentes que outros e que a regionalização dependeria destas características.

Procurou-se agregar aproximadamente três regionais por Pólo, levando-se em consideração a área de influência das universidades e a capacidade de elas responderem pelo conjunto da região em que se encontram. Esse processo motivou diversos questionamentos como, por exemplo, em relação ao Vale do Paraíba, região que conta com muitas instituições, mas apresenta dificuldades em agregar pessoas. Outro exemplo citado pelo representante da SES foi Marília, ressaltando que apesar da competência local o Pólo ficou muito tempo para decidir a nova estrutura.

A parceria com o COSEMS foi citada como fator importante na superação de diversos obstáculos ocorridos na fase de implementação dos Pólos. No primeiro ano (2003), quando ainda não estavam definidos os critérios e diretrizes da política houve inúmeros atritos. A relação com o COSEMS foi estabelecida com as diretrizes e critérios para funcionamento dos Pólos.

Foi criada uma Comissão Intergestores Bipartite de acompanhamento e avaliação dos Pólos, com o intuito de reger e acompanhar a implantação dos mesmos. Não havia, portanto, a pretensão de avaliar o impacto das atividades desenvolvidas. As reuniões da Comissão acontecem na última quarta-feira do mês, quando os processos dos oito Pólos que vão para o Ministério da Saúde são avaliados, respondidos e assinados. A proposta consiste em acompanhar e apoiar enquanto Comissão Bipartite e SES, sendo possível observar, portanto, diferenças de coordenação entre os Pólos no Estado de São Paulo.

Em relação ao Conselho de Saúde um dos entrevistados entende que seu papel ainda não está definido. Ele avalia que isso ocorra porque ainda não se sabe qual deve ser o papel deste Conselho e que seria desnecessário que fosse criado para avaliar se o curso X ou Y deve ser aprovado ou não. Ele entende que isso difere da atribuição de orientar como as atividades devem ser realizadas, quais prioridades devem ser estabelecidas, entre outras questões,

Visando a criação de mecanismos para dar maior direcionalidade ao processo, a alternativa apresentada pelos entrevistados consiste em agregar o Conselho de Saúde, Comissão Bipartite, representação do Estado e do COSEMS em uma comissão de integração Ensino-Serviço, com a função de fazer a análise dos projetos. Os Conselheiros obtiveram qualificação nesta discussão e o conjunto dos projetos de cada Pólo passa por esta instância, onde são avaliadas as diretrizes.

Uma reunião com os coordenadores de Pólos está prevista nesta Comissão para avaliar o panorama atual dos Pólos. Em função da entrada constante de novos integrantes, toda discussão sobre projetos é sempre retomada. Entretanto, representantes da Comissão Bipartite e do COSEMS fazem uma avaliação mais técnica que será discutida com o Conselho. Os

projetos enviados ao Ministério da Saúde são assinados em conjunto, visando institucionalizar e garantir estes espaços.

Para os entrevistados, o Pólo é estratégia central e fundamental de articulação dos diversos segmentos. Entretanto, eles apontam que há ações que devem ser conduzidas de forma centralizada. Se o Ministério considerar alguma ação prioritária, entendem que isso é legítimo e que não precisará ser também aprovada pelos Pólos.

Os entrevistados avaliam ainda que a capacidade indutora, tanto do Estado como do Ministério da Saúde, deve ser mantida. Como exemplo de ação que poderia ser centralizada indicam que no processo de regionalização é difícil ter demanda de qualificação gerencial, sendo as atividades mais ligadas à qualificação do trabalho dos profissionais que estão no contato direto com os usuários. Eles dizem ainda que há muita ação voltada à humanização e à Atenção Básica, mas a capacitação gerencial quase não aparece.

Deveria haver linha específica de financiamento para tornar este tipo de capacitação mais centralizada, pois há uma série de ações do MS ocorrendo a revelia dos Pólos, segundo informação de um dos entrevistados. Ainda segundo ele, às vezes a conta é repassada aos Pólos.

Outro aspecto enfatizado é a necessidade de se criar sinergia entre os facilitadores capacitados e a administração. Alguns facilitadores foram deslocados para a Secretaria, com um interessante conteúdo do ponto de vista formativo, mas que só tem sentido se for sustentado pelo gestor. Esta é uma crítica ao exército de facilitadores que foi formado, sem amarração com a legitimidade que esse sujeito tinha dentro da gestão. O facilitador precisa estar em sintonia com a gestão para melhor definir o que precisa ser feito. Caso contrário, ele não poderá contribuir de forma adequada para o Pólo.

No Estado de São Paulo, a Comissão Bipartite definiu a distribuição dos facilitadores por região e apontou para um processo de indicação regionalizado; entretanto a seleção na ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública) seguiu outros critérios, o que acabou consumindo recursos. Do ponto de vista dos entrevistados, a inserção dos facilitadores no processo de educação permanente é criticável pois, embora o conteúdo do curso seja bom, não há vinculação com a gestão, de forma que os facilitadores ficam somente "ligados à idéia".

Na opinião dos entrevistados, ocorreram diversos problemas na implantação dos PEPS; entretanto, avaliam que eles possibilitaram agregar outros atores de forma significativa.

12.4. Financiamento

A demanda por apoio financeiro da SES aos Pólos é percebida. Foi apontado que o acompanhamento do Estado é por vezes criticado, pois existe a compreensão de que a SES deveria aumentar o apoio financeiro aos Pólos. O Estado sustentou integralmente, por um ano, os Pólos da Baixada Santista e Vale do Paraíba, e ainda envia complementações. Segundo os entrevistados, evitou-se competir com recursos do Ministério da Saúde e criar uma disputa para ver quem disponibilizava mais recursos.

Os entrevistados identificam problemas sérios na gestão de recursos. Havia um controle maior quando os recursos eram centralizados na Secretaria. No modelo atual, se houver mudança em um projeto, a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), que são os grandes contratadores, tratariam diretamente com as instituições, o que seria ruim para o Pólo.

Recentemente o Estado não tem recebido recursos do Ministério da Saúde. Os entrevistados indicam a necessidade de repensar os critérios, visando à discussão do Pacto pela Saúde¹⁵. O recurso potencial que o Estado de São Paulo teria em relação ao teto, definido em 2005, corresponde a R\$ 4 milhões; no ano seguinte seriam R\$ 10 milhões. Esse montante, em valor *per capita* ou por Município, representa cerca de R\$ 15 mil por Município; entretanto, se distribuído frente a um projeto que apresente prioridades, é um recurso significativo.

Um dos entrevistados defende que a regra de financiamento precisa ser rediscutida e que o processo seja regulamentado, pois segundo ele, o custeio das ações do Pólo pode envolver, em alguns casos, a aprovação de recursos em outros países, o que, na opinião do entrevistado, é algo “um pouco exótico”.

A liberação dos recursos diretamente para as instituições executoras recebeu críticas com o argumento de que a lógica da educação permanente é quebrada; tem-se um processo de discussão e aprovação dos projetos dentro do Pólo, e contraditoriamente o recurso é enviado direto para instituição executora. Um dos entrevistados levantou a possibilidade de os recursos serem repassados fundo a fundo. Isso ajudaria, inclusive, a solucionar os problemas de prestação de contas, nesse tipo de convênio.

Foi reconhecida a importância crescente da educação para o SUS, entretanto, destacou-se que a prioridade do processo formativo ainda não é tão grande. Os entrevistados apontaram a necessidade de se definir dentro do Pacto um percentual para educação, pois o

¹⁵ “O Pacto de Gestão estabelece diretrizes para gestão do sistema nos aspectos da descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada – PPI; Regulação; Participação e Controle Social; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.” Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. Série Pacto Pela Saúde, vol. 1. Brasília, 2006.

processo formativo acaba não sendo priorizado diante de outras questões; caso, por exemplo, da compra de medicamentos.

Para os entrevistados é muito importante que haja regulamentação dos procedimentos, pois, quando sai recurso para um Pólo e não para outro, gera-se confusão e mal-estar. Em função disso, entende-se que as regras e critérios devem estar claros para todos.

Os recursos utilizados pela SES no Estado de São Paulo têm crescido; porém há outro problema sério que precisa ser solucionado, segundo a opinião dos entrevistados. Eles mencionam o fato de as residências e o aprimoramento profissional consumirem R\$ 76 milhões por ano. Outros recursos como hora/aula foram agregados e também foi ressaltado que a capacitação específica de pessoal do Estado não tem sido realizada pelo Pólo, pois a negociação se tornaria mais complicada. O ônus da capacitação do próprio pessoal fica por conta do Estado e não dá, por exemplo, para abrir para outros.

13. VISÃO DO CONSELHO ESTADUAL DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (COSEMS)

A presidente do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), Aparecida Linhares Pimenta, foi entrevistada, buscando-se conhecer a perspectiva do conjunto dos gestores municipais com relação à Política de Educação Permanente.

Na visão da entrevistada, a constituição e o funcionamento dos Pólos de Educação Permanente representam a principal estratégia para Educação Permanente em desenvolvimento no País. Os Pólos tiveram um início bastante promissor, mas com a mudança no Ministério da Saúde, com a dificuldade de liberação de recursos para fazer realização de oficinas e capacitações, o processo sofreu uma interrupção bastante significativa.

13.1. Participação e percepção dos gestores municipais de saúde

Há uma heterogeneidade muito grande entre os oito Pólos do Estado de São Paulo. Alguns deles conseguiram, segundo a presidente do COSEMS, pactuar e desenvolver ações interessantes como compreender a proposta inovadora da educação permanente. Outros tiveram dificuldades para operacionalizar a proposta e chegar a um resultado prático.

Em algumas regiões o gestor municipal tomou para si a responsabilidade de ajudar a construir o Pólo, participando ativamente das discussões, dos conteúdos, das capacitações. Ele opinou e interferiu, como um dos atores participantes e responsáveis nesse processo. Em outras, esse papel ficou a cargo das universidades e os gestores municipais ficaram sem ter

uma participação muito ativa no processo. No Pólo Leste Paulista, por exemplo, os municípios tiveram uma participação bastante ativa em todo o processo. Relatos de outros secretários municipais de Saúde indicaram que houve regiões em que eles tiveram muita dificuldade para participar.

Aparecida lembra que atualmente há uma discussão sobre o papel dos agentes comunitários de saúde, que virou uma profissão e agora é preciso formá-los em serviço. Nestes casos, o Pólo poderia ser um excelente espaço de discussão sobre o tema, mas isso acabou sob a responsabilidade do Centro de Formação de Recursos Humanos para o SUS (CEFOP) no Estado de São Paulo, o que representa maior restrição com relação à proposta da roda, com várias entidades formadoras.

A partir de 2005, quando os projetos de cursos, de oficinas e de educação permanente começaram a parar em Brasília, sem a liberação de recursos, a proposta do Pólo ficou extremamente desacreditada no conjunto dos secretários municipais de Saúde, segundo comenta Aparecida. Houve um envolvimento inicial muito grande, mas a morosidade na liberação dos recursos e na realização das atividades provocou um desânimo.

Na compreensão da entrevistada, existe uma dívida do Estado com os trabalhadores do SUS e ainda não se sabe qual a estratégia para solucionar o problema:

Como vamos dar conta de fazer a educação permanente desses milhares de trabalhadores do SUS? Com que a gente resolve isso? Que outra estratégia vai ter que ser pensada para essa dívida? Só de trabalhadores da Saúde da Família, o país tem 400.000, pois são cerca de 25.000 equipes, cada equipe tem 4 profissionais, dá 100.000 trabalhadores, depois são mais 215.000 agentes comunitários da saúde e parece que tem umas 10.000 equipes de saúde bucal. O que nós vamos fazer com esses profissionais?

13.2. Participação de diversos atores

Em relação às fases de desenvolvimento dos Pólos de São Paulo, ocorreu um processo em que a SES teve um papel importante, por meio da área de Recursos Humanos, realizando uma sensibilização em todo o Estado em parceria com o Ministério da Saúde e a participação importante do COSEMS, que atuou na avaliação dos projetos e da Comissão Intergestores Bipartite, que analisou esse processo. A educação permanente foi discutida pelo COSEMS durante mais de um ano em reuniões com a Coordenadoria de RH do Estado. Todos os

projetos eram avaliados em conjunto, assim como as oficinas, e isso ocupou de forma significativa a pauta das reuniões.

O papel do Ministério da Saúde não se restringe ao financiamento de projetos, mas se isso não acontece, a presidente do COSEMS diz que haverá desestruturação da proposta. Segunda ela, a partir do momento em que o MS passou a segurar os projetos e a não liberar recursos, os atores que participaram na ponta do processo, não vendo retorno, acabaram se desmobilizando.

Para a entrevistada, hoje, há uma compreensão pelo conjunto de secretários de que a educação, a capacitação ou a formação dos trabalhadores da Saúde é estratégica para o avanço do SUS. Muitas vezes isso não é feito por dificuldades de outra ordem, como, por exemplo, recursos humanos para realização das capacitações. Ela apresenta uma hipótese para exemplificar a situação de um Município com cerca de 5 mil habitantes e um médico que tenha dificuldade para desempenhar adequadamente sua atividade, o que poderá ser feito? “Esse Município vai contratar um professor?” questiona a entrevistada.

A universidade não dá conta de atender as demandas do Município, nem os municípios têm competência para sozinhos cuidarem da demanda local. Assim, o Pólo constitui-se em uma parceria com tudo para dar certo. Essa parceria só precisava ser construída. O empoderamento do secretário municipal poderia se dar pela experiência no Pólo, mas se ele atuar de forma isolada não será possível resolver o que precisa ser feito.

Como o Brasil tem uma grande diversidade, assim como o universo dos gestores municipais, há locais onde um gestor tem mais capacidade para fazer essa negociação; em outros, é a universidade que está mais a frente; em outros são os técnicos da DIR e em outros o próprio movimento social. A liderança do processo depende de cada situação, na opinião da entrevistada.

Antes da constituição dos Pólos de Educação Permanente, o Estado financiava alguns cursos e atividades de capacitação. Com o processo de constituição dos PEPS, foi decidido suspender esses processos e concentrar todas as atividades nos Pólos. Deste modo, o Estado deixou de repassar recursos para cursos específicos e colocou à disposição do Pólo um montante destinado às capacitações.

Segundo a entrevistada, a maior parte destes recursos não chegou a ser utilizada. Primeiramente, por ser um recurso cuja utilização tem uma série de amarrações burocráticas. Por outro lado, os recursos seriam insuficientes para a realização de cursos de maior porte. Assim, embora aparentemente contraditório, havia dinheiro, o dinheiro era pouco e acabava não sendo usado.

O papel absolutamente prioritário do Estado na gestão estadual do SUS, ainda segundo opinião da presidente do COSEMS, consiste em detectar necessidades de educação permanente, feitas a partir de parcerias com os municípios, e promover a formação de pessoal. Esta seria a atuação fundamental do Estado e que, na compreensão da entrevistada, não tem acontecido.

13.3. Relação Ensino – Serviço

Existe um problema de base que é o distanciamento significativo entre as instituições formadoras e quem está em serviço. Este é um enfrentamento que está acontecendo nos Pólos de Educação Permanente, numa tentativa de romper uma visão extremamente fragmentada.

Anteriormente, os cursos eram estruturados a partir do saber acadêmico e, na maioria das vezes, com distanciamento considerável da realidade e da necessidade do município. O Pólo é uma tentativa de agregar estes vários atores em um mesmo espaço e trabalhar as concepções de educação permanente, ou seja, o processo de trabalho como local de produção de conhecimento tendo, ao mesmo tempo, a universidade para ensinar e aprender com o serviço.

O SUS acabou promovendo o desenvolvimento de experiências e criatividade dos gestores que tiveram que driblar as dificuldades impostas pela escassez de recursos financeiros e pela própria burocracia. Entretanto, isso não tem visibilidade, não pode ser sistematizado e, portanto, não vira conhecimento. O Pólo poderia ser útil neste sentido, com as universidades, as instituições formadoras ouvindo os serviços e vice-versa.

Em relação às instituições de ensino privadas, no caso do Pólo Leste Paulista houve uma experiência bem-sucedida com a PUC de Campinas, que participou ativamente. Depende muito da universidade. Há as particulares que têm uma compreensão, um corpo docente e um projeto que pode ser um bom para o Município. Assim como tem universidade pública que não se importa com o trabalho do SUS. Nem sempre o fato de ser público significa que é parceiro.

Em relação ao dato de a formulação do conteúdo da capacitação ser realizada de modo ascendente, a entrevistada entende que nesta questão de produção de conhecimento, os gestores se sentem muito inibidos diante do poder da universidade. Estas instituições têm uma grande contribuição a dar no processo de educação permanente; entretanto, se o gestor não tiver um discurso elaborado para trazer suas necessidades, as universidades continuarão trazendo os "cursos prontos", pois isso está historicamente estabelecido. Se a universidade tem que estar mais próxima do Serviço, isso deve ser apontado pelo gestor, sem desmerecer o papel da universidade como produtora de conhecimento e a sua capacidade de sistematização.

Modelo anterior X modelo atual

Na opinião da presidente do COSEMS não houve tempo para se implementar o modelo atual (PEPS). E partindo-se do pressuposto de que a estratégia para reorganizar a Atenção Básica no Brasil é o PSF, seria necessário priorizar a capacitação dos trabalhadores da Saúde para dar conta dessa estratégia. Como as universidades não formam pessoas que possam dar conta dessa demanda, a formação deve ser feita no âmbito do próprio Serviço.

Seria adequado priorizar a Saúde da Família, embora se entenda que o SUS vai além do PSF, segundo comentou a entrevista. O desafio da Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica, da Saúde do Trabalhador, da Vigilância Sanitária e da própria gestão são outros exemplos. O atual modelo poderia ter sido construído com um passo à frente ao modelo anterior, em função da ampliação da participação e do foco de atuação. Entretanto, essa mudança não se concretizou, perdendo-se a oportunidade de consolidar a experiência dos Pólos de Saúde da Família sem conseguir implantar a proposta dos Pólos de Educação Permanente.

Na compreensão da entrevistada, os Pólos-PSF poderiam ter avançado; entretanto, o desenvolvimento poderia ter sido maior caso os PEPS tivessem incorporado como prioridade a Saúde da Família, o que tornaria positiva a transição do modelo anterior para o atual.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. MS-GM – *Portaria 198/04*.

SOUZA, Alina Maria de Almeida et al. *Processo educativo nos serviços de saúde*. Série Desenvolvimento de Recursos Humanos número 1. OPS. Brasília, 1991.

ANEXOS

ANEXOS

A. COORDENADORES DOS PÓLOS

A tabela abaixo traz informações sobre todos os coordenadores dos Pólos de Educação Permanente do Estado de São Paulo – nome, tempo em que exerce a coordenação, formação/profissão e instituição com a qual mantém vínculo permanente de trabalho.

Pólos do Estado de São Paulo – identificação dos coordenadores

Pólo	Nome	Tempo como Coordenador	Formação/Profissão	Vínculo Institucional Permanente
Baixada Santista	Eliana Zuliane Lopes	Desde janeiro de 2005	Médica	Prefeitura de Praia Grande
Leste Paulista	Silvia Maria Santiago	Desde julho de 2004	Médica	Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP
Nordeste Paulista	Sônia Maria Pirani	Desde 2003	Administradora	SES/SP (DIR XVIII)
Noroeste Paulista	Sônia Maria Olhas Gouveia	Desde abril de 2004	Pedagoga	SES/SP (DIR XXII)
Oeste Paulista	Roberto Mauro Borges (Tareco)	Desde 2003	Médico	SES/SP (DIR XIV)
Grande São Paulo	Karina Barros Calife Batista	Desde outubro de 2003	Médica	Prefeitura Municipal de São Paulo e SES/SP
Sudoeste Paulista	Vera Lúcia Pamplona Tonete	Desde janeiro de 2004	Enfermeira	Faculdade de Medicina da UNESP
Vale do Paraíba	Meire Cristina Nunes Vieira Rosa Guillarducci	Desde 2005	Administradora Hospitalar	Hospital Pró-Visão (filantrópico)

Fonte: Programa de Avaliação da Política de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP (2006).

B. ENTREVISTADOS

- Aparecida Linhares Pimenta – Presidente do COSEMS e Secretária Municipal de Saúde de Amparo
- Ednamar Costa de Camargo – Diretora da Divisão de Planejamento da DIR XVIII - Ribeirão Preto (ex-coordenadora do PEP Nordeste Paulista)
- Eliana Zuliane Lopes – Coordenadora do PEP Baixada Santista
- Karina Barros Calife Batista – Coordenadora do PEP RMSP
- Maria Cecília Puntel de Almeida – Professora Titular da Escola de Enfermagem da USP – Ribeirão Preto
- Meire Cristina Nunes Vieira Rosa Guillarducci – Coordenadora do PEP Vale do Paraíba
- Paulo Henrique D'Angelo Seixas – Coordenador de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo
- Roberto Mauro Borges (Tareco) – Coordenador do PEP Oeste Paulista
- Silvia Maria Santiago – Coordenadora do PEP Leste Paulista
- Sônia Maria Olhas Gouveia – Coordenadora do PEP Noroeste Paulista
- Sônia Maria Pirani – Coordenadora do PEP Nordeste Paulista
- Vera Lúcia Pamplona Tonete – Coordenadora do PEP Sudoeste Paulista

C. DOCUMENTOS DE PESQUISA

Para elaboração desse relatório foram consultados os documentos abaixo identificados.

- “Relatório Gerencial Financeiro dos Pólos de Educação Permanente” – Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento da SEGTES/MS.
- “Deliberação CIB 88/2003, de 12/12/2003”.
- “Deliberação CIB 128/2004, de 02/12/2004”.
- “Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS da Região Metropolitana da Grande São Paulo” – Karina Barros Calife Batista (apresentação em MS-Power Point)
- “Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS – Leste Paulista” (apresentação em MS Power Point)

D. RELAÇÃO DOS PROJETOS ENCAMINHADOS PELOS PÓLOS AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Pólo	Instituição Executora	Ações / Atividades	Trabalhadores Beneficiados
Pólo de Educação Permanente do Nordeste Paulista	Prefeitura Municipal de Franca	Capacitação de Conselheiros Municipais de Saúde do Município de Franca	20
	Fundação Hemocentro de Ribeirão Preto – FUNDHERP	Capacitação de Conselheiros Municipais de Saúde para o Município de Franca	210
	Universidade de São Paulo – USP / Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/ USP	Especialização em Saúde da Família	40
	Associação de Ensino de Ribeirão Preto – AERP	Especialização em Saúde da Família	40
	Associação Cultural e Educacional de Franca – ACEFRAN	Especialização em Saúde da Família	40
		Curso de Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde	30
		Curso Re-Construindo a Saúde na Atenção Básica – Saúde da Criança e Adolescente	30
		Curso de Boas Práticas na Dispensação de Medicamentos	30
		Curso Re-Construindo a Saúde na Atenção Básica – Saúde da Mulher	30
	Fundação de Apoio Institucional ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FAI	Capacitação de Monitores para os Módulos Introdutórios para Equipe de Saúde da Família	75
Pólo de Educação Permanente do Nordeste Paulista	Fundação para o Desenvolvimento de Ciências Farmacêuticas – FUNDECIF	Capacitação de Conselheiros Municipais de Saúde	60
		Controle de Avaliação na Atenção Básica	30
		Capacitação Pedagógica para Multiplicadores nos Cursos de Qualificação Profissional na Área de Saúde Bucal	35
		Capacitação Pedagógica para Multiplicadores nos Cursos de Agentes Comunitários de Saúde	35
		Capacitação de Conselheiros Municipais de Saúde	60
	Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto – FIERP	Capacitação da Atenção Básica Saúde da Família	90
		Curso de Capacitação de Multiplicadores de Apoio Gerencial	60
		Curso de Capacitação para Desenvolvimento Gerencial	40
	Organização Educacional Barão de Mauá	Curso Atenção Básica da Saúde e Saúde da Família	30
	Associação Cultural e Educacional de Franca	Curso de Boas Práticas na Dispensa de Medicamentos	120
	Centro Formador de Araraquara	Qualificação Profissional de Saúde Bucal	30

Pólo	Instituição Executora	Ações / Atividades	Trabalhadores Beneficiados
	Associação de Ensino de Ribeirão Preto – UNAERP	Capacitação em Atenção Básica Saúde da Família (2 Cursos)	60
	Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto/SP – FIERP	Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica	20
	Fundação de Apoio Institucional ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – UFSCar	Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica	15
Sub Total		Nº de Ações = 24	1.230
Pólo de Educação Permanente do Leste Paulista	Fundação de Desenvolvimento da UNICAMP – FUNCAMP	Especialização em Saúde da Família	156
		Especialização em Saúde Pública	40
		Seminário de Metodologia e Avaliação	40
		Seminário de Tecnologia de Educação a Distância	40
		Curso de Extensão em Atualização Clínica	20
		Curso de Gestão de Urgência e Emergência	20
		Curso de Gerência e Gestão do Trabalho	20
		Curso de Epidemiologia em Serviço e Informação	20
		Curso de Planejamento e Gestão	20
		Curso de Gestão Hospitalar	20
		Infra-estrutura Física e Administrativa do Pólo	-
		Gestão e Educação em Saúde em Amparo e Micro Região	220
	Hospital Municipal Dr. Mário Gatti	Residência Multiprofissional	78
Sub Total		Nº de Ações = 12	694
Pólo de Educação Permanente do Sudoeste Paulista	Universidade Estadual de Paulista – UNESP	Infra-estrutura de Implantação e Desenvolvimento Inicial de Ações de Educação Permanente do Pólo Sudoeste	-
		Jogos Dramáticos: Instrumentalizando Ações de Educação Permanente em Saúde (1 curso e 25 oficinas)	25
		Formação de Tutores para a Atenção Básica (2 cursos)	60
		Formação de Tutores para Humanização da Atenção e Gestão no SUS	60
		Oficina Temática Fluxos e Pactuações para Transferência Inter-hospitalar de Pacientes	20
		Curso de Capacitação de Médicos e Enfermeiros para Atuação em Urgência e Emergência	48
		Formação de Tutores para Atuação em Urgência e Emergência	32

Pólo	Instituição Executora	Ações / Atividades	Trabalhadores Beneficiados
		Formação de Monitores para Capacitação Introdutória para Equipes do PSF (2 cursos)	64
	Fundação São Paulo	Formação de Tutores para a Atenção Básica	90
		Curso Introdutório Capacitação de Tutores PSF	30
		Formação de Tutores: um SUS com Atenção e Gestão Humanizadas e Humanizantes	90
		Capacitação de Tutores para 1º Atendimento às Urgências e Emergências nas Unidades de Saúde	27
	Universidade Estadual de Paulista - UNESP	Residência Multiprofissional	42
	Fundação Educacional Dr. Raul Bauab de Jahú	Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica	20
	Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho – UNESP	Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica	16
	Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho – UNESP	VI Congresso Brasileiro de Atividade Motora Adaptada – CBAMA	-
Sub Total		Nº de Ações = 15	624
Pólo de Educação Permanente do Vale do Paraíba	Fundação Valeparaibana de Ensino.	Curso de Especialização em Saúde da Família	40
		Curso de Especialização em Saúde Mental	35
	Universidade de Taubaté.	Curso de Especialização em Saúde da Família	35
Sub Total		Nº de Ações = 03	110
Pólo de Educação Permanente da Região Metropolitana da Grande São Paulo	CEFACS - Centro de Formação e Aperfeiçoamento em Ciências da Saúde da Fundação Zerbini	Operacionalização da Secretaria Executiva do Pólo de Educação Permanente da Grande São Paulo	-
		Especialização em Saúde da Família (6 Cursos)	270
	Fundação de Amparo ao Ensino e Pesquisa – FAEP	Capacitação Profissional em Reanimação Neonatal	60
		Capacitação de Profissionais do Programa da Saúde da Família	20
		Capacitação de Médicos e Enfermeiros do Programa para o Atendimento Hospitalar em Urgência e Emergência	10
		Capacitação de Profissionais do Programa de Atendimento Pré-Hospitalar em Urgência e Emergência	40
		Capacitação dos Profissionais Enfermeiros na Sistematização da Assistência de Enfermagem na Área Materno Infantil	120
	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo	Capacitação dos Conselheiros da Unidade de Saúde Regiões Sul, Sudeste e Leste	500

Pólo	Instituição Executora	Ações / Atividades	Trabalhadores Beneficiados
Pólo de Educação Permanente da Região Metropolitana da Grande São Paulo		Curso de Habilitação Profissional de Técnicos de Enfermagem da Região Leste	25
		Curso de Habilitação Profissional de THD Região Norte	25
		Curso de Habilitação Profissional de Técnica em Farmácia Região Leste, Sudeste e Norte	175
		Projeto Acolhimento Região Leste	775
		Incorporação das Medicinas Tradicionais na Rede Pública Região Norte	120
		Curso de Inovação Tecnológica e Novas Eficácias para o SUS – Medicina Tradicional Chinesa Região Leste e Centro Oeste	130
		Curso de Terapia Comportamental Sistêmica Integrativa Região Leste	65
		Curso de Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa Módulo I Sensibilização Vivencial e Iniciação Prática Supervisionada Região Sudeste	65
		Capacitação Pedagógica e Técnica Pedagógica para Trabalhadores de Serviço de Saúde	25
		Supervisão da Prática de Alunos do Curso Terapia Comunitária Sistêmica e Integrativa da Região Centro Oeste do Município de SP Módulo II	65
	Centro Universitário Nove de Julho	Atualização em Emergência Médica	25
	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial – SENAC	Curso Educação Permanente para a Equipe de Enfermagem da Rede Básica de Saúde da Região Sul do Município de São Paulo – Acolhimento Resolutivo	32
		Curso Qualidade no Atendimento dos Profissionais de Saúde	560
	Sociedade Beneficente Israelita - Hospital Israelita Albert Einstein	Curso Atualização para Auxiliar de Enfermagem em Urgência e Emergência	160
	Universidade de São Paulo – USP – Instituto de Psicologia Social do Trabalho	Seminário de Alinhamento Conceitual Construindo Projetos de Educação Permanente em Saúde	90
	Faculdade de Saúde Pública – USP	Formação de Profissionais da Rede de Saúde para a Incorporação de Atividades Inovadoras nos Serviços	40
	Fundação Faculdade de Medicina	Curso Atualização em Políticas Públicas de Saúde no Brasil	280
		Curso Metodologias de Avaliação de Serviços de Saúde	60
		Curso Integração entre Universidade e Serviço para Formação de Profissionais para Atenção Primária à Saúde no Distrito Escola do Butantã, São Paulo / SP	30
		Projeto Bate-papo Comunicação e Cidadania dos Jovens na Área de saúde	-

Pólo	Instituição Executora	Ações / Atividades	Trabalhadores Beneficiados
	Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho	Curso Educação Permanente dos Profissionais de Saúde da Rede da Atenção Básica da Coordenadoria de Saúde da Sé	60
Pólo de Educação Permanente da Região Metropolitana da Grande São Paulo		Curso Organização do Cuidado na Atenção Básica: Saúde da Mulher e da Criança	30
	Organização Santamarense de Educação e Cultura	Curso Atualização em Gerenciamento de Serviços de Saúde	40
	Fundação São Paulo – PUC/SP	Curso Promoção de Saúde na Rede Básica	60
		Curso O Grupo como Recurso para a Promoção de Saúde	25
		Curso Humanização no Atendimento	60
		Curso Ciclos de Vida Promoção e Prevenção	40
		Curso Atenção Domiciliar com Prioridade para Idosos	200
		Curso Atenção em Biossegurança	60
	Faculdade de Medicina da Fundação do ABC / FUABC	Curso Atenção à Urgência e Emergência Suporte Básico de Vida	160
	Faculdade de Medicina do ABC	Residência Multiprofissional em Saúde da Família	25
	Sociedade Educacional Cidade de São Paulo Ltda. – SECID	Curso Modelos de Atenção à Saúde Conceitos, Aspectos Operacionais e Inovação no SUS	60
		Curso Atualização em Dependência Química	120
	Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – UNIFESP	Curso Capacitação para Funcionários de Nível Médio para Atendimento do Idoso	40
		Regulação Médica, Emergência e Atenção Avançada em Emergência para Enfermeiro	90
		Curso Hipertensão Arterial e Diabetes para Profissionais da Rede Básica de Saúde	400
	Instituto Adventista de Ensino	Formação de Multiplicadores Módulo Introdutório da Atenção Básica	40
		Formação de Multiplicadores na Estratégia do Acolhimento Resolutivo	40
		Atualização para Auxiliar de Enfermagem na Atenção Básica	224
	Associação Santa Marcelina	Curso Saúde do Adolescente	80
		Curso o Trabalho em Equipe	280
		Curso Rede Social / Intersetorialidade	80
		Curso Atenção Básica à Atenção ao Idoso	80
		Curso nas Áreas de Urgência e Emergência	40
		Capacitação para os Profissionais da Saúde em Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB	128

Pólo	Instituição Executora	Ações / Atividades	Trabalhadores Beneficiados
		Capacitação de Enfermeiros para Assistência Pré-Natal	40
		Capacitação de Gerentes em Planejamento Local	40
		Sistematização da Assistência de Enfermagem	120
	Casa de Saúde Santa Marcelina / Faculdade Santa Marcelina	Residência Multiprofissional em Saúde da Família	90
	Instituto Educacional São Miguel Paulista / Universidade Cruzeiro do Sul – UNICSUL	Capacitação na Área de Prevenção de Doenças Crônicas Degenerativas I	120
		Capacitação na Área de Prevenção de Doenças Crônicas Degenerativas II	104
		Capacitando os que Cuidam da Mulher	80
	Centro Universitário São Camilo	Curso Formação do Núcleo de Educação Permanente da Região Sudeste de São Paulo	30
	Instituto Adventista de Ensino – UNASP	Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica	20
Fundação São Paulo	Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica	20	
Sub Total		Nº de Ações = 63	6.893
Pólo de Educação Permanente em Saúde da Baixada Santista	Universidade Estadual de Ribeirão Preto – UNAERP – SANTOS	Projeto do Pólo de Educação Permanente para o SUS da Baixada Santista	-
Sub Total		Nº de Ações = 01	0
Pólo de Educação Permanente do Oeste Paulista	Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA	Especialização Integrada em Terapia Intensiva	21
		Especialização em Saúde da Família	40
Sub Total		Nº de Ações = 01	61
Pólo de Educação Permanente em Saúde do Noroeste Paulista	Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão de Serviços à Comunidade da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto	Especialização em Saúde da Família	40
Sub Total		Nº de Ações = 01	40
TOTAL GERAL		AÇÕES = 121	TRABALHADORES BENEFICIADOS = 9.652

5. Relatório do Pólo de Educação Permanente em Saúde da Grande São Paulo

Nota: Este relatório corresponde ao Módulo II do Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	222
-----------------	-----

1. Relacionamento entre os Municípios e o Pólo da Grande SP	223
---	-----

2. O papel da SES e das DIRs no Pólo de Educação Permanente da Grande São Paulo	227
--	-----

3. Aspectos Operacionais	231
--------------------------------	-----

4. Impactos	237
-------------------	-----

ANEXO.....	241
------------	-----

Tabela de atividades encaminhadas e executadas pelo Pólo GSP	242
--	-----

TABELAS

Tabela 1 – Pólo da Grande São Paulo – Direções Regionais de Saúde, total de municípios, população total e RH em Saúde	222
--	-----

Tabela 2 – Distribuição de DIRs e municípios componentes GSP 2006	229
---	-----

Tabela 3 – Distribuição de atividades encaminhadas por situação no MS – GSP 2004-2005	232
--	-----

Tabela 4 – Distribuição de cursos por região contemplada por tipo de instituições Parceiras – GSP 2004 – 2006	233
--	-----

Tabela 5 – Projetos realizados por instituição parceira – GSP – 2004 a 2006	234
---	-----

Tabela 6 – Distribuição de cursos por atividades agrupadas – GSP – 2004-2006.....	235
--	-----

Tabela 7 – Atividades por categorização de público-alvo – GSP – 2004 a 2006.....	236
Tabela 8 – Distribuição de atividades por montante de recursos e tipo de instituição responsável – GSP – 2004 a 2006.....	236
Tabela 9 – Atividades Encaminhadas e Executadas Pólo da GSP – 2004 a 2006	237

INTRODUÇÃO

O Pólo de Educação Permanente da Grande São Paulo compreende cinco Regionais de Saúde, com um total de 39 municípios e uma população estimada em 19.403.486 pessoas. Os municípios abrangidos pelo Pólo são aqueles que constituem a Região Metropolitana de São Paulo. Por isso, muitas vezes, o Pólo da Grande São Paulo é também chamado de Pólo da Região Metropolitana de São Paulo.

Tabela 1

Pólo da Grande São Paulo – Direções Regionais de Saúde, total de municípios, população total e RH em Saúde¹⁶

DIR	Município Sede	Municípios	População*	RH Saúde**
DIR I	São Paulo	1	10.927.985	184.854
DIR II	Santo André	7	2.546.468	27.861
DIR III	Mogi das Cruzes	11	2.699.145	23.640
DIR IV	Franco da Rocha	5	512.790	4.507
DIR V	Osasco	15	2.717.098	8.378

Fonte: IBGE; DATASUS (2005)

(*) Projeções intercensitárias do IBGE para o ano de 2005.

(**) Pesquisa de Assistência Médica Sanitária do IBGE, versão 2002.

O Pólo da Grande São Paulo já era constituído como Pólo-PSF e, segundo sua atual coordenadora ele tinha característica de trabalhar em roda, envolvendo as secretarias municipais de Saúde, as Direções Regionais de Saúde e as instituições de ensino. Com a mudança para o PEPS, foi necessário convidar outros segmentos, como movimentos sociais e o movimento estudantil, que se articularam e decidiram suas representações.

As reuniões do Pólo da Grande São Paulo são mensais e as decisões são feitas por meio de consenso e de discussão. O Pólo está sediado na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), é coordenado pela Coordenadoria de Recursos Humanos – SES/SP e possui Conselho Gestor, Colegiado de Gestão, Secretaria Executiva e Comitês Temáticos. O Colegiado de Gestão conta com a participação de diversos segmentos: Secretaria de Estado da Saúde, secretarias municipais da Saúde, estudantes, associações de profissionais, conselhos estadual e municipal da Saúde, representantes de universidades e hospitais universitários.

¹⁶ Em 28 de dezembro de 2006 estas cinco Direções Regionais de Saúde (DIRs) da região metropolitana de São Paulo passaram a compor o Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo (DRS I), de acordo com o Decreto nº 51.433.

Trata-se de um Pólo que conta com recursos provenientes do Ministério da Saúde e, no ano de 2004, agregou também os recursos alocados pela secretaria estadual da Saúde. Com relação aos recursos federais, o MS realizou duas alocações: a primeira (de R\$ 1.559.791,72) foi usada para que o Pólo pudesse organizar suas atividades iniciais; a segunda (de R\$ 4.303.501,73), dirigida para a execução dos projetos de capacitação encaminhados pelo Pólo. Assim, a soma total recebida pelo Pólo da Grande São Paulo do gestor federal foi de R\$ 5.863.293,45. Este valor corresponde a 39% dos recursos alocados pelo Ministério da Saúde nos Pólos do Estado de São Paulo.

A distribuição seguiu os critérios adotados pelo MS para alocação dos recursos entre os estados, a saber: população dos municípios em gestão plena no Estado; número de equipes de saúde da família; número de conselheiros de saúde; inverso da capacidade docente universitária e técnica instalada; número de unidades básicas de saúde; população total do Estado e número de cursos universitários na área da Saúde. Além dos recursos federais, a SES/SP destinou R\$ 300 mil para cada um dos oito Pólos de Educação Permanente em 2004.

De acordo com um dos entrevistados ouvidos neste estudo, a articulação Ensino *versus* Serviço é positiva no caso do Pólo da Grande São Paulo, devido ao histórico de atuação do mesmo desde 1997. Apesar de haver alguns conflitos entre ensino/serviço, isso não chega a ser um problema, pois há diálogo entre as diferentes instituições e compreensão sobre a existência de diferentes saberes. São conhecimentos que dizem respeito tanto à especificidade do serviço como da universidade. Segundo o entrevistado, a articulação Ensino *versus* Serviço tem sido bem-feita neste Pólo. Ele considera ser importante a existência de um espaço de articulação de necessidades e reflexão sobre o processo pedagógico.

1. RELACIONAMENTO ENTRE OS MUNICÍPIOS E O PÓLO DA GRANDE SÃO PAULO

De acordo com diversos entrevistados, a atuação do nível municipal na Política de Educação Permanente ocorre de maneira bastante diferenciada, mesmo nos municípios pertencentes a uma mesma região.

Para a representante do COSEMS, a postura dos gestores municipais nos Pólos de Educação Permanente em Saúde constitui-se num fator determinante. Em algumas localidades o gestor municipal tomou para si a responsabilidade de ajudar a construir o Pólo e atuou ativamente nas discussões, na formulação dos conteúdos e das capacitações. Ele opinou e interferiu como um dos atores participantes e responsáveis nesse processo. Porém, em outros municípios esse papel ficou a cargo das universidades e os gestores municipais não tiveram participação muito ativa nesse processo.

Ainda segundo a entrevistada, no que diz respeito à produção de conhecimento, os gestores se sentem muito inibidos diante do poder da universidade e por isso a postura do gestor assume papel fundamental. Se ele não tiver um discurso elaborado para expor a sua necessidade, as mudanças não irão ocorrer e as instituições de ensino continuarão trazendo os cursos prontos porque há uma tradição nesse sentido. Se o gestor considera que a universidade tem que estar mais próxima do serviço, isso deve ser explicitado por ele.

Entretanto, para este mesmo entrevistado, o porte do município é outro fator que não pode ser desconsiderado e, de certa forma, a pretensão dos Pólos de Educação Permanente era dar conta desta diversidade. Deve-se considerar ainda a complexidade que isso acarreta, em um país com mais de 5 mil municípios e populações que variam entre 5 mil e mais de 10 milhões de habitantes. Mesmo que o gestor tenha uma postura pró-ativa e desenvolva um programa de educação permanente a partir dos problemas detectados pelo conjunto de trabalhadores do município, com oficinas e formação de facilitadores, o pequeno porte populacional e a falta de universidades configuram-se como determinantes que não podem ser ignoradas. Assim, tem-se um quadro complexo em que, na maioria das vezes, o município sozinho não consegue suprir suas necessidades. A universidade está distante das necessidades nos municípios e os estados hoje não dispõem de uma massa crítica (nem mesmo o de São Paulo) capaz de assumir essa responsabilidade. Por isso, as parcerias com os Pólos têm tudo para dar certo, mas ainda precisam ser construídas.

O empoderamento dos secretários municipais poderia se dar pela experiência no Pólo, uma vez que o gestor em seu município não irá aprender a fazer tudo isso sozinho. Cabe ressaltar que o Brasil é um país com inúmeras diversidades e que os gestores municipais têm habilidades diferenciadas. Há localidades onde os gestores têm maior capacidade para fazer a negociação, em outras esse papel é exercido pelas universidades, ou pelos técnicos da DIR ou mesmo pelos representantes do movimento social. A proposta da Política de Educação Permanente permite que haja uma variação segundo cada situação. Espera-se também que a liderança exercida nos Pólos seja o resultado das interações pré-existentes.

Embora exista uma compreensão do conjunto de secretários de que a educação, a capacitação ou a formação dos trabalhadores de saúde é estratégica para o avanço do SUS, muitas vezes o gestor deixa de avançar não pelo fato de não priorizar algumas atividades, mas por ter de enfrentar algumas dificuldades como, por exemplo, a inexistência de recursos humanos para fazer essa capacitação. Ao citar um exemplo hipotético, a representante do COSEMS, questiona o que pode fazer um município com 5 mil habitantes, com um médico que enfrenta dificuldades para exercer bem suas atividades. Ela indaga se a solução seria, por exemplo, contratar um professor.

Dados da Pesquisa PROESF (2005) mostram que a dificuldade mais citada pelos secretários municipais de Saúde para as ações do programa da Atenção Básica refere-se aos recursos humanos pouco qualificados/insuficiente (78,69% do total da amostra apontaram esse item). Na Região Metropolitana de São Paulo a capacitação dos recursos humanos foi citada, por 47,06% dos respondentes, como uma das principais mudanças nos novos planos municipais de Saúde para a Atenção Básica.

No caso do Pólo da Grande São Paulo, foram encontradas diversas evidências de que a utilização da estrutura de regionalização da SES, por meio das DIRs, funcionava como um canal de aproximação entre os gestores municipais e o Pólo de Educação Permanente. Dados da Pesquisa PROESF mostram que a maioria dos secretários municipais de Saúde (52,38%) qualifica o relacionamento entre as secretarias que eles coordenam e a Secretaria do Estado da Saúde como sendo cooperativo.

Os três secretários municipais de Saúde entrevistados dizem reconhecer o trabalho dos coordenadores de núcleos regionais no sentido de atraí-los para a discussão e a proposição de ações voltadas à educação em Saúde.

Para um dos diretores de DIR entrevistado, os embates que ocorrem são inerentes ao modelo federativo brasileiro, mas a defesa dos interesses diferentes de cada ente federativo não significa necessariamente conflitos. As reuniões dos núcleos permanentes, que aconteciam em média uma vez por mês, contavam com a participação de praticamente todos os municípios e os representantes eram indicados diretamente pelos secretários municipais de Saúde.

Embora as reuniões do Pólo da Grande São Paulo fossem abertas para a participação dos representantes de todos os municípios, os entrevistados dizem que não participavam delas; mas apenas dos encontros regionais. Elas afirmaram que se sentem bem-representados pelos articuladores no Pólo da Grande São Paulo. Da mesma forma, não foi registrado nos depoimentos do entrevistados que a relação ocorrida com os núcleos regionais (e não diretamente com o Pólo) soasse como um distanciamento ou prejuízo nos encaminhamentos e proposições.

De fato, não se encontrou relatos dos secretários municipais de Saúde que indicassem alguma dificuldade para ter espaço de participação no Pólo. Segundo entrevistados, o Núcleo de Educação Permanente da Região Oeste e Sudoeste da Grande São Paulo (NEPOS) se constitui como um espaço interinstitucional para discussão da política de educação permanente. Destaca-se que este Núcleo já existia antes da Portaria 198/04 e que seu regimento interno foi reformulado em maio de 2006, por meio de um processo envolvendo todas as instituições e atores participantes. A criação do NEPOS se deu pela incorporação da

proposta de educação permanente, contado com a adesão da quase totalidade dos municípios abrangidos pelas DIRs. Apenas um dos 15 municípios da DIR V (Osasco) não tem participado das atividades do Núcleo de Educação Permanente (NEP).

Com relação a não participação dos municípios nas atividades do NEP, uma das hipóteses levantadas por um dos entrevistados diz respeito ao envolvimento do gestor municipal, que talvez não tenha percebido ainda a importância do processo de educação permanente.

Para o representante de uma DIR, está se conseguindo, gradativamente, que o gestor assuma um papel no qual haja uma maior identificação com a proposta de educação permanente; o que deve ocorrer tanto no sentido de desenvolvimento de pessoal como uma atribuição que faça parte da política de saúde do município que ele representa. É comum encontrar aquele gestor que está mais preocupado com a assistência, com o funcionamento do pronto-socorro, com a aquisição de medicamentos, ou seja, com toda a parte operacional, em virtude da pressão que ele enfrenta. Com isso, o gestor acaba encontrando dificuldades para priorizar as atividades de educação.

Um dos coordenadores de núcleos regionais lembrou a experiência dele como Secretário Municipal de Saúde para exemplificar as possibilidades de atuação do gestor municipal. Durante a gestão dele, havia espaço para discussão, e reflexão sobre capacitação e desenvolvimento de recursos humanos. Ocorriam, inclusive, capacitações específicas, reflexão sobre mudança do modelo e relação com a população, enfim, uma preocupação constante em manter as atividades de forma permanente. Havia também uma política indicando como inserir o ingressante no serviço: primeiro ele conhecia o Município inteiro, recebia informações sobre a Prefeitura, o que era público e privado. Ele também conhecia todas as unidades do hospital e qual era a política de trabalho e os compromissos que deveria assumir.

Ainda segundo o coordenador, nenhum profissional, desde a faxineira até o médico, entrava no serviço enquanto não passasse por essa inserção com duração de dois dias. Um dia para discussão sobre a questão pública, sobre o SUS, o Município. O outro em visitas, para conhecer quem e de onde vinham as pessoas que seriam atendidas por ele. Ele é instruído, por exemplo, como proceder em situações em que seja preciso encaminhar o paciente para receber outro tipo de atendimento, onde seria o hospital ou ambulatório, quem seria o diretor responsável.

Havia casos que demandavam capacitação específica, por exemplo, a admissão de uma enfermeira. Nestas situações era preciso saber se a pessoa já havia trabalhado em posto de Saúde, o que ela sabia fazer. Quando não soubesse fazer algo inerente a sua atividade era preciso habilitá-la para tal. Havia no próprio município, exemplificado pelo ex-secretário,

espaços destinados à capacitação de pessoas ou serviços de referência, de forma que o processo não era centralizado. Segundo ele, se uma determinada unidade tivesse profissionais melhor capacitados em determinadas técnicas ou serviços havia um intercâmbio para capacitar o pessoal de outras unidades. Desde 1993, essa era a forma de se preocupar com o desenvolvimento do seu pessoal no Município, sem a necessidade de financiamentos externos.

Nos municípios visitados, apesar da compreensão de que a educação em Saúde é muito importante, os secretários de Saúde reconhecem que os gastos em educação são ainda bastante reduzidos e nem ao menos se tem claro o volume de recursos utilizados. Nas atividades desenvolvidas pelo Pólo a contrapartida dos municípios é o pagamento de transporte e da alimentação.

Entre os papéis dos gestores municipais, sempre ressaltados pelos os coordenadores dos núcleos regionais ouvidos neste estudo, destaque para o levantamento das necessidades do sistema local de saúde e para o incentivo à viabilização de recursos e pessoal pelo município. Em uma das entrevistas com os gestores municipais, a multiplicação aparece como uma função exercida e custeada pelo Município, mas este aspecto foi ponderado como sendo um elemento impeditivo na implementação da Política de Educação Permanente.

Para um dos coordenadores de núcleo essa dificuldade se dá pelo fato de eles ainda não terem aprendido como participar de um processo de capacitação e formação e, portanto, não saberem como multiplicar esse aprendizado no Município que atuam. Embora enumere vários aspectos – tais como falta de tempo, tarefas do cotidiano, excesso de atribuições e até mesmo falta de pessoal – ele não soube apontar o que mais influencia essa situação. E resume: “quando a capacitação ocorre, o profissional acaba guardando para si o que aprendeu; não multiplica”.

Apenas, excepcionalmente, os participantes da pesquisa citaram ocasiões em que algum Município usou canais diretos com o Ministério da Saúde, pulando as instâncias organizacionais dos núcleos ou do Pólo da Grande São Paulo. Segundo um dos entrevistados que cita este fato, a relação direta do Ministério com o Município não seria natural. Ele afirma que o papel de articulação entre o Ministério e municípios deve passar pelos estados.

2. PAPEL DA SES E DAS DIRS NO PÓLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA GRANDE SÃO PAULO

No estudo sobre o Pólo da Grande São Paulo se confirmou a diretriz explicitada pelo diretor de Recursos Humanos da SES de que o Estado exerce o papel de grande agente congregador/convocador. Na percepção deste entrevistado não cabe à universidade nem aos

municípios realizar o que é definido constitucionalmente como competência do Estado. Uma vez que este papel não precisa ser de comando, a secretaria executiva do Pólo não necessariamente tem que estar na mão das DIRs (o quê na prática já ocorre), mas seria função da SES a busca de equidade. Para esse entrevistado, houve em determinado momento a idéia de que os municípios fariam por conta própria a identificação e priorização de necessidades comuns, mas eles não têm condições de exercer esse papel, uma vez que os interesses nem sempre são comuns, cabendo então ao Estado essa intermediação.

Na avaliação de outro gestor estadual entrevistado, houve talvez um preconceito sobre a atuação da SES, mas São Paulo fez tudo com muito cuidado, contando com uma parceria importante com o COSEMS. A coordenação dos Pólos pela SES seria uma atividade menos institucionalizada, onde não há uma estrutura para juntar os oito Pólos e definir o que será feito.

Foi criada a Comissão Intergestores Bipartite de acompanhamento e avaliação dos Pólos, com intuito principal de acompanhar a implantação da política de educação permanente. O Estado, em seu papel de agente agregador/convocador não precisa necessariamente coordenar todos os Pólos ao mesmo tempo, tampouco ter uma instância a mais que burocratize e regule esse conjunto. Com o objetivo de dar um alto grau de autonomia aos Pólos foi feito um novo desenho dos mesmos, sem a preocupação de resolver as relações internas.

A representante do COSEMS ressalta o importante papel exercido pela SES, por meio da área de Recursos Humanos, ao realizar um trabalho de sensibilização em todo o Estado. A ação contou com a parceria do MS e a participação do próprio COSEMS. Segundo a entrevistada, o papel absolutamente prioritário do nível estadual na gestão do SUS era detectar necessidades de educação permanente em parceria com os municípios e fazer a formação de pessoal. Esta é uma função nobre para a qual o Estado deveria buscar recursos e exercer de forma prioritária.

No Estado de São Paulo houve a intencionalidade de se aproveitar as relações já instituídas pelos Pólos-PSF. Especificamente em relação ao Pólo da Grande São Paulo havia uma agregação e, segundo entrevistados, nada justificaria o rompimento desta articulação. Nele, a coordenação é responsabilidade de um servidor da SES, que acumula esta função com a de coordenação de uma comissão de acompanhamento e avaliação dos oito Pólos de Educação Permanente do Estado de São Paulo.

A tabela 2, a seguir, mostra as regionais e os municípios que estavam sob a abrangência do Pólo da Grande São Paulo (até 29/12/2006).

Tabela 2

Distribuição de DIRs e municípios componentes – GSP 2006

Diretoria Regional de Saúde	Municípios	Número de municípios
I – São Paulo	São Paulo	1
II – Santo André	Diadema, Mauá, Ribeirão Pires, Santo André, São Caetano do Sul, São Bernardo do Campo, Rio Grande da Serra.	7
III – Mogi das Cruzes	Arujá, Santa Isabel, Guararema, Poá, Biritiba-Mirim, Salesópolis, Ferraz de Vasconcelos, Guarulhos, Itaquaquecetuba, Mogi das Cruzes, Suzano.	11
IV – Franco da Rocha	Francisco Morato, Franco da Rocha, Caieiras, Cajamar, Mairiporã.	5
V – Osasco	Barueri, Carapicuíba, Cotia, Embu, Itapeverica da Serra, Itapeví, Osasco, Taboão da Serra, Juquitiba, São Lourenço da Serra, Embu-Guaçu, Jandira, Vargem Grande Paulista, Pirapora, Santana de Parnaíba.	15
Total		39

Fonte: Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP (2007).

Pode-se identificar a existência de grandes diferenças entre os municípios que pertencem ao Pólo da Grande São Paulo, seja por meio de indicadores demográficos ou indicadores de saúde.

Esta diversidade é percebida dentro de uma mesma regional e, de acordo com o gestor de uma das DIRs participantes do Pólo da Grande São Paulo, há um conjunto bastante diversificado de formas de gestão, estruturas locais e compreensão do SUS nos municípios coordenados por uma mesma DIR.

Segundo o gestor da SES entrevistado, esta diversidade é um imperativo para que se pense na implantação de políticas por região, porque isso irá ajudar a definir o conjunto e quem está dentro. Desta maneira, a Secretaria de Estado da Saúde deverá trabalhar para garantir que aquele Município que não é sede, que não tem faculdade instalada, também seja atendido. Se mantiver a dinâmica existente, as relações que vão acontecer são as já estabelecidas, ou seja, as de um grande Município com sua universidade. Casos como o de Campinas com a UNICAMP, Marília com a FAMENA, são alguns exemplos. Por isso a idéia de organização das políticas por região e do papel das DIRs de atuarem como agentes convocadores é muito importante. Caso não haja uma política de regulamentação e diretrizes específicas para cada região, as relações pré-existentes serão mantidas.

Segundo representantes da gestão estadual, no Pólo da Grande São Paulo (GSP) houve discussão e movimentos dos próprios municípios e de instituições para manter esta

agregação, em função de suas vantagens. Ao unir profissionais com níveis de importância e oriundos de estruturas diferentes também deve haver um agente mediador importante para regular essas relações, que no caso do Pólo da GSP é a SES. Como na relação da GSP há várias instituições importantes é preciso um agente mediador forte para regular isso, senão a quem caberia regular uma relação entre UNIFESP, Santa Casa, USP. A SES desenvolveu a capacidade de intermediar de forma adequada, respeitando características próprias de cada um dos participantes do Pólo.

Em cada uma das DIRs do interior existe um núcleo de Educação Permanente e na capital há cinco núcleos sediados nas Coordenadorias Regionais de Saúde. Segundo entrevistados, esta estratégia possibilita o aprofundamento da discussão para a definição das demandas dos municípios para a Coordenação do Pólo, pois todos os municípios têm representantes que participam dos núcleos regionais, o que não seria possível diretamente no Pólo.

De maneira geral, estes núcleos reproduzem a proposta da Portaria 198/04 em relação à organização dos Pólos. A seleção de funcionários das DIRs para assumir cargos de coordenação dos núcleos contou com apoio das instituições de ensino, da gestão municipal e de outros segmentos.

A escolha das DIRs para sediar os núcleos de educação permanente, segundo um dos entrevistados, é explicada pela disputa entre os municípios. Embora tenha sido argumentado que os núcleos, assim como os Pólos, poderiam estar localizados em qualquer lugar, o consenso foi, na maioria dos casos, que o espaço mais adequado e justo seria a própria DIR.

Um fator que facilita a escolha das DIRs para sediar os núcleos ou a maioria das atividades desenvolvidas – seminários, reuniões, capacitações – é que as distâncias entre os municípios em todas as regionais que participam do Pólo da Grande São Paulo são relativamente pequenas e o deslocamento dos participantes do município para as DIRs não implicaria em maiores dificuldades.

Segundo explicita um dos coordenadores de núcleos de Educação Permanente entrevistado, embora a Portaria 198/04 não defina que os Pólos devam estar sediados nas secretarias de Estado, por serem detentores do conhecimento de todos os municípios da região, os hospitais, as instituições de ensino e a SES teriam maior capacidade de fazer a articulação entre eles caso isso ocorra. Para um dos diretores de DIRs entrevistado, em alguns municípios da região dele os sistemas de saúde ainda estão se estruturando o que os tornam mais dependentes da atuação de coordenação ou supervisão do Estado, tendo este até mesmo que exercer o papel de cobrador e proponente de tarefas.

No Pólo da Grande São Paulo pode-se afirmar que as DIRs têm destacada articulação com as Comissões Intergestoras Regionais na execução das políticas tanto do Estado quanto do Ministério da Saúde e esta tradição teve peso na criação da política de educação permanente.

As equipes das DIRs que trabalham para os núcleos acumulam outras atribuições e, na maioria das vezes, estão vinculadas a Atenção Básica e a departamentos de educação e desenvolvimento de recursos humanos. Entretanto, foi destacado que enquanto coordenadores dos Núcleos de Educação Permanente eles não entendem que esses núcleos não são parte das DIRs, mas sim um espaço interinstitucional de articulação. Porém, como ressaltou um dos entrevistados, nem sempre esta autonomia é percebida. Há uma confusão avaliar os núcleos como se fossem pertencentes ao Estado. Outra coisa ruim é ver o Estado como responsável pelos hospitais.

Esta influência não se dá apenas pela interpretação de que os Núcleos de Educação Permanente fazem parte da estrutura estadual de saúde. Um entrevistado identifica que existe forte “contágio”, entre os municípios que fazem parte do Pólo da Grande São Paulo, da política do Município de São Paulo e do Estado de São Paulo, interferindo em como se organizam as gestões de saúde municipais.

A influência regional também pode ser evidenciada pelos dados da Pesquisa PROESF realizada em municípios de grande porte que mostrou que grande parte dos secretários municipais de saúde da região Metropolitana de São Paulo (47,62%) acredita que as necessidades dos outros municípios da região influem na gestão do sistema de saúde.

De acordo com um dos entrevistados, nem sempre a educação permanente é entendida como uma política ampla. Por isso, ocorrem resistências dos municípios que pensam estar no meio de uma briga entre a SES e o Ministério da Saúde em relação a esta política: Educação Permanente não é uma política de Estado. É uma política do Ministério. Os municípios não sabem com o que ficar e podem acabar escolhendo o aquele que possa garantir mais recursos.

Para este mesmo entrevistado, o Estado nem sempre assume seu papel regulador, pois a política da Secretaria de Estado da Saúde em relação à gestão de serviços e de pessoal não é clara. Ele questiona se seria o papel do Estado regular, qual o parâmetro de regulação e qual a política a ser adotada.

3. ASPECTOS OPERACIONAIS

Ao contrário de outros Pólos visitados no Módulo III que pertencem ao Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde, o Pólo da GSP

tem informações precisas sobre as atividades e beneficiários. É possível conhecer com exatidão quem e quantos profissionais foram beneficiados com as atividades do Pólo de Educação Permanente em Saúde (PEPS) da Grande São Paulo. Consegue-se apontar com clareza quais as atividades implementadas e alguns impactos das mesmas, embora não haja um sistema de avaliação e monitoramento sistematizado.

E, além disso, quase todas as atividades demandadas tiveram os recursos liberados e foram implementadas por meio de diversas instituições de ensino, públicas e privadas e pelo Centro de Formação de Recursos Humanos para o SUS (CEFOP), órgão vinculado à Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

De acordo com a listagem do Pólo da GSP, foram encaminhados ao Ministério da Saúde 88 projetos no período de 2004 a 2006, aprovados pelo PEPS-GSP. Destes, até a conclusão desta pesquisa, 69 foram executados, sendo que três deles implicou em recursos extrateto do Departamento de Atenção Básica do MS. Um dos projetos refere-se à operacionalização da secretaria executiva do PEPS da GSP e não será contado como atividade educacional nas tabelas constantes da análise.

Tabela 3
Distribuição de atividades encaminhadas por situação no MS
GSP – 2004-2006

Situação	Nº	%
Executados	69	78,4
Não-executados	19	21,6
Total	88	100,0

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (2007); Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Coordenação Geral de Orçamento e Planejamento (2005).

Dos projetos realizados, 63,2 % foram executados por instituições parceiras privadas e 36,8%, por instituições públicas. Na DIR V observa-se que a grande maioria (71,4%) das atividades contou com a participação de instituições públicas ao contrário do Município de São Paulo, onde a maior parte das atividades foi realizada por instituições privadas (58,7%). A instituição pública que executou a maioria das atividades da SMS-SP foi a Escola Técnica do SUS (ver tabela 4 e anexo). De acordo com um dos coordenadores do PEPS-GSP entrevistado, embora as instituições parceiras sejam facilmente categorizadas quanto à natureza pública ou privada, a atuação das mesmas não segue uma lógica linear, ocorrendo variação de acordo com as pessoas que as representam.

Tabela 4
Distribuição de cursos por região contemplada por tipo de Instituições
Parceiras – GSP 2004-2006

Regiões	Tipo de Parceiros				Total	
	Público		Privado			
	nº	%	nº	%	nº	%
DIR I – São Paulo	19	41,3	27	58,7	46	100,0
DIR II – Santo André	0	0,0	4	0,0	4	100,0
DIR III – Mogi das Cruzes	0	0,0	9	0,0	9	100,0
DIR IV – Franco da Rocha	0	0,0	0	0,0	0	100,0
DIR V – Osasco	5	71,4	2	28,6	7	100,0
GSP	2	100,0	1	0,0	3	100,0
Total	26	36,8	43	63,2	69	100,0

Fonte: Ministério da Saúde - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Coordenação Geral de Orçamento e Planejamento (2005) e Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (2007).

O único Município que encaminhou projetos por intermédio de sua Secretaria Municipal de Saúde (onze, no total; executados pela Escola Técnica do SUS) foi o de São Paulo. Os demais projetos encaminhados pelo Pólo da GSP são provenientes de Instituições de Ensino e Pesquisa privadas (43 projetos) e públicas (26 projetos). As outras secretarias municipais de Saúde do Pólo da GSP não encaminharam projetos.

Em todas as DIRs, as instituições executoras são na maioria dos casos, privadas (63,2%), com exceção da DIR V onde boa parte dos cursos foi realizado por instituições públicas (71,4%). Já a DIR IV que não teve nenhum curso executado na região.

Conforme indicado na tabela 5, a seguir, sete instituições apresentaram isoladamente entre quatro e 11 projetos (no total 45 projetos); seis instituições, entre dois e três projetos (no total de 17) e sete delas realizaram apenas um projeto, cada uma. Existe no Pólo da Grande São Paulo uma pluralidade de instituições proponentes, totalizando 20 projetos.

A diversidade de instituições parceiras e o envolvimento no desenvolvimento dos projetos demonstram uma capacidade institucional da região da Grande São Paulo que pode explicar a atuação diferenciada do Pólo da Grande São Paulo.

Tabela 5
Projetos realizados por Instituição parceira
GSP – 2004-2006

Número de projetos	Instituições parceiras	Projetos encaminhados	
		Número	%
Entre 4 e 11 projetos	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo / Associação Santa Marcelina / PUC / FAEPE / Fundação Faculdade de Medicina da USP / SECID / UNIFESP	45	65,2
Entre 2 e 3 projetos	UNICSUL / Fundação Zerbini / SENAC/ Santa Casa / Universidade Metodista de São Paulo / UNASP	17	24,6
Apenas 1 projeto	Hospital Albert Einstein / Instituto de Psicologia Social do Trabalho da USP / Santamarense / São Camilo / UNINOVE / Faculdade de Saúde Pública – USP / Faculdade de Medicina do ABC-FUNABC	7	10,2
Total		69	100,0

Fonte: Ministério da Saúde - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Coordenação Geral de Orçamento e Planejamento (2005).

Entretanto, esta pluralidade de instituições tem maior expressividade no Município de São Paulo: Universidade Adventista de São Paulo, Serviço Nacional do Comércio, Universidade Santo Amaro, Hospital Albert Einstein, Universidade Federal de São Paulo, Santa Casa, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Fundação Faculdade de Medicina da USP, Universidade Nove de Julho, Centro Universitário São Camilo, Universidade Cidade de São Paulo, Universidade Cruzeiro do Sul, Associação Santa Marcelina, Instituto de Psicologia Social do Trabalho da USP, Escola Técnica do SUS.

Na DIR I (São Paulo), a maior parte das atividades foi encaminhada pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (16,2% do total de projetos executados). Em segundo lugar figura a Associação Santa Marcelina (com 13,2% do total de projetos), seguida pela Fundação São Paulo – PUC e Fundação Faculdade de Medicina da USP, com 8,8 % cada uma. Este volume de projetos beneficiou 6.828 profissionais de saúde a um custo de R\$ 10.093.535,56, de acordo com informações do PEPS da GSP (anexo 1).

Na DIR II (Santo André), participaram duas instituições: Faculdade de Odontologia da Universidade Metodista de São Paulo e Faculdade do ABC. Na DIR III (Mogi das Cruzes) foram três instituições: Associação Santa Marcelina, Santa Casa, Fundação de Amparo a Pesquisa e Estudos (FAEPE). Na DIR IV (Franco da Rocha) não se verificou nenhuma parceira e na DIR V (Osasco) houve a participação de três instituições: Universidade Adventista de São

Paulo (UNASP), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e Faculdade de Saúde Pública da USP. Participou ainda como executor dessa última DIR o Centro de Formação de Recursos Humanos para o SUS (CEFOR).

A atuação mais tímida da DIR IV (Franco da Rocha) em comparação com outras DIRs, segundo um dos coordenadores do Pólo da Grande São Paulo, pode ser justificado pela ausência de uma instituição parceira na região onde ela está situada.

Foram enviados ao Ministério da Saúde pelo Pólo da Grande São Paulo 88 projetos, incluindo os extratetos. Neste Pólo, diferentemente do que ocorre nos demais, os projetos extratetos também passam pelo PEPS da GSP, para análise e aprovação, antes de serem encaminhados ao Ministério da Saúde. Do universo total de projetos levados para o Ministério da Saúde, 69 geraram atividades, sendo que uma delas compreendia a operacionalização da Secretaria Executiva do Pólo da GSP.

A maior parte dos projetos realizados refere-se às atividades ligadas à Atenção Básica (72,5%), seguida daquelas relacionadas à Urgência/Emergência (10,1%); e em terceiro lugar, às atividades relacionadas à Gestão (5,8%) e Educação Permanente e Controle Social (4,3% cada), conforme a tabela 6, abaixo.

Tabela 6
Distribuição de cursos por atividades agrupadas
GSP - 2004-2006

Atividades	Nº	%
Atenção Básica	50	72,5
Educação Permanente	3	4,3
Gestão	4	5,8
Controle Social	3	4,3
Urgência/Emergência	7	10,1
Outras	2	2,9
Total	69	100,0

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (2007) e Ministério da Saúde - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Coordenação Geral de Orçamento e Planejamento (2005).

Os projetos enviados e executados pelo Pólo da GSP beneficiaram 6.828 profissionais da Saúde. Das 69 atividades, 26 foram direcionadas para grupos específicos: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentista, auxiliar de cirurgião dentista e técnico de higiene dental. Do total de atividades realizadas, quatro dirigiram-se a grupos que ocupam função gerencial e apenas um curso foi destinado a profissionais que atuam em controle social.

O maior número de cursos e trabalhadores beneficiados refere-se a equipes multiprofissionais: 11 cursos e 925 trabalhadores beneficiados, conforme a tabela 7 abaixo e anexo.

Tabela 7
Atividades por categorização de público-alvo
GSP- 2004-2006

Categoria	Nº	%
Profissionais especificados	26	37,7
Por função	9	13,0
Mistas	32	46,4
Sem informação	2	2,9
Total	69	100,0

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Coordenação Geral de Orçamento e Planejamento (2005) e Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (2004-2006).

O montante de recursos destinados às instituições parceiras privadas foi de 82,8% do total alocado pelo Pólo da GSP. Apenas 17,2% tiveram como destino as instituições parceiras de caráter público. É importante salientar que apenas um dos cursos, a residência multiprofissional em saúde da família executada pela Faculdade Santa Marcelina, demandou um custo de R\$ 7.744.737,32. Esse valor corresponde a 73,4% do total de investimentos no Pólo da GSP.

Tabela 8
Distribuição de atividades por montante de recursos e tipo de instituição responsável – GSP – 2004-2006

Instituição Responsável	Recursos		
	Nº de atividades	R\$	%
Pública	26	1.698.985,00	16,8
Privada	43	8.394.550,56	83,2
Total	69	10.093.535,56	100,0

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Coordenação Geral de Orçamento e Planejamento (2005) e Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (2004-2006).

Quando se trata do setor Saúde, a variação de capacitação fica evidente, seja por categorias profissionais ou conteúdos dos cursos. Esta diversidade se expressa também nos custos envolvidos: entre R\$ 0,39 a R\$ 86,50 a hora aula/beneficiário. E a duração dos cursos variou entre seis horas e 5.760 horas, conforme tabela 9, a seguir, e anexo.

Tabela 9
Atividades Encaminhadas e Executadas
GSP – 2004-2006

Faixas de carga horária	Nº	%
Até 80 horas	44	63,77
80 a 200 horas	11	15,94
Mais de 200 horas	8	11,59
Sem informação	6	8,70
Total	69	100,00

Fonte: Pólo de Educação Permanente em Saúde da Grande São Paulo (2007).

4. IMPACTOS

Diversos entrevistados acreditam que a Política de Educação Permanente veio preencher uma lacuna na capacitação dos recursos humanos para o SUS. E o Pólo de Educação Permanente seria a principal estratégia de desenvolvimento dos profissionais de Saúde no Brasil, aglutinando o conjunto dos municípios, das instituições formadoras e das secretarias estaduais de Saúde. Trata-se da primeira vez, em 16 anos de SUS, segundo informou um dos entrevistados, que gestores das três esferas de governo implantam uma política de educação permanente para o conjunto dos trabalhadores da Saúde.

Na opinião da representante do COSEMS, ainda não houve tempo suficiente para a estratégia dos Pólos de Educação Permanente se consolidar, tampouco os processos avaliativos. Apesar de um início bastante promissor, o processo de Educação Permanente sofreu uma interrupção bastante significativa a partir da mudança no Ministério da Saúde e das dificuldades de liberação de recursos para organizar as oficinas e as capacitações,

Assim como nos demais Pólos pesquisados, não foram efetuadas avaliações de impacto das atividades executadas no Pólo da Grande São Paulo. Também em nenhum Município visitado se encontrou um sistema de monitoramento e avaliação das ações de capacitação executadas ou mesmo dos egressos dessas atividades.

Mas o PEP da GSP realizou, em março de 2006, a oficina de trabalho “Apreciação do Trabalho do Pólo: processando desafios e identificando perspectivas”. Este evento objetivou apresentar o conjunto de atividades desenvolvidas pelo Pólo; caracterizar propostas pactuadas; apreciar o desenvolvimento e o fortalecimento dos grupos de trabalho; propor e operacionalizar

a eleição de novo mandato da Secretaria Executiva do Pólo; debater e estabelecer metas e prioridades para o ano de 2006. A seguir alguns dados retirados do memorial descritivo desta oficina:

- Em uma avaliação sobre a participação/envolvimento nas atividades/trabalho do Pólo no ano de 2005: 26% dos respondentes (nove pessoas) avaliaram que atingiram totalmente a meta pessoal de expectativa, 65% (22) disseram ter alcançado parcialmente a meta e 9% (três) consideraram que não atingiram as expectativas;
- As cinco prioridades de trabalho para o Pólo no ano de 2006 mais citadas foram: ampliar participação no Pólo; aspectos relacionados a recursos do MS; apoio aos Núcleos de Educação Permanente; fortalecimento dos grupos de trabalho; tutores/facilitadores de educação permanente.
- Em relação à questão sobre como os diferentes atores do Pólo poderiam se organizar para viabilizar as prioridades, 50% (17 pessoas) escolheram a opção “implementar grupos de trabalho”.

A percepção do grupo de entrevistados deste estudo, formado por diretores de DIRs, coordenadores de Núcleos de Educação Permanente, secretários, alguns técnicos, diretores de divisão, variou de maneira significativa. Houve inclusive um gestor municipal que declarou que a política de educação permanente não teve nenhuma repercussão, seja pelo baixo número de atividades ou pela ausência de impacto das mesmas.

Embora a percepção dos impactos não seja homogênea, uma variável apontada como importante para o maior ou menor impacto foi o envolvimento dos gestores municipais na capacitação dos recursos humanos em saúde de seus municípios. Os impactos citados nas entrevistas de maneira geral foram:

- Mudança no comportamento dos funcionários dos serviços de saúde de alguns municípios;
- Mudança na atitude dos próprios funcionários das DIRs;
- Empenho dos facilitadores;
- Empenho dos parceiros das instituições de ensino.

Em um dos municípios visitados, cuja diretora de divisão técnica da Prefeitura é tutora e também professora da universidade privada que participa das atividades do PEPS como parceira, nota-se que os princípios da educação permanente estavam mais articulados com todas as atividades de capacitação do Município. Fato que corrobora com a visão do responsável pelo RH da Secretaria de Estado da Saúde de que a questão dos facilitadores, do ponto de vista formativo, foi interessante. Porém, segundo a diretora, o apoio do facilitador só

tem sentido se ele for sustentado pelo gestor. Ela acrescenta ainda que o conteúdo pode ter sido bom, mas a inserção desses facilitadores no processo é muito criticada, ficando muitas pessoas ligadas à idéia, mas não à gestão.

Na maioria dos municípios, o conteúdo dos cursos nem sempre é utilizado pelos profissionais da Saúde no cotidiano do trabalho, segundo salientou um dos diretores de DIR entrevistado. Ele cita especialmente a categoria médica, tanto como refratária à participação nos cursos de capacitação quanto ao cumprimento do papel de multiplicador. Por outro lado, a categoria dos agentes comunitários de saúde aparece citada como uma exceção, demonstrando maior receptividade às atividades, promovendo a multiplicação e a utilização dos conteúdos dos cursos no cotidiano de trabalho.

Outros entrevistados também citaram a dificuldade para a multiplicação dos conteúdos pelas pessoas capacitadas como sendo um elemento limitador para que haja um impacto mais contundente das atividades de educação permanente. Não ficam claros quais encaminhamentos estariam sendo adotados para estimular a capacidade de multiplicação dos conteúdos dos cursos pelos profissionais egressos.

Apesar de todos os pontos negativos citados, há o reconhecimento, feito por meio de um monitoramento informal de uma das DIRs, de que as atividades educacionais têm servido para reorientar o trabalho das equipes em serviços, principalmente as que atuam em municípios onde não havia nada direcionado à Saúde e o SUS, e isso tem evoluído bastante.

Em outros casos destacou-se que o PEPS tem impacto positivo nas capacitações em serviço. E apesar de não saberem avaliar o impacto dos Pólos de Capacitação, pesquisa feita por um dos municípios, mostrou que, eventualmente, pode ter ajudado a melhorar alguns aspectos da gestão local. Porém, não há instrumentos para mensurar o impacto causado a partir do conjunto de ações desenvolvidas.

Para outro entrevistado de uma DIR, mesmo sem dispor de um instrumento formal de avaliação, houve um monitoramento que serviu para reorientar o Pólo, os núcleos e as instituições que desenvolveram as capacitações nos municípios visitados. No entanto, observou-se que é difícil perceber se o conteúdo dos cursos foi aplicado ao trabalho de maneira organizada e sistematizada pelos profissionais capacitados.

Na percepção de alguns entrevistados, o conteúdo dos cursos tem sido aplicado ao trabalho pelos profissionais capacitados, apesar de não haver nenhuma avaliação formal após a realização dos mesmos, o que ajudaria a aferir se o investimento gerou mudanças. Mesmo assim, eles dizem que houve mudança de qualidade no atendimento dos serviços e, em alguns municípios, há pessoas melhor preparadas. Também foi registrado impacto nas DIRs e na organização dos serviços.

A quebra de continuidade causada pelas mudanças de governo municipal foi ressaltada por um dos entrevistados. Para ele, não houve uma avaliação do reflexo do PEPS porque houve uma troca da gestão municipal depois do primeiro conjunto de projetos executados, além de a formação de facilitadores neste município ter atingido apenas poucos profissionais. Ainda segundo este entrevistado, em determinada DIR da região, apenas cinco pessoas concluíram o curso de facilitadores, não havendo, portanto, nenhum impacto. Neste caso também não houve a liberação de recursos em 2005 e, sem recursos nenhuma política pode ser bem-sucedida, comenta o entrevistado.

ANEXO

ANEXO

Atividades Encaminhadas e Executadas pelo Pólo da GSP – 2004 a 2006

Instituição	Ações / Atividades	Trabalhadores Beneficiados	Tipo de Instituições Parceiras	Área Temática	Classificação da atividade	Carga Horária	Município / Região contemplada	Público-alvo	Custo da Ação (R\$)	Custo hora/aula por beneficiário (R\$)
Associação Santa Marcelina	Capacitação de Enfermeiros para Assistência Pré-Natal	40	Privada	Saúde da Criança	Atenção Básica	80	DIR III	Enfermeiros	4.259,20	1,33
Associação Santa Marcelina	Capacitação de Gerentes em Planejamento Local	40	Privada	Gestão do Trabalho em Saúde	Gestão	120	DIR III	Gerentes de UBS	12.770,60	2,66
Associação Santa Marcelina	Capacitação para os Profissionais da Saúde em Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB	128	Privada	Informação, Informática e Comunicação em Saúde	Atenção Básica	32	DIR III	Enfermeiros e funcionários administrativos	13.629,44	3,33
Associação Santa Marcelina	Curso Atenção Básica à Atenção ao Idoso	80	Privada	Saúde do Idoso	Atenção Básica	48	DIR I	Profissionais da UBS	9.216,00	2,40
Associação Santa Marcelina	Curso nas Áreas de Urgência e Emergência	40	Privada	Urgência e Emergência	Urgência e Emergência	72	DIR I	Médicos e enfermeiros	6.912,00	2,40
Associação Santa Marcelina	Curso o Trabalho em Equipe	280	Privada	Educação em Saúde	Atenção Básica	8	DIR I	Profissionais da rede de saúde	5.376,00	2,40
Associação Santa Marcelina	Curso Rede Social / Intersetorialidade	80	Privada	Informação, Informática e Comunicação em Saúde	Atenção Básica	40	DIR I	Profissionais da rede de saúde	7.680,00	2,40
Associação Santa Marcelina	Curso Saúde do Adolescente	80	Privada	Saúde do Adolescente	Atenção Básica	40	DIR I	Médicos e enfermeiros	7.680,00	2,40

Instituição	Ações / Atividades	Trabalhadores Beneficiados	Tipo de Instituições Parceiras	Área Temática	Classificação da atividade	Carga Horária	Município / Região contemplada	Público-alvo	Custo da Ação (R\$)	Custo hora/aula por beneficiário (R\$)
Associação Santa Marcelina	Sistematização da Assistência de Enfermagem	120	Privada	Educação em Saúde	Atenção Básica	48	DIR I	Enfermeiros	13.824,00	2,40
Casa de Saúde Santa Marcelina / Faculdade Santa Marcelina	Residência Multiprofissional em Saúde da Família	90	Privada	Saúde da Família	Atenção Básica	5.760	Toda GSP	Multiprofissional	7.744.737,32	14,94
CEFACS - Centro de Formação e Aperfeiçoamento em Ciências da Saúde da Fundação Zerbini	Especialização em Saúde da Família (06 Cursos)	270	Pública	Saúde da Família	Atenção Básica	396	Toda GSP	Multiprofissional	885.643,00	8,28
CEFACS - Centro de Formação e Aperfeiçoamento em Ciências da Saúde da Fundação Zerbini	Operacionalização da Secretaria Executiva do Pólo de Educação Permanente da Grande São Paulo	-	Pública	Educação em Saúde	Educação Permanente	-	Toda GSP		67.970,00	
Centro Universitário Nove de Julho	Atualização em Emergência Médica	25	Privada	Urgência e Emergência	Urgência e Emergência	20	DIR I	Médicos	5.760,00	11,52
Centro Universitário São Camilo	Curso Formação do Núcleo de Educação Permanente da Região Sudeste de São Paulo	30	Privada	Educação em Saúde	Educação Permanente	8	DIR I	Gestores de regionais de saúde e hospitais e representantes das instituições de ensino das escolas técnicas do SUS	20.760,00	86,50
Faculdade de Medicina do ABC/FUABC	Curso de Atenção à Urgência e Emergência – Suporte Básico de Vida	160	Privada	Urgência e Emergência	Urgência e Emergência	50	DIR II	Sem informação	33.280,00	4,16

Instituição	Ações / Atividades	Trabalhadores Beneficiados	Tipo de Instituições Parceiras	Área Temática	Classificação da atividade	Carga Horária	Município / Região contemplada	Público-alvo	Custo da Ação (R\$)	Custo hora/aula por beneficiário (R\$)
Faculdade de Odontologia da Universidade Metodista de São Paulo	Atualização para ACD e THD	30	Privada	Saúde Bucal	Atenção Básica	32	DIR II	ACD e THD	3.328,00	3,47
Faculdade de Odontologia da Universidade Metodista de São Paulo	Curso de Aprimoramento em PSF para Auxiliares de Enfermagem	30	Privada	Saúde da Família	Atenção Básica	56	DIR II	Auxiliares de enfermagem	14.560,00	8,67
Faculdade de Odontologia da Universidade Metodista de São Paulo	Curso de Organização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica	40	Privada	Saúde Bucal	Atenção Básica	40	DIRII	Cirurgiões dentistas	5.720,00	3,58
Faculdade de Saúde Pública – USP	Formação de Profissionais da Rede de Saúde para a Incorporação de Atividades Inovadoras nos Serviços	40	Pública	Práticas Complementares em Saúde	Atenção Básica	72	DIR V	Funcionários da UBS e equipe gerencial	23.672,00	8,22
Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho - Santa Casa	Curso Educação Permanente dos Profissionais de Saúde da Rede da Atenção Básica da Coordenadoria de Saúde da Sé	60	Privada	Educação em Saúde	Educação Permanente	72	DIR I	Funcionários das UBS	10.330,00	2,39
Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho Santa Casa	Curso Organização do Cuidado na Atenção Básica: Saúde da Mulher e da Criança	30	Privada	Saúde da Mulher e da Criança	Gestão	64	DIR III	Médicos e enfermeiros	8.074,00	4,21

Instituição	Ações / Atividades	Trabalhadores Beneficiados	Tipo de Instituições Parceiras	Área Temática	Classificação da atividade	Carga Horária	Município / Região contemplada	Público-alvo	Custo da Ação (R\$)	Custo hora/aula por beneficiário (R\$)
Fundação de Amparo ao Ensino e Pesquisa – FAEPE	Capacitação de Médicos e Enfermeiros do Programa para o Atendimento Hospitalar em Urgência e Emergência	10	Privada	Urgência e Emergência	Urgência e Emergência	160	DIR III	Médicos e enfermeiros	16.640,00	10,40
Fundação de Amparo ao Ensino e Pesquisa – FAEPE	Capacitação de Profissionais do Programa da Saúde da Família	40	Privada	Saúde da Família	Atenção Básica	92	DIR III	Médicos e enfermeiros	41.600,00	11,30
Fundação de Amparo ao Ensino e Pesquisa – FAEPE	Capacitação de Profissionais do Programa de Atendimento Pré-Hospitalar em Urgência e Emergência	40	Privada	Urgência e Emergência	Urgência e Emergência	40	DIR III	Trabalhadores da saúde das UBS	10.400,00	6,50
Fundação de Amparo ao Ensino e Pesquisa – FAEPE	Capacitação dos Profissionais Enfermeiros na Sistematização da Assistência de Enfermagem na Área Materna Infantil	120	Privada	Saúde da Mulher	Atenção Básica	80	DIR III	Enfermeiros	23.400,00	2,44
Fundação de Amparo ao Ensino e Pesquisa – FAEPE	Capacitação Profissional em Reanimação Neonatal	60	Privada	Saúde da Criança	Urgência e Emergência	20	DIR III	Médicos e enfermeiros	7.280,00	6,07
Fundação Faculdade de Medicina	Curso Atualização em Políticas Públicas de Saúde no Brasil I	280	Pública	Políticas Públicas em Saúde	Outros	6	DIR I	Servidores municipais – em funções operacionais	10.000,00	5,95

Instituição	Ações / Atividades	Trabalhadores Beneficiados	Tipo de Instituições Parceiras	Área Temática	Classificação da atividade	Carga Horária	Município / Região contemplada	Público-alvo	Custo da Ação (R\$)	Custo hora/aula por beneficiário (R\$)
Fundação Faculdade de Medicina	Curso Atualização em Políticas Públicas de Saúde no Brasil II	-	Pública	Políticas Públicas em Saúde	Outros	8	DIR I	Servidores municipais – de nível superior	-	-
Fundação Faculdade de Medicina	Curso Atualização em Políticas Públicas de Saúde no Brasil III	-	Pública	Políticas Públicas em Saúde	Outros	12	DIR I	Servidores municipais – com função de chefia, supervisão, assessoria técnica e controle	-	-
Fundação Faculdade de Medicina	Curso Integração entre Universidade e Serviço para Formação de Profissionais para Atenção Primária à Saúde no Distrito Escola do Butantã, São Paulo / SP	30	Pública	Educação em Saúde	Outros	160	DIR I	TO, Equipe de enfermagem, estudantes de medicina	20.000,00	4,17
Fundação Faculdade de Medicina	Curso Metodologias de Avaliação de Serviços de Saúde	60	Pública	Educação em Saúde	Gestão	16	DIR I	Servidores municipais - com função de chefia, supervisão e controle	6.500,00	6,77
Fundação Faculdade de Medicina	Projeto Bate-papo Comunicação e Cidadania dos Jovens na Área de Saúde	-	Pública	Participação e Controle Social	Outros	-	DIR I	Profissionais da saúde e usuários jovens da UBS do Butantã	27.840,00	-
Fundação São Paulo – PUC/SP	Curso Atenção Domiciliar com Prioridade para Idosos	200	Privada	Saúde dos Idosos	Atenção Básica	260	DIR I	Equipe multiprofissional	20.480,00	0,39

Instituição	Ações / Atividades	Trabalhadores Beneficiados	Tipo de Instituições Parceiras	Área Temática	Classificação da atividade	Carga Horária	Município / Região contemplada	Público-alvo	Custo da Ação (R\$)	Custo hora/aula por beneficiário (R\$)
Fundação São Paulo – PUC/SP	Curso Atenção em Biossegurança	60	Privada	Vigilância em Saúde	Atenção Básica	20	DIR I	Equipe multiprofissional	5.400,00	4,50
Fundação São Paulo – PUC/SP	Curso Ciclos de Vida Promoção e Prevenção	40	Privada	Atenção à Saúde	Atenção Básica	100	DIR I	Equipe multiprofissional	28.800,00	7,20
Fundação São Paulo – PUC/SP	Curso Humanização no Atendimento	60	Privada	Atenção à Saúde	Atenção Básica	40	DIR I	Equipe multiprofissional	15.360,00	6,40
Fundação São Paulo – PUC/SP	Curso – O Grupo como Recurso para a Promoção de Saúde	25	Privada	Atenção à Saúde	Atenção Básica	156	DIR I	Equipe multiprofissional	23.480,00	6,02
Fundação São Paulo – PUC/SP	Curso Promoção de Saúde na Rede Básica	60	Privada	Atenção à Saúde	Atenção Básica	240	DIR I	Equipe multiprofissional	19.200,00	1,33
Instituto Adventista de Ensino	Atualização para Auxiliar de Enfermagem na Atenção Básica	224	Privada	Educação em Saúde	Atenção Básica	48	DIR I	Auxiliar de enfermagem	50.008,00	4,65
Instituto Adventista de Ensino	Formação de Multiplicadores Módulo Introdutório da Atenção Básica	40	Privada	Atenção à Saúde	Atenção Básica	80	DIR V	Enfermeiros	20.400,00	6,38
Instituto Adventista de Ensino	Formação de Multiplicadores na Estratégia do Acolhimento Resolutivo	40	Privada	Atenção à Saúde	Atenção Básica	68	DIR V	Enfermeiros	33.090,00	12,17
Instituto Educacional São Miguel Paulista / Universidade Cruzeiro do Sul – UNICSUL	Capacitação na Área de Prevenção de Doenças Crônicas Degenerativas I	120	Privada	Doenças Crônicas Degenerativas	Atenção Básica	12 (I e II)	DIR I	Enfermeiros e auxiliares de enfermagem	12.288,00	8,53

Instituição	Ações / Atividades	Trabalhadores Beneficiados	Tipo de Instituições Parceiras	Área Temática	Classificação da atividade	Carga Horária	Município / Região contemplada	Público-alvo	Custo da Ação (R\$)	Custo hora/aula por beneficiário (R\$)
Instituto Educacional São Miguel Paulista / Universidade Cruzeiro do Sul – UNICSUL	Capacitação na Área de Prevenção de Doenças Crônicas Degenerativas II	104	Privada	Doenças Crônicas Degenerativas	Atenção Básica	-	DIR I	Enfermeiros e auxiliares de enfermagem	-	-
Instituto Educacional São Miguel Paulista / Universidade Cruzeiro do Sul – UNICSUL	Capacitando os que Cuidam da Mulher	80	Privada	Saúde da Mulher	Atenção Básica	48	DIR I	Profissionais da Rede Básica	3.840,00	1,00
Organização Santamarense de Educação e Cultura	Curso Atualização em Gerenciamento de Serviços de Saúde	40	Privada	Educação em Saúde	Gestão	48	DIR I	Gerentes de UBS, equipe técnica de Centro de Saúde e autarquias hospitalares	15.456,00	8,05
Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo	Capacitação dos Conselheiros da Unidade de Saúde Regiões Sul, Sudeste e Leste	500	Pública	Gestão do SUS	Controle Social	40	DIR I	Conselheiros	82.400,00	4,12
Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo	Capacitação Pedagógica e Técnica Pedagógica para Trabalhadores de Serviço de Saúde	25	Pública	Educação em Saúde	Atenção Básica	40	DIR I	Trabalhadores da saúde	8.000,00	8,00
Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo	Curso de Habilitação Profissional de Técnica em Farmácia Região Leste, Sudeste e Norte	175	Pública	Assistência Farmacêutica	Atenção Básica	500	DIR I	Trabalhadores da saúde	195.640,00	2,24

Instituição	Ações / Atividades	Trabalhadores Beneficiados	Tipo de Instituições Parceiras	Área Temática	Classificação da atividade	Carga Horária	Município / Região contemplada	Público-alvo	Custo da Ação (R\$)	Custo hora/aula por beneficiário (R\$)
Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo	Curso de Habilitação Profissional de Técnicos de Enfermagem da Região Leste	25	Pública	Educação em Saúde	Atenção Básica	600	DIR I	Auxiliar de enfermagem	38.500,00	2,57
Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo	Curso de Habilitação Profissional de THD Região Norte	25	Pública	Saúde Bucal	Atenção Básica	500	DIR I	Trabalhadores da saúde	38.500,00	3,08
Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo	Curso de Inovação Tecnológica e Novas Eficácias para o SUS – Medicina Tradicional Chinesa – Região Leste e Centro Oeste	130	Pública	Práticas Complementares em Saúde	Atenção Básica	200	DIR I	Funcionários da SMS	32.000,00	1,23
Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo	Curso de Terapia Comportamental Sistêmica Integrativa Região Leste	65	Pública	Práticas Complementares em Saúde	Atenção Básica	206	DIR I	Profissionais da saúde	61.030,00	4,56
Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo	Curso de Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa Módulo I - Sensibilização Vivencial e Iniciação Prática Supervisionada Região Sudeste	65	Pública	Práticas Complementares em Saúde	Atenção Básica	92	DIR I	Profissionais da saúde	15.960,00	2,67

Instituição	Ações / Atividades	Trabalhadores Beneficiados	Tipo de Instituições Parceiras	Área Temática	Classificação da atividade	Carga Horária	Município / Região contemplada	Público-alvo	Custo da Ação (R\$)	Custo hora/aula por beneficiário (R\$)
Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo	Incorporação das Medicinas Tradicionais na Rede Pública Região Norte	120	Pública	Práticas Complementares em Saúde	Atenção Básica	180	DIR I	Funcionários da SMS	58.000,00	2,69
Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo	Projeto Acolhimento Região Leste	775	Pública	Educação em Saúde	Atenção Básica	12	DIR I	Equipes da UBS	45.000,00	4,84
Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo	Supervisão da Prática de Alunos do Curso Terapia Comunitária Sistêmica e Integrativa da Região Centro Oeste do Município de São Paulo Módulo II	65	Pública	Práticas Complementares em Saúde	Atenção Básica	64	DIR I	Profissionais da saúde	10.880,00	2,62
Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial – SENAC	Curso Educação Permanente para a Equipe de Enfermagem da Rede Básica de Saúde da Região Sul do Município de São Paulo Acolhimento Resolutivo	32	Privada	Educação em Saúde	Atenção Básica	60	DIR I	Enfermeiros	22.800,00	11,88
Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial – SENAC	Curso Qualidade no Atendimento dos Profissionais de Saúde	560	Privada	Educação em Saúde	Atenção Básica	40	DIR I	Funcionários de nível médio e apoio das UBS	61.180,00	2,73
Sociedade Beneficente Israelita – Hospital Israelita Albert Einstein	Curso Atualização para Auxiliar de Enfermagem em Urgência e Emergência	160	Privada	Urgência e Emergência	Urgência e Emergência	36	DIR I	Auxiliar de enfermagem	12.512,00	2,17

Instituição	Ações / Atividades	Trabalhadores Beneficiados	Tipo de Instituições Parceiras	Área Temática	Classificação da atividade	Carga Horária	Município / Região contemplada	Público-alvo	Custo da Ação (R\$)	Custo hora/aula por beneficiário (R\$)
Sociedade Educacional Cidade de São Paulo Ltda – SECID	Curso Atualização em Dependência Química	40	Privada	Drogas e Alcoolismo	Atenção Básica	52	DIR I	Equipe multiprofissional da UBS	5.760,00	2,77
Sociedade Educacional Cidade de São Paulo Ltda. – SECID	Curso de Tabagismo	40	Privada	Drogas e Alcoolismo	Atenção Básica	52	DIR I	Equipe multiprofissional da UBS	5.760,00	2,77
Sociedade Educacional Cidade de São Paulo Ltda. – SECID	Curso de Uso de Medicamentos em Transtorno Psiquiátrico e Assistência Familiar	40	Privada	Drogas e Alcoolismo	Atenção Básica	52	DIR I	Equipe multiprofissional da UBS	5.760,00	2,77
Sociedade Educacional Cidade de São Paulo Ltda. – SECID	Curso Modelos de Atenção à Saúde Conceitos, Aspectos Operacionais e Inovação no SUS	60	Privada	Gestão do Trabalho em Saúde	Gestão	52	DIR I	Equipe das UBS - nível médio e superior	5.760,00	1,85
Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – UNIFESP	Atenção Avançada em Emergência para Enfermeiro	-	Pública	Urgência e Emergência	Urgência e Emergência	20	DIR V	Enfermeiros	-	-
Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – UNIFESP	Curso Capacitação para Funcionários de Nível Médio para Atendimento do Idoso	40	Pública	Saúde dos Idosos	Atenção Básica	160	DIR I	Funcionários de nível médio	13.450,00	2,10
Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – UNIFESP	Curso Hipertensão Arterial e Diabetes para Profissionais da Rede Básica de Saúde	400	Pública	Diabetes e Hipertensão	Atenção Básica	8	DIR V	Médicos e enfermeiros	16.000,00	5,00

Instituição	Ações / Atividades	Trabalhadores Beneficiados	Tipo de Instituições Parceiras	Área Temática	Classificação da atividade	Carga Horária	Município / Região contemplada	Público-alvo	Custo da Ação (R\$)	Custo hora/aula por beneficiário (R\$)
Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – UNIFESP	Regulação Médica	90	Pública	Urgência e Emergência	Urgência e Emergência	10	DIR V	Médicos	42.000,00	46,67
Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – UNIFESP	Urgência e emergência	-	Pública	Urgência e Emergência	Urgência e Emergência	20	DIR V	Médicos	-	-
Universidade de São Paulo – USP – Instituto de Psicologia Social do Trabalho	Seminário de Alinhamento Conceitual Construindo Projetos de Educação Permanente em Saúde	90	Pública	Educação em Saúde	Educação Permanente	25	DIR I	Gestores e técnico da SMS	49.000,00	21,78
Total	Nº de ações = 69	6.948^(*)				11.793^(*)			10.142.535,56^(*)	

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Coordenação Geral de Orçamento e Planejamento e Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (2004-2006).

(*) Totais referem-se apenas aos campos informados pelas respectivas instituições.

5. Considerações Finais

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do projeto de pesquisa “Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde” teve, entre os seus principais objetivos, os seguintes compromissos assumidos:

- Atualizar o conhecimento relativo à composição dos Pólos e sua forma de organização e propor mecanismos que permitam incrementar a eficácia da capacitação por meio de uma organização com maior capilaridade;
- Sugerir estratégias e ações de curto e médio prazo voltadas para o fortalecimento da integração entre formação, educação permanente e capacitação e dos elos entre serviços e instituições de ensino;
- Propor indicadores de acompanhamento e avaliação para a política de educação permanente em saúde.

Com base no trabalho realizado para a consecução dos quatro módulos do projeto e nos resultados obtidos, é possível propor um conjunto de recomendações voltadas ao aprimoramento da Política de Educação Permanente em Saúde para o SUS e das ações conduzidas pelos PEPS de todo o país. São elas:

- Constituir um Grupo de Trabalho para avaliar e aprovar os projetos ainda não liberados. Considerar, na medida do possível: adequação orçamentária; critérios e sistemática de alocação de recursos financeiros; natureza e legitimidade da instituição executora; origem e procedência das demandas;
- Implementar um setor de monitoramento e avaliação das atividades dos Pólos, sediado no órgão central, com interfaces nas Secretarias Estaduais de Saúde e apoiado por um sistema de informações informatizado;
- Simplificar o processo decisório para definição dos projetos a serem submetidos aos organismos financiadores, considerando a introdução de uma “instância de aprovação” entre o Colegiado de Gestão do Pólo e a Secretaria Estadual de Saúde, uma vez que esta última é definida na Portaria 198/04 como a instância de coordenação estadual, quando existir mais de um PEP no Estado;
- Definir um formato consensual para apresentação dos projetos a serem financiados, deixando claros alguns aspectos como, por exemplo:
 - Justificativa e fórum de decisão
 - Instituição responsável pela execução

- Instituições parceiras com respectivas responsabilidades
 - Local (ou locais) de implementação (claramente localizável)
 - Público-alvo claramente definido e localizável (cadastro de alunos)
 - Mecanismos de acompanhamento e monitoramento
 - Relatório de execução financeira
- Desenvolver mecanismos de discussão, estudos e compreensão do conceito de “educação permanente”, bem como mecanismos de discussão, estudos e compreensão da abordagem educacional-pedagógica que responde aos preceitos da educação permanente;
 - Aprofundar o conhecimento quanto ao papel das Instituições de Ensino Superior (IES) particulares na Política de Educação Permanente em Saúde para o SUS;
 - Agilizar o financiamento dos projetos aprovados nas instâncias estaduais, reforçando o poder de aprovação (ou veto) do Gestor Estadual, tal como previsto na Portaria 198/04;
 - Rever a forma de financiamento dos Pólos, incorporando critérios de alocação que considerem a distribuição de recursos humanos em saúde em cada Unidade da Federação, assim como formas de repasse automático e regular de recursos financeiros;
 - Considerar a necessidade de infra-estrutura física mínima (instalações, equipamentos) para o adequado funcionamento dos Pólos;
 - Criação de fóruns decisórios específicos para participação dos gestores municipais;
 - Criação de instrumentos e fluxos para agilizar a formulação, tramitação e aprovação dos projetos;
 - Implementação de projetos de capacitação visando à ampliação quantitativa do público-alvo, de forma mais ágil, descentralizada e com controle de resultados;
 - Implantação de núcleos de avaliação e monitoramento junto às instâncias regionais das Secretarias Estaduais de Saúde – SES;
 - Fortalecimento das capacidades de planejamento municipais no tocante à definição de prioridades para as atividades de capacitação.