

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
BACHARELADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

DANIEL SCHNEIDER MARTINS

**A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: análise
da implementação da política em nível de atenção básica**

Porto Alegre
2018

Daniel Schneider Martins

**A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE:
análise da implementação da política em nível de atenção básica**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
como exigência para obtenção do título de
Bacharel em Políticas Públicas

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luciana Leite Lima

Porto Alegre
2018

Daniel Schneider Martins

**A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: análise
da implementação da política em nível de atenção básica**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
como exigência para obtenção do título de
Bacharel em Políticas Públicas

Porto Alegre, 09 de janeiro de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Profª Dra. Luciana Leite Lima – Departamento de Sociologia – UFRGS
(Orientadora)

Profª Dra. Letícia Maria Schabbach – Departamento de Sociologia – UFRGS

Profª Dra. Cristianne Maria Famer Rocha – Departamento de Saúde Coletiva –
UFRGS

Porto Alegre
2018

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a todos os meus amigos. Acredito fielmente que os momentos divididos com as pessoas que nos querem bem são os momentos mais marcantes da trajetória de nossa vida. Amei cada instante que pude passar na UFRGS, pois lá entrei e encontrei colegas e professores que tenho a satisfação de hoje poder levar como amigos para toda a vida.

Agradeço também aos profissionais que me orientaram durante meus estágios realizados na graduação, em especial: o Brígido e a Helena (no Conselho Municipal de Saúde), e a Suziane (no Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família). A oportunidade de pesquisar e trabalhar ao lado de vocês foi fundamental para meu desenvolvimento acadêmico. Não só pelos conhecimentos repassados, mas também pelo exemplo dado na capacidade de florescer coragem e criatividade para enfrentar as dificuldades existentes.

Acima de tudo, agradeço à minha família e aos amigos mais próximos. Meu irmão, Josué, pela incansável luta contra as desigualdades sociais neste Brasil. Minha irmã, Milca, meu exemplo de dedicação para consecução de nossos sonhos. A Mãe e Pai, Raquel e Vitorino, pessoas guerreiras que me inspiram a superar minhas batalhas acadêmicas por mais desgastantes que elas sejam, tanto por meio de palavras de apoio, quanto pela referência que são por todo o valor que sempre deram (e ainda dão) aos estudos. À minha companheira, Carolinne, pela paciência e boa vontade para aguentar os tempos difíceis que o final de uma graduação nos traz, tendo sempre todo amor e carinho desse mundo para me fortalecer nas horas mais necessárias. Ao meu grande amigo Keilon, irmão de pais diferentes, por estar sempre ao meu lado durante todos esses anos, representando tudo de mais sincero que uma amizade verdadeira pode dar: amor, resiliência e camaradagem. À minha amiga Rafaela, que me conduziu no caminho do dever, orientando-me sobre a beleza de seguir a Deus na construção de um mundo com muito mais amor, paz e felicidade para todos, onde não devemos medir esforços para consolidar tudo que há de mais nobre e correto. Hoje, com orgulho, sustento que minha opção por este caminho profissional que trilho se deu e se fortalece na minha vontade de constituir uma sociedade melhor para aqueles que precisam.

RESUMO

O presente estudo tem como tema a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, em particular o Curso Introdutório para Agentes Comunitários de Saúde desenvolvido pelo Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família de Porto Alegre. O objetivo geral deste estudo é analisar a implementação a nível municipal da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. O objetivo específico é verificar os principais determinantes envolvidos na implementação dessa política – que defende uma metodologia transformadora das práticas em educação em saúde para os trabalhadores do SUS, na qual esses devem exercer um protagonismo em sua formação – no Curso Introdutório para Agentes Comunitários de Saúde do município de Porto Alegre. Para operacionalizar este estudo, foram realizados levantamentos bibliográficos, observação participante e análise de implementação por meio da perspectiva *top-down*. A partir disso, foi possível comparar a realidade das atividades de Educação Permanente em Saúde do município com o previsto nas políticas e na bibliografia sobre o tema, identificando lacunas no desenho da política que inviabilizam o desenvolvimento das potencialidades da Educação Permanente em Saúde conforme sua previsão na teoria. Como principal resultado da pesquisa, aponta-se a necessidade de capacitação dos profissionais responsáveis pela implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, evitando espaço para variadas interpretações que resultam em diferentes modos discricionários de implementação pela ausência de um plano claro e factível do previsto na política.

Palavras-chave: **Implementação. Política Pública. Educação Permanente. SUS.**

ABSTRACT

The present study has as its theme the implementation of Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, in specific the Curso Introdutório para Agentes Comunitários de Saúde developed by the Municipal Institute of Family Health Strategy (IMESF) in Porto Alegre. The general objective is to analyze municipal level implementation of Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. The main objective is to verify the foremost determinants involved in this policy implementation - which advocates a transformative methodology of health education practices for SUS workers, where they must play a leading role in their training - within Curso Introdutório para Agentes Comunitários de Saúde of Porto Alegre. To support this study, were carried out bibliographical surveys, participatory observation and implementation analysis from the top-down perspective. Based on this search, it was possible to compare the reality of municipality Permanent Education in Health (EPS) activities with the predicted in the policies and the bibliography about the subject, identifying gaps in policy design that infeasible the EPS potentialities develop according to stipulated in theory. The research main result was the need for training of professionals responsible for implementing the Política Nacional de Educação Permanente, avoiding the scope for various interpretations that result in different discretionary modes of implementation due to the absence of a clear and feasible plan as provided for in the policy.

Keywords: Implementation. Public Policy. Permanent education in health. SUS.

SUMÁRIO

SUMÁRIO.....	7
1 INTRODUÇÃO	7
2 ANÁLISE DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	10
2.1 Delineamento da abordagem de análise	15
3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO SUS.....	19
3.1 A Política Nacional de Atenção Básica	19
3.2 A Política Nacional de Educação Permanente	23
3.3 As legislações específicas ao Curso Introdutório de Agentes Comunitários de Saúde	27
3.4 Revisão Bibliográfica sobre a Metodologia em Educação Permanente Em Saúde	27
3.5 Parâmetros de análise do Curso Introdutório para Agentes Comunitários de Saúde	37
4 O CURSO INTRODUTÓRIO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE 2017	40
4.1 O Instituto Municipal de Estratégia Saúde da Família	40
4.1.1 O Núcleo de Educação Permanente e Formação em Serviço	43
4.2 A formulação do curso introdutório de Agentes Comunitários de Saúde	46
4.3 A implementação do curso introdutório de Agentes Comunitários de Saúde	50
4.4 A avaliação do curso introdutório de Agentes Comunitários de Saúde	52
4.4.1 Resultados obtidos por meio do instrumento de avaliação	53
5 ANÁLISE DOS PROCESSOS DE FORMULAÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DO CURSO.....	60
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72

1 INTRODUÇÃO

Neste estudo, examina-se o Curso Introdutório para Agentes Comunitários de Saúde de Porto Alegre no ano de 2017, implementado pelo Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF). O foco se encontra na análise da atuação dos gestores municipais na execução do previsto na legislação nacional sobre a Educação Permanente em Saúde (EPS), à luz dos conceitos trazidos pela bibliografia sobre o tema. Sendo assim, estuda-se tal como o previsto na legislação sobre a EPS influencia na atuação do gestor responsável no âmbito municipal, buscando compreender, primeiramente, o processo de escolha dos instrumentos políticos para implementação das decisões governamentais, e também o quanto das decisões governamentais de fato se executa pelos gestores, identificando as normas que estruturam a política pública e suas lacunas.

A realização deste estudo se justifica, para o Campo de Políticas Públicas, pela necessidade de analisar a implementação de políticas públicas na esfera municipal formuladas em instâncias superiores de governo, contribuindo para a pesquisa dos fatores existentes nas relações intersetoriais de governo que afetam diretamente esse processo. Esta pesquisa faz dialogar o conteúdo existente sobre a matéria com a atividade dos gestores no âmbito municipal, em que os recursos financeiros e de capital humano geralmente se distanciam do ideal esperado, verificando o impacto do previsto em legislação nacional no desenvolvimento das atividades dos gestores municipais. Sendo assim, este trabalho possibilita a reflexão sobre o aprimoramento dos processos de implementação, buscando evitar contradições entre o que a política pretende e suas possibilidades reais. Ressalta-se, neste estudo, a necessidade de se incorporar as capacidades destacadas por estudos de implementação, instigando o debate sobre as capacidades e as limitações existentes na formulação, implementação e avaliação de políticas públicas.

A importância de estudo da EPS se justifica, também, pela necessidade de operacionalização do previsto nas legislações sobre o tema para o desenvolvimento do SUS. Tendo em vista a mudança de mentalidade, postura e arranjo institucional prevista nas políticas de saúde brasileiras, destaca-se a

importância de investir em processos de formação e de capacitação de trabalhadores que se articulem de maneira mais propositiva e resolutiva, de acordo com a realidade epidemiológica do país. A escolha do Curso Introdutório para Agentes Comunitários de Saúde para análise se justifica pelo constante na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), salientando que, para que os princípios do SUS e da PNAB sejam seguidos de forma eficiente, o ACS deve ter potencializada sua ação por meio da EPS, considerada uma ferramenta fundamental para transformação das práticas em saúde conforme as necessidades do SUS.

No município de Porto Alegre, o Curso Introdutório para Agentes Comunitários de Saúde é implementado em consonância com a PNAB, com a Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) e com as legislações específicas sobre o curso. Seu objetivo fundamental é potencializar o trabalho desenvolvido pelos ACS nas Unidades de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre pela ampliação dos conhecimentos adquiridos em sua prática diária e alinhamento das ações desenvolvidas nas unidades, com intuito de fortalecer os processos de trabalho das equipes e disponibilizar aos usuários uma assistência à saúde mais resolutiva e qualificada.

Para análise das legislações sobre o curso e do seu ambiente de implementação, é feita, nos capítulos iniciais deste trabalho, uma pesquisa documental, tendo em vista que, os documentos, lidos como a sedimentação das práticas sociais, têm o potencial de informar e estruturar as decisões que as pessoas tomam diariamente e a longo prazo; eles também constituem leituras particulares dos eventos sociais (MAY, 2004). Considera-se essencial analisar a legislação vigente para que possamos estabelecer o desenho institucional no qual a atuação do gestor irá se desenvolver. Para observação do Curso Introdutório de Agentes Comunitários de Saúde, são analisadas: a) a Lei nº 11.350, de 05 de Outubro de 2006, que cita a obrigatoriedade do Curso Introdutório para Agentes Comunitários de Saúde; b) a Portaria nº 243, de 25 de setembro de 2015, que dispõe sobre o Curso Introdutório para o Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias e seus conteúdos; c) a Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, que institui a PNEPS como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências; d) a Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de

2011, que aprova a PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e, entre outros aspectos, orienta em relação a atividade e formação dos Agentes Comunitários de Saúde; e e) a Lei nº 11.062, de 6 de abril de 2011, que autoriza o Executivo Municipal a instituir, conforme determina o IMESF. Após agrupado o constante na legislação em vigor, irá se dispor o conteúdo observado na atuação em campo.

Além da pesquisa documental, foram coletados dados a partir de observação participante, tendo em vista a preocupação de se pressupor que o conhecimento do mundo social vem das análises das experiências e de realização de investigações detalhadas por meio das quais geram-se os entendimentos (MAY, 2004). No que tange a esse método, foi realizado um acompanhamento das atividades do órgão implementador no desenvolvimento do curso Introdutório para Agentes Comunitários de Saúde do município de Porto Alegre do ano de 2017. Foram coletados dados qualitativos e quantitativos referentes a atuação dos gestores municipais durante as atividades de levantamento e pesquisa documental, e apoio às atividades de rotina realizadas durante o Estágio do curso de Políticas Públicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O estágio se desenvolveu no Instituto Municipal de Saúde da Família (IMESF), mais precisamente no Núcleo de Educação permanente da Assessoria Técnica, perfazendo a carga horária de 80h presenciais no local de estágio durante os meses de maio e junho de 2017.

É feita, também, uma pesquisa bibliográfica sobre EPS, identificando onde a teoria sobre o tema pode incrementar no melhoramento das atividades dos gestores municipais, e garantir uma maior efetivação das potencialidades dos atores envolvidos no processo de EPS de ACS no município de Porto Alegre.

Ao fim, no momento de análise dos dados, busca-se comparar a visão apresentada na teoria e na legislação em vigor sobre o tema com a linha de atuação escolhida pelos gestores municipais, percebida no momento da observação participante. Desse modo, espera-se identificar as situações em que haja concordância e aquelas em que haja divergência entre a legislação e a atuação empírica, buscando entender as razões para tal e as oportunidades de melhor aproveitamento de recursos públicos com auxílio da bibliografia sobre o tema.

2 ANÁLISE DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

As políticas públicas se tornaram o principal foco dos debates políticos, tendo em vista seus custos e benefícios sociais, o que tem incentivado o crescimento de dois grandes campos: o da análise de políticas públicas, e o da gestão de políticas públicas (LIMA; D'ASCENZI, 2013). O primeiro campo mencionado é o foco deste trabalho. Para realizar a análise desse estudo, primeiramente se destaca o uso da ferramenta metodológica “ciclo de políticas públicas”: considerando o conceito de política pública como um ciclo, com fases genericamente definidas de formulação, implementação e avaliação (incorporando o monitoramento), faz-se devido destaque à função e às possibilidades de enriquecimento em cada fase do ciclo (SECCHI, 2013).

A utilização da divisão do processo de construção de uma política em fases sequenciais e cíclicas, embora não se concretize como um fato real do processo político, permite analisar esse processo de maneira mais clara, possibilitando comparar a atuação do gestor e aquilo que se espera dessa atuação, e identificar de forma mais concisa as principais atribuições no tocante ao progresso da implementação do previsto nas legislações sobre o tema.

Conforme indicado, o ciclo de uma política pública pode ser dividido em formulação, implementação e avaliação. De acordo com Secchi (2013), a fase de formulação incorpora a fase de identificação do problema, em que se constata quais são as dificuldades existentes entre o que se espera de uma situação social e a própria situação, e qual a possibilidade de solução dessas lacunas existentes. Essa fase do ciclo incorpora também a discussão sobre a formação da agenda: considerados os problemas, define-se quais desses são mais relevantes e quais serão definitivamente remediados e receberão atenção e esforços. Por último, nessa fase, formula-se um plano, que define a arena na qual o processo ocorre, o papel dos principais atores, as ferramentas permitidas de ação e a alocação de recursos, oferecendo uma definição do problema social, juntamente com objetivos, estratégias e alternativas para solução desse problema, delimitando de maneira mais específica o resultado que se espera com todo o esforço a ser despendido (LIMA; D'ASCENZI, 2013).

Colocando em prática todo o plano construído durante o momento de formulação, passamos para a fase de implementação, fundamental para este

trabalho. Conforme Secchi (2013), analisar a fase de implementação possibilita visualizar, por meio de esquemas analíticos, os obstáculos e as falhas que costumam acometer essa etapa, identificando erros anteriores pois, dentro dessa fase, todas as ideias e os planos são transformados em ações ao colocar em contato diversos atores, regras, instrumentos, recursos e ambientes: um grande emaranhado de elementos políticos que precisam ser bem gerenciados para maximizar os resultados a serem obtidos.

Logo após a implementação, é preciso conferir os resultados e a satisfação dos envolvidos para que se possa continuar incrementando os futuros processos de formulação, garantindo uma melhora constante das políticas existentes. Sendo assim, surge a importância da avaliação com intuito de entender os impactos da ação e o nível de redução do problema. De acordo com Rua (2009), muitas vezes, em razão da complexidade, uma política pode simplesmente não chegar a ser, ou ter apenas algumas de suas partes, implementadas. Ou até mesmo ser implementada em discrepância com o que foi previsto. Essa variedade de resultados advém do fato de que a implementação é um processo iterativo de tomada de decisões por diversos grupos envolvidos, os quais apresentam reação efetivas ou potenciais à decisão, conforme a autora. Sendo assim, é fundamental que existam medidas de avaliação, de *feedback* das políticas, para verificar a eficiência das ações realizadas e interrogar sobre o impacto da implementação, para construção de uma memória institucional capaz de subsidiar a formulação de novas políticas.

Consoante salienta Hellmann (2014), a avaliação e o monitoramento devem estar integrados à rotina do gerenciamento trazendo maior garantia de eficácia, uma vez que produz um senso de compromisso e alinhamento da equipe com os resultados esperados. A avaliação e o monitoramento permanente deslocam naturalmente o foco para o cliente da ação e não para a ação em si, propiciando o ajuste das estratégias e consequente correção de rota durante a execução, em prol da produção de melhores resultados no cumprimento de suas obrigações.

Para analisar essa etapa, recomenda-se o uso de indicadores, que devem proporcionar uma visualização mais fácil acerca do estado atual de uma determinada situação. Os indicadores são medidas quantitativas de uma característica observável, capazes de operacionalizar informações de interesse

para a gestão de fenômeno social (CARLEY, 1985). Indicadores são um instrumento útil para todo o ciclo de políticas públicas, seja ao proporcionar um diagnóstico da realidade em que será realizada a intervenção, seja para planejar os objetivos e as metas dos programas pela criação de linhas de base para a customização das atividades. Eles possibilitam, também, identificar os problemas, traçar os objetivos, acompanhar o andamento dos trabalhos e das ações, monitorar os processos e adotar as estratégias necessárias (HELLMANN, 2014).

Os indicadores sistematizam e expressam conteúdos do programa (recursos, metas, resultados, produtos), tornando-os comparáveis em sua evolução temporal. Para a produção desses indicadores destaca-se o papel dos registros administrativos dos órgãos governamentais, o que fomenta a responsividade dos agentes públicos pela sua capacidade de dar transparência de suas ações, cumprindo com sua obrigação de responder e transparecer suas atividades, relacionando dados institucionais com dados contextuais. A elaboração de indicadores faz parte do planejamento de programas e projetos, devendo ser realizada neste momento a fim de que a execução e os resultados das políticas públicas possam ser avaliados desde o início de sua implementação (HELLMANN, 2014).

Ainda conforme Hellmann (2014), os indicadores visam a, sumariamente: a) operacionalizar empiricamente conceitos teórico com intuito de facilitar a avaliação; b) medir tendências sociais e monitorar a realidade social; c) avaliar a eficiência, a eficácia e a efetividade das políticas públicas, bem como a qualidade e o desempenho dos serviços públicos.

Dentro dessas três principais fases da política pública, neste trabalho se dá especial atenção à fase de implementação, tendo em vista a importância de se analisar as nuances existentes na aplicabilidade dos planos teóricos previamente formulados. A análise dessa fase é importante pois, apesar da importância do tema da implementação de políticas públicas, muitos pesquisadores ignoraram ou minimizaram a importância das armadilhas que cercavam esse estágio do ciclo político, partindo do pressuposto que, logo que fosse estabelecida alguma decisão, o braço administrativo do governo conduziria a correta execução (HARGROVE, 1975). Porém, sabe-se hoje que existem outras variáveis que influenciam de forma direta os resultados da

implementação, passando essa fase a ser considerada como um momento da política pública que possui estrutura e dinâmica próprias, exigindo um campo de análise específico para definição dessas variáveis, fundamental às necessidades de desenvolvimento de melhorias no processo político (HOWLETT et al., 2013).

Para fins analíticos, define-se a implementação como conjunto dos eventos e atividades que acontecem após a definição das diretrizes de uma política, que incluem tanto o esforço para administrá-la, como seus substantivos impactos sobre pessoas e eventos: ou seja, a implementação consiste em fazer uma política sair do papel e funcionar efetivamente. Porém, importante destacar que esse processo não acontece automaticamente, pois é preciso considerar a realidade local e suas variáveis que afetam a consecução dos objetivos e os alteram, dificultando o controle do processo, sendo mister entender a relação, mais ou menos interdependente, entre a estrutura normativa da política pública e sua implementação (LIMA; D'ASCENZI 2013).

Tendo como base essa relação entre o plano e a sua execução, importante destacar que nem sempre é desejável que todas as decisões importantes sejam tomadas no processo de formulação, existindo diversas razões para se postergar essas decisões para o momento de formulação, conforme RUA (2009). Por exemplo:

- A) Se considera necessário deixar que decisões fundamentais somente sejam tomadas quando todos os fatos estiverem à disposição dos implementadores;
- B) Existe a crença de que os agentes implementadores estarão em melhores condições do que os atores da formulação para tomar certas decisões;
- C) Há o reconhecimento de que decisões cotidianas envolverão negociações e compromisso com agentes locais.

Essa discricionariedade do agente implementador garante que se construa um processo de interação e de negociação ao longo do tempo entre aqueles que querem pôr uma política para funcionar e aqueles de que esse funcionamento depende. Algo essencial para uma política mais complexa (RUA, 2009).

Por meio do estudo da fase de implementação, torna-se possível identificar limitações e falhas resultantes da formulação, detectando problemas

mal formulados, objetivos mal traçados e otimismo exagerados. Sendo assim, a fase da implementação tem duplo papel: além de sua importância para a aprendizagem de conteúdos inerentes a atividade-fim dos envolvidos, pode ser considerada uma importante experiência socializante de acordo com as relações humanas que se formam durante o processo, pois é no momento da implementação que funções administrativas, como liderança e coordenação de ações, são postas a provas. É nessa etapa que os agentes implementadores tomam conhecimento dos instrumentos de política pública (os meios disponíveis para transformar as intenções em ações), sendo capazes de liderar o processo de implementação pela motivação dos atores envolvidos e pela superação dos obstáculos técnicos e legais presentes, dos conflitos potenciais e das deficiências organizativas, sempre mantendo a cooperação dos destinatários (SECCHI, 2013).

Um importante papel da análise de implementação é identificar as variáveis que afetam a consecução dos objetivos legais no curso do processo. Segundo Rua (2009), as principais variáveis são:

- A) Complexidade do serviço prestado;
- B) Tamanho e homogeneidade do público-alvo;
- C) Existe teoria válida e tecnologia comportamental necessária para solucionar o problema;
- D) Mudança necessária de comportamento é pouca;
- E) Capacidades dos dispositivos legais da política para estruturar favoravelmente o processo de implementação, com clara designação de competências e responsabilidades para os envolvidos;
- F) Legislação estabelece objetivos claros e consistentes, identificando os principais fatores causais que afetam os objetivos da política, maximizando a probabilidade de que os agentes implementadores e o grupo-alvo tenham desempenho desejado tendo em vista compreensão perfeita da política e do que se espera deles;
- G) Responsáveis pela implementação estão habilitados de maneira a garantir eficiência política e gerencial ao processo;
- H) Programa possui apoio popular;
- I) Correta previsão e provisão de recursos e tempo;

- J) Deve haver harmonia entre as instituições envolvidas, sendo clara a especificação das tarefas de cada participante e deve ser reduzida a dependência entre esses entes.

Os conceitos expostos sobre a fase de implementação têm fundamental importância para este trabalho, tendo em vista que a unidade de análise desta pesquisa será essa fase da política pública da PNEPS, dando-se especial atenção ao curso Introdutório para Agentes Comunitários de Saúde do município de Porto Alegre do ano de 2017.

2.1 Delineamento da abordagem de análise

A fim de examinar quais são os fatores essenciais para: a) garantir a maximização dos esforços dos gestores municipais na busca de uma EPS conforme prevista na legislação nacional; e b) assegurar que a implementação da política ocorra de maneira eficaz no município de Porto Alegre, a metodologia utilizada será próxima da de análise *top-down*: considerando a implementação de uma política como consequência, a explicação para sua trajetória está no processo que lhe deu origem (LIMA; D'ASCENZI, 2013). Com isso, o foco direciona-se para o processo de formulação, relativizando a influência dos implementadores. A análise é centrada na estrutura normativa da política pública e suas lacunas, identificando seu impacto na atuação dos implementadores dessa política. Sendo assim, a responsabilidade por uma política cabe aos agentes formuladores do processo político, pois os principais elementos explicativos da execução da política referem-se às características do planejamento, devendo os formuladores assimilarem os principais fatores envolvidos com a eficiência da política para fornecerem ao agente implementador condições para melhor conduzir a implementação (RUA, 2009).

Corroborando essa visão, Sabatier (1986) destaca que a responsabilidade se centra no formulador: as lacunas de implementação que porventura surgirem, permitindo mudanças na política durante a execução, são de responsabilidade dos elaboradores da política, tendo os implementadores uma margem de manobra limitada, pois a discricionariedade do implementador é alvo de controle por parte dos formuladores. Secchi (2013) resume, informando que esse modelo tende a analisar a implementação por um ponto de vista

funcionalista, considerando que as políticas públicas devem ser elaboradas e decididas pela esfera política e que a implementação é mero esforço burocrático para achar um meio melhor para os fins estabelecidos.

De acordo com Rua (2009), o modelo *top-down* estabelece uma rigorosa separação entre formulação e implementação, seja porque envolve atores diferentes, seja porque envolve distintos graus de autoridade e de complexidade: neste modelo, os políticos (tomadores de decisão) formulam e decidem, e comandam os burocratas (administração), que executam as decisões, implementando a política. Para a autora, a variável mais importante é controle sobre a atuação dos atores envolvidos na implementação, certificando-se de que eles saibam efetivamente suas responsabilidades como implementadores.

De acordo com Howlett et al (2013), a abordagem *top-down* começa sua análise com as decisões do governo, examinando o quanto dessas decisões os burocratas “nível de rua” executam e procura encontrar as razões subjacentes à implementação efetivada. Destaca-se, assim, a importância do plano (conjunto de disposições que funcionam como ponto de partida) para este trabalho: mais do que realizar julgamentos valorativos de certo ou errado, verifica-se o resultado obtido na implementação da política em comparação com o previsto em planejamento inicial.

Dessa forma, este estudo busca realizar uma análise em maior conformidade com o modelo *top-down*, pois considera o plano desenhado pelos formuladores da política pública e o seu quadro normativo como os principais fatores de impacto por se tratarem de um conjunto de disposições que funcionam como ponto de partida para todas as ações a serem tomadas, afetando a implementação pelas seguintes definições: da arena na qual ocorre o processo, da relação de causalidade, do papel dos principais atores, da extensão das ferramentas permitidas de ação e da alocação de recursos. Dá-se, então, importância destacada à responsabilidade política e administrativa para desenho claro dos objetivos, bem como para o controle de pessoal, dentro do planejamento de governo. Considerando a relevância desse plano, pretende-se analisar o quanto o processo de implementação se aproximou ou se afastou do que fora previsto, sendo dada a devida consideração aos percalços existentes na execução desse plano, ponderando que ele será absorvido, traduzido e adaptado às possibilidades e aos constrangimentos da realidade de

implementação. Dessa forma, considera-se fatores como disponibilidade e qualidade dos recursos humanos e materiais, estrutura e dinâmica das regras organizacionais, sendo elas formais ou informais, fluxo e disponibilização de informações, que influenciam a forma como se dará a apropriação e a implementação do plano nos espaços locais. Os implementadores adaptarão o que se espera ser feito ao que conseguem fazer. Dá-se então um considerável valor às possibilidades e aos constrangimentos dos recursos, da estrutura e da dinâmica dos espaços conformam a percepção e a ação dos atores locais, apesar da maior influência dos dispositivos legais da política (LIMA; D'ASCENZI, 2013).

Opta-se por uma aproximação ao modelo *top-down* em detrimento de outros modelos de análise. Dentre eles, destaca-se a análise *bottom-up*. Conforme Rua (2009), esse último modelo propõe que a política seja concebida a partir da base, das percepções das demandas e das experiências de resolução dos problemas desenvolvidas pelos atores responsáveis pela implementação. As práticas estabelecidas a partir da base seriam institucionalizadas nos níveis superiores, consolidando-se como política pública. Ela enfatiza os incentivos que induzem os agentes implementadores a aderirem normativa e operacionalmente aos objetivos da política, valorizando os elementos do contexto de ação no qual a política será implementada, sendo a discricionariedade dos atores aceita e vista como necessidade, proporcionando melhor adaptação e adequação da política pública. É inclusive considerado que a partir desta ação que se fomentarão as primeiras investidas para resolução dos problemas. Para O'Brien, K. J. & Li, L. (1999, apud LIMA; D'ASCENZI, 2013), isso ocorre porque os atores da implementação detêm o conhecimento sobre situações locais e, por isso, têm legitimidade para adaptar o plano e as ações a essas particularidades da localidade onde se dará a implementação da política pública.

De acordo com a visão de Lipsky (1980), a eficácia da política pública, conforme o modelo *bottom-up*, decorre do comportamento adaptativo dos "burocratas a nível de rua", que procuram produzir na base os meios necessários para a realização das metas políticas. Para o autor, burocracias de nível de rua são agências nas quais os trabalhadores interagem diretamente com cidadãos no curso de suas tarefas, tendo substancial discricionariedade na execução de seu trabalho. Sendo assim, e de acordo com Secchi (2013), o modelo supõe maior

participação dessa burocracia na formulação do problema e no desenho de soluções no momento da implementação, sendo a política pública algo que se tem o interesse de ser modificável por aqueles que a implementam no dia a dia: o êxito da implementação está em subsidiar os burocratas a nível de rua a reconhecer seus erros e corrigi-los. Partindo desse referencial, a análise se debruça sobre a realidade prática da política, em especial as estratégias tomadas pelos implementadores, examinando com cuidado as ações dos atingidos pela e engajados na implementação da política.

Desse modo, análises que utilizam o modelo *bottom-up* consideram limitada a decisão política na formulação do plano, caracterizando a liberdade do burocrata como uma variável desejável e preponderante, destoando claramente da abordagem *top-down*, em que se busca mapear as atitudes tomadas pelos formuladores com intuito de evitar as reformulações no momento da implementação, tendo em vista que a discricionariedade do implementador é considerada residual frente ao estabelecido no plano pelos formuladores. Resumidamente, enquanto o primeiro modelo centra-se nas características da estrutura normativa, o segundo foca-se nos atores implementadores e em suas ações (LIMA; D'ASCENZI, 2013).

3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO SUS

Reconhecendo a potencialidade dos processos de capacitação para consolidação do SUS no Brasil, propõe-se nesse trabalho o fortalecimento da EPS como artifício fundamental para a recomposição das práticas de formação no setor da saúde, considerando (conforme estipulado nos modelos de análise citados) fundamental a importância de se realizar um estudo criterioso do estipulado sobre a matéria nas legislações em vigor (o que se configura como plano da política) para análise da implementação da política pública.

O curso Introdutório para Agentes Comunitários de Saúde, cuja análise da implementação é o tema central deste trabalho, é previsto de maneira concisa pela Portaria nº 2.527 do Ministério da Saúde, de 19 de outubro de 2006, que define os conteúdos mínimos do curso Introdutório para profissionais da Saúde da Família, e pela Portaria nº 243 do Ministério da Saúde, de 25 de setembro de 2015, que dispõe sobre o curso introdutório para o Agente Comunitário de Saúde. Porém, é importante destacar que as bases políticas, pedagógicas e metodológicas do curso (conforme consta na própria lei que trata sobre o curso introdutório para agentes comunitários de Saúde) estão expostas, de forma mais prolixa e teoricamente embasada, na PNAB (que norteia toda a atuação dos profissionais da atenção básica em saúde), prevista na Portaria nº 2.488 do Ministério da Saúde, de 21 de outubro de 2011, e na PNEPS (que orienta toda a formação em serviço realizada no âmbito do SUS), estipulada inicialmente na Portaria nº 198 do Ministério da Saúde, de 13 de fevereiro de 2004.

3.1 A Política Nacional de Atenção Básica

Este tópico foi elaborado a partir do texto contido na Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011, que aprova a PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Considerando a importância do contexto histórico para a atual realidade da saúde pública no Brasil, pode-se estabelecer que, desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem evoluído

em suas práticas nos níveis organizacionais, construindo novas formas de disposição de seus instrumentos institucionais para enfrentamento das condições patológicas, o que traz importantes mudanças de paradigma na realidade da saúde pública brasileira (CECCIM, 2009). Um dos marcos fundamentais dessa modernização organizacional foi a PNAB (2011), que tem como objetivo elementar a humanização do SUS pelo aprimoramento da Atenção Primária, com intuito de fortalecer a resolutividade e a eficiência das políticas de saúde. A PNAB inova ao determinar que a construção de uma atenção básica de acordo os princípios do SUS se desenvolve por meio do exercício de práticas em saúde democráticas, direcionadas a populações de territórios delimitados, considerando a realidade epidemiológica existente no território em que vivem essas populações como fator determinante para sua condição de saúde.

Para potencializar o desenvolvimento dos serviços de saúde, a PNAB (2011) prevê a indução da transição de modelos de atenção à saúde pela priorização da Estratégia de Saúde da Família (ESF), avançando na construção de uma atenção básica acolhedora e resolutiva de forma efetiva, dialogando com usuários e trabalhadores em busca de uma maior proximidade e agilidade no atendimento, desenvolvendo uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, sempre em conformidade com os princípios do SUS.

A atenção básica, então, deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada no SUS. Para isso, a PNAB destaca que é preciso utilizar de práticas de cuidado complexas, capazes de aproximar o cidadão e de seu território, respeitando suas individualidades e a sua inserção cultural. A responsabilidade sobre o território implica à Equipe de Saúde da Família na indispensabilidade do claro conhecimento sobre ele: é necessário que seja estudada e bem compreendida a realidade da comunidade para garantir uma maior aproximação com a vivência das diversas populações atendidas, sendo capaz de entender suas demandas e sua produção de saúde. Para a PNAB, essa proximidade se constrói com vínculos, que consistem na produção de relações entre usuários e trabalhadores em saúde capazes de potencializar a cidadania, garantindo uma maior pluralidade na gestão articulada do cuidado integral. Portanto, desloca-se o processo de trabalho centrado em

procedimentos profissionais para uma atenção centrada no usuário e sua vida em sociedade (BRASIL, 2011).

Para a PNAB (2011), nesse processo de transformação das práticas do SUS pela aproximação com as especificidades locais, identifica-se a necessidade de uma maior permeabilidade e flexibilidade do serviço público de saúde para garantir ações de maior impacto, capazes de identificar as demandas de saúde da população, por meio da utilização de práticas de cuidado individual e coletivo, com objetivo de ampliar a autonomia dos indivíduos e grupos sociais.

Destaca-se, assim, a função do Agente Comunitário de Saúde (ACS) por ser o profissional cuja atribuição é realizar a ligação entre a Equipe de Saúde da Família e a comunidade local. De acordo com a política, esse elo se estabelece de duas maneiras: primeiramente, pelo trabalho técnico do ACS, por ser ele o profissional da saúde responsável pelo processo de mapeamento epidemiológico da área cuja a Equipe de Saúde da Família assume responsabilidade, analisando as condições de saúde da população pela realização de cadastros de famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado, fomentando um maior conhecimento em saúde da realidade local; segundo, pelo seu trabalho social, realizando ações de saúde junto à população, identificando parceiros e recursos importantes na comunidade, analisando as ações implementadas visando à readequação das práticas de cuidado pela construção de atividades de promoção da saúde. Esse vínculo entre a Equipe de Saúde da Família e a comunidade local potencializa os cuidados em saúde por oferecer serviços mais personalizados, integrando conhecimentos técnicos e humanos para melhor atender os cidadãos (BRASIL, 2011).

Conforme traz a PNAB (2011), de uma forma geral, pode-se resumir que a principal atribuição do ACS é possibilitar a orientação dos trabalhos da Equipe de Saúde da Família tendo como base a realidade epidemiológica, institucional e as necessidades de saúde da população, fortalecendo um acolhimento resolutivo da Equipe de Saúde da Família pelo atendimento das necessidades locais. Dessa forma, pode-se perceber a relação intrínseca entre o trabalho do ACS e os objetivos da PNAB, que busca garantir a efetivação dos princípios da descentralização, da capilaridade, do acolhimento e da localregionalização dos processos.

Sendo assim, entende-se que, para que os princípios do SUS e da PNAB sejam respeitados de maneira eficiente, o ACS deve ter potencializada sua ação, tanto no sentido técnico, relativo ao cuidado terapêutico e seu conhecimento sobre a rede de atenção básica, como no sentido social de sua atuação, regida pela sua compreensão das diversas formas de acolhimento surgidas no desenvolvimento de suas atividades no dia-a-dia. Dessa forma, a política destaca que é preciso buscar constantemente novas formas de instrumentalização desse trabalhador, possibilitando que a produção em saúde seja feita com maior qualidade e capilaridade possível. Surge, então, a necessidade de qualificação a gestão e atenção à saúde por meio da viabilização da EPS. Devendo-se, então, construir um processo de ensino que garanta evolução das equipes nos quesitos de acolhimento e capacidade técnica, exigindo dos trabalhadores maior potencial de análise, intervenção e autonomia (BRASIL, 2011).

De acordo com a PNAB (2011), analisar construtivamente os investimentos em EPS se torna fundamental quando a política destaca que a introdução da mentalidade prevista para os profissionais de saúde não ocorre de forma espontânea: é preciso investir em processos de EPS capazes de fomentar maior competência técnica e científica na especificidade de cada profissão, além de incorporar a capacidade de construir vínculos, fortalecendo a técnica de lidar com problemas do dia-a-dia. Sendo assim, a política salienta que a EPS:

Deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa). Outro pressuposto importante da educação permanente é o planejamento/programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde. (BRASIL, 2011, p.39)

Para concretizar a EPS conforme previsto na PNAB, é fundamental o desenvolvimento de um planejamento educativo ascendente, incorporando a realidade institucional. Esse planejamento deve estar intrinsecamente ligado à

prática concreta dos serviços de saúde. Dessa forma, destaca-se a capacidade dos processos de EPS de incorporarem a realidade institucional.

Por último, a PNAB (2011) também destaca formas de articulação intersetorial a serem desenvolvidas para a construção de processos de EPS:

Reconhecendo o caráter e iniciativa ascendente da educação permanente, é central que cada equipe, cada unidade de saúde e cada município demandem, proponha e desenvolva ações de educação permanente tentando combinar necessidades e possibilidades singulares com ofertas e processos mais gerais de uma política proposta para todas as equipes e para todo o município. É importante sintonizar e mediar as ofertas de educação permanente pré-formatadas (cursos, por exemplo) com o momento e contexto das equipes, para que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade. De modo análogo é importante a articulação e apoio dos governos estaduais e federal aos municípios buscando responder suas necessidades e fortalecer suas iniciativas. A referência é mais de apoio, cooperação, qualificação e oferta de diversas iniciativas para diferentes contextos que a tentativa de regular, formatar e simplificar a diversidade de iniciativas (BRASIL, 2011, p.40)

3.2 A Política Nacional de Educação Permanente

Este tópico foi elaborado a partir do texto contido na Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, que institui a PNEPS como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.

O conceito de educação permanente ganha destaque na área da saúde (permeando diversas outras políticas dessa área de maneira transversal), e se concretiza na PNEPS: a partir do reconhecimento de que a formação em saúde não tem acompanhado o dinamismo das propostas do SUS, e de que ambos vêm operando em lógicas distintas, o Ministério da Saúde propõe a PNEPS como estratégia para formação e do desenvolvimento de trabalhadores da saúde, com intuito de provocar nestes a autoanálise e a autogestão do processo de trabalho para potencialização de suas práticas (FLORES; OLIVEIRA; ZOCHE, 2016).

A consideração dos valores norteadores da criação do SUS, comum nas portarias do Ministério da Saúde, consolida os ideais da reforma sanitária brasileira por meio do fortalecimento da descentralização da gestão, do desenvolvimento de estratégias e processos para alcançar a integralidade da atenção em saúde (em nível individual e coletivo). A EPS se configura, então, como uma estratégia de ordenamento da formação em recursos humanos com

intuito de incrementar a capacidade política e tecnológica do SUS pela capacitação de trabalhadores para sua atividade diária (BRASIL, 2004).

Para consideração da realidade diária do trabalhador, a PNEPS (2004) destaca a importância das diversas formas de experiência que as práticas de saúde propõem: cada trajetória de cada trabalhador é considerada única e produz reflexões singulares para as necessidades de saúde dos usuários da política de saúde. Sendo assim, a política exige que se deve identificar as demandas de formação latentes às equipes de saúde, e articular a criação de uma formação específica a cada núcleo de trabalhadores, gerando um impacto positivo sobre a saúde local a formação de trabalhadores sujeitos do processo de educação pela construção de processos educacionais de ensino de caráter horizontal. Tendo em vista a necessidade de se construir um processo de EPS com base na realidade epidemiológica de cada localidade, enfatiza-se o caráter autônomo que deve ser conferido à EPS, sem a necessidade de controlar as atividades por meio da criação de uma padronização de processos de maneira verticalizada.

Em conformidade com a consolidação dos princípios do SUS em âmbitos diversos, a PNEPS também traz o caráter dualístico dos processos EPS: além de incentivar pesquisas sobre as áreas finais da atuação de cada trabalhador, buscando um auto aperfeiçoamento focado em especialização individual, a EPS também renova as abordagens sobre a gestão dos processos de trabalho, ressignificando as práticas coletivas, ou seja, temos destacada a função da EPS como “estratégia de gestão” referenciada na PNAB. Sendo assim, a política salienta que a definição de uma iniciativa de formação e desenvolvimento para o SUS deve considerar o conceito de EPS e sua aptidão para articular de maneira eficiente as demandas dos serviços de saúde. Nesse aspecto, a PNEPS destaca que a EPS dos trabalhadores se confunde com o desenvolvimento de novas práticas para o trabalho, pois a EPS realiza a agregação do aprendizado, fundamentando-se na reflexão crítica do trabalho para uma maior resolutividade clínica (BRASIL, 2004)

Para a PNEPS (2004), essas novas práticas de atenção em saúde se baseiam a partir da aprendizagem no trabalho, onde o ensinar se incorpora ao cotidiano dos trabalhadores, orientando-se pela aprendizagem significativa que transforma as práticas. Essa aprendizagem leva em consideração os

conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm, retomando a necessidade de que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho (dos problemas encontrados na realidade), incentivando para que os processos de educação sejam pautados pelas necessidades de saúde de cada território.

De acordo com a PNEPS (2004), a ideia de atuação em rede fomenta articulações orientadas pela necessidade de formação dos trabalhadores, procurando estimular a transformação das práticas de saúde e educação na saúde no conjunto do SUS, garantindo que o foco do desenvolvimento pessoal esteja sempre alinhado com a resolutividade dos problemas de saúde nos territórios, negligenciando práticas que prezem em excesso pelos conceitos acadêmicos, o que impediria a integralidade no cuidado em saúde por incentivar um processo de ensino descontextualizado. A atuação em rede deve se articular de maneira propositiva, oferecendo um diálogo constante capaz de viabilizar apoio mútuo centrado nos princípios do SUS e nas necessidades locais. Assim, garante-se investimentos em saúde focados na promoção da saúde de maneira eficiente e resolutiva pelo desenvolvimento de novas ações e novos investimentos para a evolução do SUS. Essa atuação em rede deve ser permanente, transformando toda rede de gestão e de serviços em ambientes-escola fomentando o desenvolvimento institucional pelo diálogo com as estruturas de trabalho existentes, de forma horizontal, conforme traz a PNEPS (2004):

Nessa relação entre ensino e sistema de saúde, sai a arquitetura do organograma para entrar a dinâmica da roda. A noção de gestão colegiada, como nas rodas dos jogos infantis, coloca a todos como participantes de uma operação conjunta em que todos usufruem o protagonismo e a produção coletiva (BRASIL, 2004, p. 09).

Em seu trecho final, a PNEPS (2004) expõe eixos de ação capazes de operacionalizar os conceitos expostos acima. Trata-se da importância da promoção de diferentes tipos de atividades de EPS para os trabalhadores da rede de serviços, contemplando as diretrizes para atuação integral na área da atenção básica, em especial à Saúde da Família, utilizando de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que tomem o trabalho como eixo estruturante das atividades, inclusive nos cursos de qualificação profissional para Agentes

Comunitários de Saúde. Exige-se, nesse quesito, compromisso com o desenvolvimento dos trabalhadores e com as especificidades locais, o que demanda formações em saúde capazes de mapear o território de maneira a promover uma educação personalizada em saúde.

A concepção de EPS deve, de acordo com a política, estar intrinsecamente ligada com a inovação, promovendo diferentes tipos de atividades de formação em rede dos trabalhadores, desenvolvendo suas capacidades pedagógicas para garantir constante melhora das práticas de capacitação. Nesse quesito, destaca-se na política a previsão para o uso da tecnologia de Ensino a distância (EAD), que surge na matéria como uma ferramenta indispensável para promover a transparência e o controle social das ações, facilitando a descentralização das práticas e a troca de informações entre as instituições envolvidas no processo: a inovação precisa ser replicada e multiplicada com instrumentos de fácil acesso, sendo o ensino a distância uma possível tecnologia pedagógica capaz de organizar de maneira criativa as demandas e difusão de conhecimento no âmbito do SUS. A PNEPS ressalta que a tecnologia de EAD também reduz custos logísticos, facilitando a implementação com maior teor de permeabilidade e padrão de reprodutividade, associando-se com a mudança nos padrões comportamentais e hábitos de consumo de pessoas dos mais variados perfis, estimulando a aquisição de novas competências e habilidades. As práticas que se utilizam dos recursos de tecnologia mais informatizadas funcionam como catalizadoras, idealizadoras e multiplicadoras de conhecimento, em que pessoas que não tem condições de acessar informações em ambientes físicos conseguem de maneira simples, rápida e dinâmica consumirem conteúdos cada vez mais eficientes (BRASIL, 2004).

No que tange a avaliação e monitoramento das ações de EPS, a PNEPS destaca a necessidade de comprometer-se com o registro das práticas implementadas e suas características, estabelecendo o compromisso de analisar de maneira crítica o trabalho realizado, sendo capaz não só de avaliar, mas apresentar e organizar os dados existentes, permitindo ampla visibilidade sobre os processos formativos desenvolvidos e sua influência sobre as práticas de atenção e educação em saúde. A avaliação e o monitoramento são fundamentais para a EPS, tendo em vista a necessidade de se ter um conhecimento robusto sobre os trabalhadores e a realidade do território para que

se construa uma proposta condizente com as necessidades locais de maneira transparente, facilitando a gestão colegiada e contemplando a multiplicidade dos atores envolvidos no processo para o compartilhamento de experiências (BRASIL, 2004).

3.3 As legislações específicas ao Curso Introdutório de Agentes Comunitários de Saúde

Identificando a necessidade de especificar as orientações contidas na PNEPS e na PNAB para a implementação da EPS, o Ministério da Saúde aprovou a Portaria nº 2.527, de 19 de outubro de 2006, que define os conteúdos mínimos do curso Introdutório para profissionais da Saúde da Família, e a Portaria nº 243 do Ministério da Saúde, de 25 de setembro de 2015, que dispõe sobre o curso introdutório para o Agente Comunitário de Saúde, cuja análise da realização é o tema central deste trabalho.

De maneira concisa e com uma redação relativamente curta, tais portarias consideram tanto o previsto na PNEPS, quanto o previsto na PNAB, destacando que a modalidade de ensino do curso deve ser voltada para desempenho das atividades técnicas de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes, políticas e programas do SUS e suas políticas. Além de estipular os componentes curriculares técnicos básicos do curso, as portarias preveem que a habilitação do ACS deve: capacitar ao conhecimento das normas e instrumentos essenciais à sua atuação cotidiana na prevenção e controle de doenças e na promoção da saúde; e propiciar a capacidade de vínculo com as equipes de saúde da família e com a comunidade, sensibilizando aos aspectos socioculturais do local em que atue, sendo necessária a agregação de conhecimentos quanto às especificidades locorregionais. As portarias determinam, ainda, que o processo de capacitação dos profissionais da Saúde da Família deve iniciar-se concomitantemente aos trabalhos das equipes.

3.4 Revisão Bibliográfica sobre a Metodologia em Educação Permanente Em Saúde

Voltando a atenção para a teoria sobre a matéria, identifica-se, em conformidade com o posto na legislação sobre o tema, a EPS como uma ação organizada na direção de uma política de formação que prioriza o cotidiano do trabalho em saúde, e que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades, possibilitando construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano (CECCIM, 2005), fugindo do que Campos, Barros e Castro (2004) chamam de “o perigo de circular indefinidamente na busca pela pureza de conceitos”: deve-se trabalhar para deslocar o olhar e a escuta dos profissionais de saúde para as suas práticas de cuidado à população, priorizando uma educação que garanta o reconhecimento e o respeito à diversidade existente em cada realidade de trabalho nos diferentes territórios.

No que tange a formulação de atividades de EPS, Ceccim et al (2010) aprofundam a necessidade trazida pelas legislações sobre o tema de tratar sobre a realidade institucional do SUS, ressaltando a importância dos processos de EPS quando consideramos, além das mudanças institucionais no âmbito da saúde pública ocorridas ao longo da história, as dificuldades da realidade do SUS e da atenção básica atualmente no que tange: a rapidez com que o conhecimento tecnológico se renova na área; a baixa disponibilidade de profissionais; a crescente especialização dos saberes; e o predomínio da formação hospitalar, centrada nos aspectos biológicos e tecnológicos da assistência. A complexidade fica ainda maior, de acordo com os autores, com a distribuição de profissionais e de serviços segundo o princípio da acessibilidade, fazendo-se necessário o encontro dos saberes tradicionais das culturas.

Ceccim (2002) retoma, neste aspecto, que a descentralização da capacidade pedagógica na rede de saúde e a interseção entre instituições de ensino e sistema de saúde era uma das metas históricas da Reforma Sanitária brasileira, materializada no texto da lei do SUS, inclusive no texto constitucional, em que consta a determinação do ordenamento da formação de profissionais de saúde como tarefa Ministério da Saúde, apresentando para a sociedade uma política que pretendeu transformar cada unidade de saúde em ambiente de aprendizagem. Isso porque a proposta do SUS precisa de uma maneira diferente de ser aprendida na prática, no cotidiano, captando a complexidade intrínseca da produção brasileira na saúde, o que somente será possível quando a

mentalidade política puder reverter os modelos conservadores de gestão que imperam nos espaços de cuidado e gestão em saúde (CECCIM at al, 2005).

Corroborando com o previsto na política, Ceccim (2009) considera que, para consolidação do SUS, demandam-se ambiciosas iniciativas de transformação da formação de trabalhadores, sendo crucial o desenvolvimento de recursos tecnológicos de operação do trabalho perfilados pela noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de reconstruir cotidianos como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional. Segundo o autor, a qualidade do trabalho em saúde precisa ser solidificada pela constituição de equipes multiprofissionais, com lógicas apoiadoras de trabalhos coletivos, orientadas pela sempre maior resolutividade dos problemas de saúde das populações locais. Ou seja, para além da possibilidade de expansão do capital humano e financeiro do SUS, Ceccim (2010) destaca que é preciso investir em um processo de formação de trabalhadores para instrumentalizar os recursos humanos existentes com habilidades e conhecimento técnicos e institucionais suficientes para a construção de um SUS mais humano e resolutivo.

Para o autor, esse processo de formação, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde oficiais. Porém, conforme consta nas orientações sobre EPS nas legislações em vigor, o autor destaca que não é suficiente a mera reprodução de conteúdo de forma descomprometida com a realidade epidemiológica, pois essas práticas tradicionais de educação desmotivam a participação social interessada geradora de significados para os envolvidos, tendo em vista que incentiva um processo de ensino-aprendizagem de intensa hierarquização, em que regras e doutrinas constroem as individualidades para uma reprodução fiel e descontextualizada de conhecimentos considerados como absolutos e prioritários, impossibilitando o diálogo com as necessidades, interesses e desejos dos participantes.

Sendo assim, Ceccim e Ferla (2009) destacam que a metodologia de educar para o trabalho em saúde deveria deixar de ser a transferência de recursos cognitivos e tecnológicos às gerações profissionais para então tornar-se a formação de um quadro de responsáveis pelo setor da saúde na execução de um projeto de sociedade em que a saúde se relaciona amplamente com a qualidade de vida e trabalho. Para os autores, a EPS deve, então, fomentar o desenvolvimento de profissionais detentores de habilidades, conhecimentos e valores capazes de fazer funcionar um sistema de saúde permeável às demandas em saúde de todas as pessoas, estando a qualidade de vida na antecedência de qualquer padrão técnico a ser aprendido ou exercido, pois a atenção integral à saúde não corresponde ao acesso às tecnologias biocientíficas. A formação dos profissionais da área da saúde ainda é orientada por uma concepção pedagógica que estabelece o centro das aprendizagens no hospital universitário, hierarquiza os adocimentos em critérios biocientíficos e dissocia clínica e política (CECCIM & FERLA, 2009).

Para tanto, conforme se afirma a partir dos documentos propositivos da política, não basta apenas transmitir novos conhecimentos para os profissionais, pois o acúmulo de saberes técnicos é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas e não o seu foco central. A formação e o desenvolvimento dos trabalhadores também teriam de envolver os aspectos pessoais, os valores e as ideias que cada profissional tem sobre o SUS e os projetos de sociedade implicados nas lutas por saúde (MEHRY et al., 2006).

Para isso, Ceccim e Ferla (2009) salientam a necessidade, então, que os educadores abandonem a segurança do modelo pedagógico conservador atual e assumam posturas criativas de construção do conhecimento, tendo como referência as necessidades dos usuários, que são extremamente dinâmicas, social e historicamente construídas, considerando a aprendizagem uma atividade da educação problematizadora, que trata do movimento tensionador entre o saber anterior e a experiência presente, inventor de novidade, estabelecendo dispositivos também dinâmicos e extremamente flexíveis para escutar, retraduzir e trabalhar as necessidades impostas pelo trabalho. Conforme trata Campos, Barros e Castro (2004), um maior protagonismo para a realidade empírica do trabalho na produção em saúde junto às populações não significa abrir mão de nossos conhecimentos técnico, clínico e epidemiológico,

mas sim, abandonar o aprisionamento da vida em mecanismos disciplinares e higienistas de saúde.

Ceccim et al (2009) aprofundam o conceito de postura criativa, citado tanto na teoria quanto nas políticas sobre o tema, no âmbito da gestão das atividades de EPS, trazendo como inovação a desconstrução da noção de que as administrações e os especialistas sempre sabem o que é certo e bom para todos, buscando uma maior aceitação de que o círculo de grupos com permissão de participar do processo decisório não pode continuar fechado em razão de considerações internas aos especialistas, mas ao contrário, deve estar aberto de acordo com os padrões sociais de importância, fortalecendo o entendimento de que as decisões não tomadas não precisariam apenas ser “vendidas” ou implementadas externamente.

Fortalecendo a decisão compactuada, a EPS se caracteriza, para Ceccim e Ferla (2009), como processo de formação, acionador de movimentos de estranhamento, capaz de desdobrar novas práticas. O desenvolvimento de uma escuta pedagógica no ambiente de trabalho da saúde buscaria captar e potencializar os movimentos de interação e construção coletiva, introduziria dispositivos de troca para agenciar as forças que povoam os mundos interpessoais, tendo em vista a invenção de novos territórios ao ser profissional na saúde. A EPS requer que seus atores se sintam convocados à criação, à abertura e ao coletivo, pois o investimento pedagógico é para poder quebrar o que está dado, ampliar as noções de autonomia do outro e constituir espaços criativos e sensíveis na produção da saúde (CECCIM & FERLA, 2009). Para Campos, Barros e Castro (2004) quando falamos de autonomia, não nos referimos a um processo de escolhas unicamente individuais, a um exercício de vontade puro e simples, posto que todo o tempo estamos imersos numa rede de saberes e poderes que constroem e destroem opções, que abrem e fecham caminhos, que libertam e constroem escolhas, devendo-se analisar a autonomia como uma ferramenta de valorização da individualidade crítica frente a essa rede: a autonomia implica necessariamente a construção de maiores capacidades de análise e de responsabilização pelo cuidado consigo, com os outros, com o ambiente; enfim, com a vida. Para tanto, uma PNEPS construirá processos de mais efetivos à medida que desenvolva ações quanto aos modos de vida que apostem na capacidade de auto-regulação dos sujeitos sem que isso

signifique a retirada das responsabilidades do Estado quanto às condições de vida e, ao mesmo tempo, opere na formulação de legislações que dificultem a exposição às situações de risco, reduzindo a vulnerabilidade da população.

Sendo assim, a qualificação das equipes, os conteúdos dos cursos e as metodologias de ensino a serem utilizadas na proposta da EPS, deveriam, conforme os documentos da política, ser determinados a partir da observação dos problemas que ocorrem no dia a dia do trabalho e que precisam ser solucionados para que os serviços prestados ganhem qualidade, os usuários fiquem satisfeitos com a atenção prestada e o sistema ganhe em implementação prática de seus princípios (MEHRY et al., 2006). Dessa forma, torna-se mister identificar problemas, discuti-los, problematizá-los, gerando compromissos mútuos (intersectoriais e interinstitucionais) e construir alternativas de enfrentamento de acordo com cada realidade locorregional (CECCIM, 2005).

Ceccim e Ferla (2009) também apontam caminhos para a construção de processos de educação permanente mais efetivos, destacando a produção de um procedimento cada vez mais coletivo e desafiador das realidades. O primeiro passo é aceitar que as realidades não são dadas. Assim como as informações, as realidades são produzidas por nós mesmos, por nossa sensibilidade diante dos dados e por nossa operação com os dados de que dispomos ou de que vamos em busca. O segundo passo é organizar espaços inclusivos de debate e problematização das realidades, isto é, cotejar informações, cruzá-las, usá-las em interrogação umas às outras e não segregar e excluir a priori ou ensimesmar-se em territórios estreitos e inertes. O terceiro passo é organizar redes de intercâmbio para que informações nos cheguem e sejam transferidas, ou seja, estabelecer interface, intercessão e democracia forte.

Importante também citar a produção de Davini (2009) sobre o tema, ressaltando que a capacitação surge como uma importante estratégia para enfrentar os problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde. Para a autora, grande parte dos esforços para alcançar a renovação da aprendizagem ocorre por meio da capacitação, isto é, de ações intencionais e planejadas que têm como missão fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas, configurando-se como uma ferramenta fundamental de mudança e fortalecimento institucional. A autora ainda destaca que o crescimento da capacitação, nas duas últimas décadas, parece ser mais um crescimento em

extensão. Por algum motivo, a capacitação segue empregando os mesmos conceitos e tecnologias há vinte anos, sem novas dinâmicas e conteúdos condizentes com os novos procedimentos organizacionais estipulados nas novas políticas em saúde. Segundo a autora, a escassa discussão dentro das organizações sobre a efetividade da capacitação e suas possíveis estratégias de melhora é um elemento que, embora de difícil explicação, não deveria estar ausente nesta apresentação sobre os antigos (e ainda atuais) problemas: a lógica de formação dos trabalhadores não pode ser administrada pelo espectro tradicional de educação, que objetiva apenas prescrever habilidades aos trabalhadores do setor para que as ações e os serviços sejam implementados com a qualidade desejada.

Na análise da PNEPS, Ceccim et al (2009) observam que ela dá um passo além ao propor que as formulações produzidas considerem desenvolver condições de aprendizagem em instituições em movimento, qualificando-a para responder à inadequação dos paradigmas tradicionais no enfrentamento dos problemas contemporâneos da sociedade, destacando a necessidade de o Estado possibilitar novas abordagens para agir em ambientes marcados pela incerteza e pela inovação tecnológica. Para transpor esses desafios, é preciso que os governos consigam desenvolver novas capacidades de resolver os problemas que se apresentam. Sob essa perspectiva, a política possibilitaria também aprender a lidar com a administração pública, cuja gestão estatal é geralmente fragmentada, reducionista e produtora de programas de saúde que muitas vezes não contemplam a realidade e a cultura local.

Ceccim et al (2009) reconhece que a tradição de políticas públicas de formação e desenvolvimento implementados na história dos sistemas de saúde é a do treinamento em serviço e dos pacotes programáticos. Os autores destacam que a história brasileira e mesmo a do SUS está farta delas, reconhecendo a inadequação da formação profissional em saúde, em todos os níveis, às necessidades do SUS no desafio de responder às demandas da população e de desenvolvimento dos seus princípios e diretrizes. Para os autores essa inadequação se dá pela ineficácia das atividades educativas convencionais, que operam sobre a lógica de fratura (em lugar da interseção) entre ensino e trabalho, cada qual correndo por vias paralelas, em acusação recíproca, naturalizando uma distinção entre mundo do ensino e mundo do

trabalho como se pertencessem a sociedades dicotômicas, cuja única interação possível é clientelista: um lado que demanda e um lado que oferta a educação em saúde.

Para Feuerwerker (2003), a necessidade de fortalecimento da EPS se revigora na incapacidade de se promover a saúde das pessoas na medida requerida pelas circunstâncias históricas: tendo em vista a transição epidemiológica, o desafio da equidade e a necessidade de contenção de custos, há necessidade de reorientação da atenção, ampliando a promoção e articulando-a com as ações de cura e reabilitação, buscando a utilização mais racional da tecnologia e dos diferentes equipamentos de saúde. A autora aprofunda seu estudo nas competências comportamentais desejáveis para os profissionais de saúde para desenvolvimento da promoção à saúde, destacando a necessidade de trabalhadores críticos, capazes de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de levar em conta a realidade social para prestar atenção humana e de qualidade.

Além disso, Feuerwerker (2003) destaca que os profissionais devem desenvolver competências no campo da tomada de decisões que lhes permitam desenvolver trabalho visando à eficácia e ao custo-efetividade da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas, conseguindo avaliar e sistematizar a conduta mais apropriada. No campo de relacionamento interpessoal, a autora destaca que os profissionais de Saúde devem ser acessíveis e receptivos na interação com os pacientes e a comunidade, mantendo a confidencialidade das informações, além de habilidades para comunicação verbal, não verbal, escrita e leitura, assim como devem prezar pelo trabalho em equipe multiprofissional, compromisso, responsabilidade, empatia, habilidades para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz. Atributos fundamentais a serem trabalhados no SUS, em que a formação é compreendida como um processo contínuo, sendo o espaço do trabalho valorizado como lócus privilegiado de aprendizado e, conseqüentemente, de formação (FLORES; OLIVEIRA; ZOCHE, 2016).

Sendo assim, para equipar os recursos humanos existentes com habilidades e conhecimento técnicos e institucionais suficientes para a construção de um SUS mais humano e resolutivo, Davini (2009) salienta que é

preciso assegurar à área da formação, então, não mais um lugar secundário ou de retaguarda, mas um lugar central, finalístico, às políticas de saúde, retirando os trabalhadores da condição de “recursos” para o estatuto de atores sociais das reformas, do trabalho, das lutas pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde.

Na pesquisa empírica de Flores, Oliveira e Zocche (2016), momento em que se realizou um estudo qualitativo do Programa de Educação Permanente em Enfermagem no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em 2010, à luz dos pressupostos da PNEPS, os resultados mostraram que a participação no programa resultou em abertura para diversas mudanças no processo de trabalho e na modelagem de ensino-aprendizagem desenvolvidos no hospital, ampliando conceitos e espaços de formação com ênfase no aprendizado coletivo e no trabalho sobre ele, o que causa impacto no cuidado de enfermagem.

A necessidade de adesão a um novo projeto de formação em serviço com base no referencial da EPS demandou dos educadores responsáveis o desenvolvimento de habilidades para um trabalho mais dinâmico e participativo com suas equipes de trabalho, com ênfase na abertura para escuta, o compartilhamento dos saberes, a divisão do poder instituído e a possibilidade de coautorias no processo formativo – os elementos constituintes da PNEPS. (FLORES; OLIVEIRA; ZOCHE, 2016).

Para as autoras, no momento de migração de uma proposta conservadora para uma prática baseada nos ideais da PNEPS, os educadores responsáveis pelas atividades têm demonstrado certo despreparo para atuar em uma perspectiva diferente do mundo tradicional de educar no e para o trabalho. Os principais desafios encontrados foram: adaptar os conhecimentos técnicos para a realidade cotidiana do trabalho; definir necessidades e planejar de forma participativa as ações educativas a serem implementadas; substituir o modelo unilateral de transmissão de conhecimentos por metodologias inclusivas; reconhecer o caráter dialógico da educação, buscando identificar seu papel como facilitador, e não transmissor, do conhecimento.

Flores, Oliveira e Zocche (2016) consideram como um fator importante a formação existente no ensino superior brasileiro, que tem a tendência à divisão de saberes educativos e assistências, transmitindo uma concepção de cuidado como algo fragmentado e desarticulado: faz-se necessário investir na integração

entre educação e saúde para contextualização das práticas. As autoras apontam que a graduação não preparou suficientemente os facilitadores para assumir o diálogo necessário entre cuidar e educar, havendo um distanciamento entre esses profissionais às atuais políticas de formação em saúde. Como reconhecem outros autores, no campo, mesmo tendo havido modificação importantes acompanhadas de uma reflexão crítica sobre as tendências conservadoras de ensino, ainda se mantém fortemente o predomínio dessa lógica na maioria das instituições (COLOMÉ, 2007; BRUM, 2009; DAVINI, 2009). A EPS, como política de formação na qual se associam trabalho e ensino, interroga esses fazeres construídos socialmente e estimula a aprendizagem de si, dos entornos e dos papéis profissionais, estimulando novos contornos para a formação em saúde (CECCIM; FERLA, 2009).

No entanto, a análise das autoras revelou que, mesmo que os educadores tenham sido formados em uma perspectiva conservadora, torna-se possível fomentar outras formas de educar no seu espaço de trabalho, pois a experiência do programa viabilizou abertura institucional para novos modos de saber e novos modos de fazer, imprimindo uma nova modelagem mais afeta às necessidades do atual contexto de educação e saúde. Para Flores, Oliveira e Zocche (2016), pode-se concluir que a existência de um programa de EPS propicia a construção de coletivos fortalecidos, pois forja aprendizagens significativas e amplia a possibilidade de implementação de mudanças almejadas nas ações de educação.

A análise de Flores, Oliveira e Zocche (2016) sugere que uma revisão mais ampla das práticas que vinham pautando a atuação profissional no Hospital de Clínicas foi estimulada, em grande parte, pelo desconforto gerado pelo “dar-se conta” de que os saberes que possuíam eram insuficientes para dialogar com as necessidades da formação em saúde. Para as autoras, a detecção e o contato com os desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho são elementos indispensáveis para a mudança de uma pessoa ou uma organização, incluindo a compreensão de que a formação deve ser permanente e que a construção do conhecimento se faz no encontro, na interdisciplinaridade e na contextualização do aprendido e do vivido.

Em relação a avaliação e monitoramento das atividades de EPS, Ceccim et al (2009) acrescenta que, em geral, as avaliações feitas vêm sistematicamente

sendo relegadas em suas informações sobre o comportamento pedagógico das formações realizadas, reduzindo-se às somas quantitativas e aos produtos “alunos formados/atores beneficiados”. Os efeitos políticos das formações não são matéria de análise, mas sim, seus produtos, o que é discutível diante da avaliação de políticas públicas, em que os efeitos de articulação, coalizão, engajamento, expressão de interesses e democratização das decisões é fator de distinção e efetividade.

3.5 Parâmetros de análise do Curso Introdutório para Agentes Comunitários de Saúde

Para análise das atividades desenvolvidas para realização do Curso Introdutório para Agente Comunitário de Saúde no município de Porto Alegre do ano de 2017, estipula-se neste item os parâmetros de análise. Os parâmetros de análise têm origem na Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011, que aprova a PNAB, e a Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, que institui a PNEPS. Os parâmetros buscam avaliar, conforme informado no capítulo de instrumentos de análise, quanto do processo de implementação se aproximou ou se afastou do que fora previsto, dando-se a devida consideração aos percalços existentes na execução do plano, ponderando que ele será absorvido, traduzido e adaptado às possibilidades e aos constrangimentos da realidade de implementação.

A) Considerando o constante na teoria sobre implementação *top-down* de políticas públicas, é preciso que a legislação nacional garanta que a EPS seja desenvolvida a nível local em conformidade com o previsto. Para isso, tendo em vista a complexidade da política a ser implementada, é necessário que o agente implementador consiga assimilar a teoria contida na política, possibilitando que ela seja implementada conforme seu plano.

B) Importantes decisões devem postergadas para o momento da implementação, para que se construa um processo de interação e de negociação ao longo do tempo com os destinatários da política.

C) Em relação à formulação do curso, especial atenção se dá para a identificação do problema, à formação da agenda e do plano de trabalho. Na fase de identificação das demandas dos ACS, é preciso realizar um intenso

mapeamento do território onde a atividade será desenvolvida, tendo em vista a necessidade de fazer dialogar a atividade planejada com a realidade epidemiológica vivida pelos ACS, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa e resolutive).

D) Além da necessidade do planejamento partir da própria realidade comunitária, é imprescindível a participação dos diversos agentes envolvidos no processo de formação de agenda para que se possa construir um conhecimento socialmente relevante pela programação educativa ascendente, com estratégias contextualizadas, garantindo, também, o protagonismo dos ACS na construção de um projeto de ensino horizontal.

E) Para garantir a gestão horizontal, deve ser feito um processo de atuação em rede, incorporando a realidade institucional existente e a exposição de novos conhecimentos em saúde. Conforme preconiza a PNAB, essa diversificação deve ter como foco a significação do conhecimento dentro da situação de saúde de cada território por meio da combinação das necessidades e das possibilidades singulares com ofertas e processos mais gerais das políticas existentes. A política também destaca que a articulação deve ocorrer com o apoio dos governos estaduais e federal aos municípios, buscando responder às suas necessidades e fortalecer suas iniciativas.

F) A pactuação e negociação permanente entre os serviços do SUS, acadêmicos e movimentos sociais oferece um diálogo constante capaz de viabilizar apoio mútuo que, sem hierarquias, deve ser centrado nos princípios e nas diretrizes do SUS, por meio do fortalecimento da descentralização da gestão.

G) Na elaboração do plano de ensino, é preciso seguir a previsão rígida de conteúdos nas portarias específicas que tratam sobre conteúdo do curso.

H) No momento de implementação, é preciso que o educador crie espaços de cooperação, incorporando a capacidade de exercer e mediar o trabalho em equipe, fazendo com que o educando transcenda do egocentrismo para a socialização cooperativa por meio de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, construídas com base no trabalho como eixo estruturante, entendendo as demandas e os diversos discursos populares e ressignificando os à luz de uma teoria de visão mais ampliada e mais rica de significados.

I) Essas metodologias devem, de acordo com a política, estar intrinsecamente ligada com a inovação, promovendo diferentes tipos de atividades de formação em rede dos trabalhadores, e desenvolvendo suas capacidades pedagógicas para melhoramento das práticas de capacitação. Em especial, estipula-se na PNEPS a utilização de tecnologia de EAD.

J) É necessário realizar a avaliação da ação estatal. A PNEPS destaca a necessidade de comprometer-se com o registro das práticas implementadas e suas características, estabelecendo o compromisso de analisar de forma crítica o trabalho realizado para que se construa uma próxima proposta condizente com as necessidades locais de maneira transparente, facilitando a gestão colegiada e o compartilhamento de experiências para possibilitar o acesso aos saberes e práticas. Em um contexto de EPS, é importante que estes mecanismos de avaliação sejam formulados junto com o ACS, para que: primeiramente, o protagonismo frente gestão do processo de construção da atividade de EPS seja exercitado; e, também, para que a avaliação esteja integrada à rotina do gerenciamento, trazendo maior garantia de eficácia, uma vez que produz um senso de compromisso da equipe com os resultados esperados.

K) Conforme a teoria sobre avaliação e monitoramento de políticas, é interessante que indicadores sejam elaborados para sistematizar e expressar os conteúdos do programa (recursos, metas, resultados, produtos), tornando-os comparáveis em sua evolução temporal.

4 O CURSO INTRODUTÓRIO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE 2017

O Curso Introdutório para Agentes Comunitários de Saúde de Porto Alegre é uma importante ferramenta para garantir a maximização dos princípios previstos como eixos norteadores da atenção básica na PNAB, por meio do reconhecimento da importância da EPS. O redirecionamento do modelo de atenção para ESF, de acordo com a PNAB, impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo dos trabalhadores uma maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas de fato transformadoras, da gestão de mudanças e o estreitamento dos elos entre a concepção e a execução dos trabalhos, princípios básicos da EPS. Dessa forma, investimentos na EPS garantem eficiência na alocação de recursos e uma maior capacidade resolutive dos serviços de saúde pela organização e orientação da atuação a partir de lógicas mais centradas no usuário.

Sendo assim, é fundamental oferecer cursos de capacitação aos ACS com atividades de EPS para que possam ter acesso a conhecimentos técnicos atualizados e em consonância com a realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população. Tendo em vista a importância do processo de EPS dos trabalhadores do SUS, e a relevância dos serviços executados pelo ACS para o desenvolvimento da atenção básica em saúde, este trabalho analisa a implementação do Curso Introdutório para Agentes Comunitários de Saúde no município de Porto Alegre no ano de 2017. Seguindo as orientações previstas nas portarias abordadas neste estudo, o IMESF realizou no ano de 2017 o Curso Introdutório para Agente Comunitário de Saúde no município de Porto Alegre. Essa responsabilidade recai sobre o Instituto tendo em vista ser o responsável pela administração dos recursos humanos no âmbito da Estratégia de Saúde da Família de Porto Alegre, onde são alocados os ACS do município.

4.1 O Instituto Municipal de Estratégia Saúde da Família

Em consonância com o princípio de descentralização do SUS, previsto na Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/1990, e com intuito de favorecer uma maior permeabilidade e efetividade dos diversos serviços de atenção básica, o Ministério da Saúde tem envidado esforços para redirecionar as ações em saúde de modo a garantir maior racionalidade na utilização dos recursos disponíveis em todos níveis assistenciais. De acordo com esse objetivo, e conforme diretrizes da PNAB, a atenção básica ou atenção primária à saúde (ambos considerados termos equivalentes) deve ser o contato preferencial dos usuários, desenvolvida com alto grau de descentralização e como a principal porta de entrada do SUS. Para desenvolver esse aspecto, foi criado pelo Ministério de Saúde no ano de 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), hoje conhecido como Estratégia Saúde da Família: modelo de atenção à saúde e produção do cuidado que busca a qualificação da atenção básica ao favorecer uma reorientação do processo de trabalho para ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. A estratégia trabalha com território definido e população adstrita, com foco na família, estabelecendo vínculos por meio de uma equipe multiprofissionais que atuarão com ações que visem à promoção, à recuperação e à reabilitação da saúde, à prevenção de doenças e agravos frequentes e à manutenção da saúde da comunidade. Essa equipe deverá ser composta por, no mínimo, um médico da família, um enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Em Porto Alegre, a responsabilidade, a partir do ano de 2011, da operacionalização dos recursos humanos envolvidos com a ESF foi cedida ao IMESF.

Conforme Lei municipal nº 11.062, de 06 de Abril de 2011, que autoriza o município a instituir o IMESF na cidade de Porto Alegre, e o decreto nº 17.131, de 01 julho de 2011, que aprova seu estatuto, a missão do instituto é a implantação e a qualificação das Equipes de Saúde da Família, a fim de ampliar o acesso da população aos serviços de atenção básica da cidade e consolidar a ESF no município, desenvolvendo as atividades do instituto de forma a atender a população com cobertura integral e de forma comprometida com as questões da Atenção Primária em Saúde previstas nas legislações vigentes sobre o tema. O IMESF tem a finalidade de, no âmbito da atenção primária do SUS, operar especificamente a rede integrada e articulada da ESF, sob a forma de promoção,

prevenção e proteção da saúde coletiva e individual, e deve, também, desenvolver atividades de ensino e pesquisa científica e tecnológica que favoreçam a melhoria e o aperfeiçoamento dessa estratégia.

Ainda de acordo com a legislação municipal que autoriza sua instituição, o IMESF é uma Fundação Estatal de Direito Privado, de prazo de duração indeterminado, sendo uma entidade jurídica sem fins lucrativos, com atuação exclusiva no âmbito de recursos humanos para ESF de Porto Alegre do SUS, de interesse coletivo e de natureza pública, pois tem como finalidade desempenhar atividades voltadas para o interesse público e de caráter essencial, com seu funcionamento custeado por recursos do município. O instituto é vinculado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), e por essa deverá ser supervisionado, conforme as disposições legais, administrativas e estatutárias, sendo presidido pelo titular da secretaria. O órgão tem autonomia gerencial, patrimonial, orçamentária e financeira, inclusive para firmar contratos de gestão e convênios com o poder público, cabendo à SMS fixar as diretrizes, as políticas, as ações e os serviços de saúde pública e definir o conteúdo, o alcance e a forma de acompanhamento dos contratos de serviços e convênios que regerão a sua prestação pelo IMESF.

Conforme o próprio Manual do Trabalhador do IMESF, de 2016, as atividades do IMESF tiveram início em novembro de 2011 com a nomeação de sua Diretoria Executiva. Assim que se organizou a estrutura organizacional – constituída pela Diretoria Executiva, Conselho Curador e Conselho Fiscal –, a primeira atividade foi a de contratação de Agentes Comunitários de Saúde, por meio da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006.

De acordo com o secretário municipal de Saúde, entre os anos de 2010 e 2015, Carlos Henrique Casartelli, o objetivo da implementação do IMESF é manter o atendimento de saúde da família sob controle estatal, o que evita tanto a terceirização quanto a privatização desses serviços, permitindo o estabelecimento de metas de desempenho dos serviços prestados, assegurando a qualidade das atividades de saúde da família quanto o cumprimento dos princípios da administração pública.

De um ponto de vista institucional, pode-se destacar que o IMESF se consolida com uma forma de gestão moderna e mais desburocratizada, alocando recursos físicos, financeiros e humanos de maneira ágil e focalizada.

Apesar da vinculação à SMS, e a finalidade estritamente pública, o IMESF utiliza de seu regime jurídico de direito privado para se instrumentalizar como uma modalidade de gestão mais dinâmica, centrada na alocação de recursos humanos eficientes nas unidades de ESF de Porto Alegre: com uma maior liberdade burocrática (não precisando realizar orçamento anual, por exemplo), o Instituto opera de maneira mais eficiente, reduzindo custos de pessoal por, entre outras medidas, dois aspectos importantes: a realização contratação regida pela Consolidação das Leis do Trabalho, o que possibilita uma grande desoneração da previdência municipal pela não obrigatoriedade de pagamento encargos trabalhistas altos como dos funcionários estatutários; e a inexistência de plano de carreira, o que estabiliza a remuneração dos trabalhadores a longo prazo.

Destaca-se ainda que, em um contexto de avanço das políticas neoliberais de não intervenção estatal e de precarização do serviço público, muito visto nos dias atuais, é importante valorizar iniciativas como a criação do IMESF, pelas quais se busca a criação de uma empresa pública capaz de alinhar a liberdade econômica dos entes privados com o controle social e a impessoalidade, evitando-se a privatização da saúde no âmbito municipal de Porto Alegre: em resumo, o IMESF é uma nova solução para um antigo problema – desburocratização para maior eficiência em saúde, observando menor redução possível do controle estatal.

4.1.1 O Núcleo de Educação Permanente e Formação em Serviço

Conforme o decreto nº 17.131, de 1º de julho de 2011, o IMESF tem em sua estrutura organizacional dois órgãos de controle (Conselho Curador e Conselho Fiscal) e sua Diretoria Executiva, responsável pela gestão técnica, patrimonial, financeira, administrativa e operacional. Nessa diretoria, o setor de Assessoria Técnica tem como finalidade subsidiar a tomada de decisão, assistindo, executando e apoiando as ações da Direção do IMESF, sendo responsável por orientar, fiscalizar e coordenar a aplicação dos recursos na execução dos projetos e programas na sua área de atuação, além de elaborar e revisar o planejamento estratégico do instituto, assim como auxiliar, opinar, monitorar e avaliar (quando solicitado) a execução das atividades administrativas relacionadas à gestão interna da Fundação. Compete à Diretoria Executiva,

também: a elaboração de relatórios gerenciais institucionais, pareceres técnicos, respostas para órgãos externos de fiscalização, participação nos fóruns relacionados à sua competência e demais atividades fins.

Além disso, conforme *site* institucional, a Assessoria propõe desenvolver e aperfeiçoar as tecnologias e ferramentas de gestão, qualificar os processos de trabalhos e contribuir no desenvolvimento de articulações intersetoriais propositivas e efetivas entre os diversos atores institucionais da SMS e da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, coordenando projetos definidos como estratégicos pela instituição, em conjunto com a Coordenação da Atenção Básica. A assessoria acompanha e avalia a execução das ações e das atividades pactuadas, indicando à Direção, sempre que julgar conveniente, medidas a serem tomadas, dentro de sua área de competência, como elaboração de propostas, contratos ou convênios referentes à realização de pesquisas, treinamentos e prestação de serviços.

Para uma melhor implementação e consolidação dos objetivos do IMESF junto aos profissionais de saúde, e para que seja garantida a maximização das potencialidades e capacidades previstas na PNAB no que tange a ESF, torna-se necessária a busca por conhecimentos e instrumentos que favoreçam o desempenho das atribuições dos trabalhadores do SUS, gerenciando as experiências e demandas dos profissionais de saúde de forma propositiva com o estabelecimento de uma política de educação permanente qualificada. Para isso, é fundamental a existência de processos formativos que contribuam para a transformação de práticas de saúde centradas na agenda de gestão das políticas de saúde, buscando uma maior permeabilidade da burocracia estatal junto as demandas e necessidades dos profissionais do SUS, facilitando e qualificando o controle social e a democracia.

Em resposta a essa finalidade, foi criado, dentro da Assessoria Técnica da Diretoria Executiva, o Núcleo de Educação Permanente e Formação em Serviço, responsável, no âmbito da SMS de Porto Alegre, pela formação continuada dos trabalhadores SUS no que tange a ESF, identificando as principais demandas de formação/qualificação profissional. Ao núcleo também compete: acompanhamento e integração de programas de estágios supervisionados e residências multiprofissionais na área da saúde; estimular e apoiar a articulação do ensino, pesquisa em serviço; contribuir com o

monitoramento, acompanhamento e avaliação das ações e estratégias de educação permanente implementadas, em consonância com as diretrizes da SMS e do Ministério da Saúde.

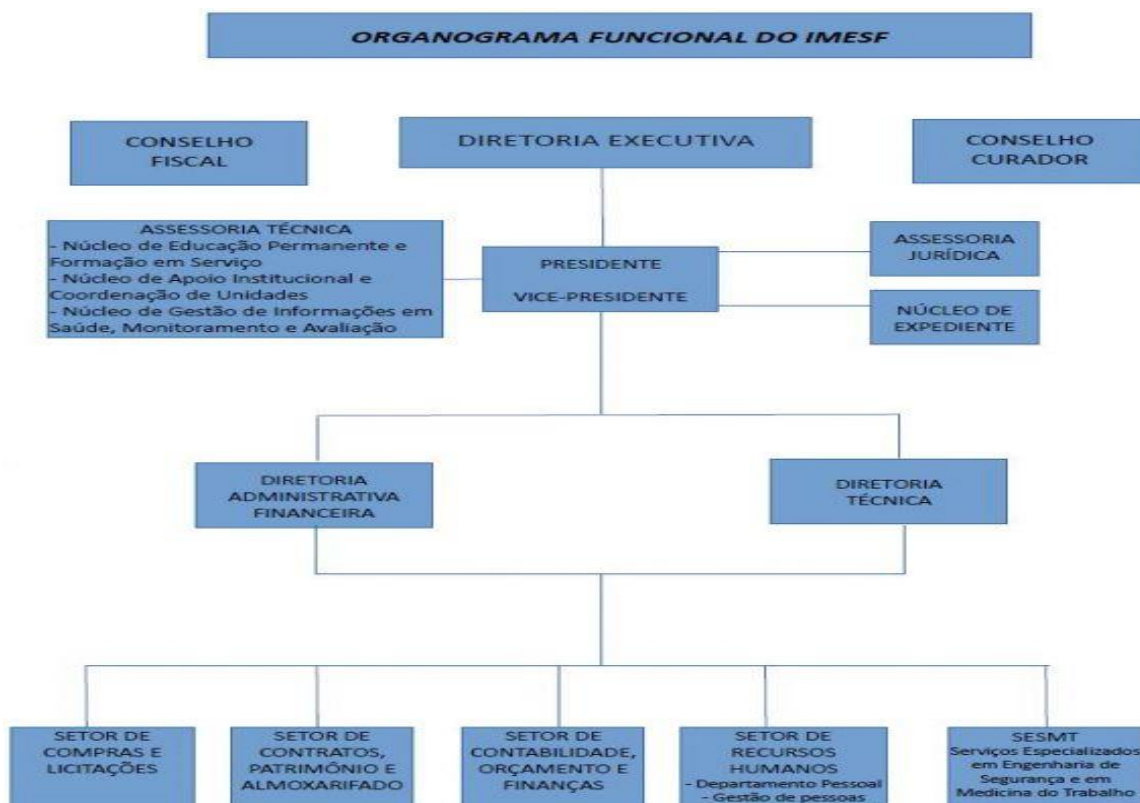


Figura 1: Organograma Funcional do IMESF

Fonte: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/imesf/default.php?p_secao=153

Conforme informações de seu *site* institucional, é essencial essa atuação propositiva do núcleo para socializar informações ao conjunto de profissionais de saúde, na medida em que o SUS é complexo: condições estabelecidas para a sua organização e seu funcionamento alteram-se sistematicamente e há necessidade de manter atualizadas estas informações. A atuação dos profissionais de saúde está diretamente ligada à ampliação de seus conhecimentos e à compreensão e resolutividade de suas demandas.

A consolidação do Núcleo de Educação Permanente e Formação em Serviço ocorre no município de Porto Alegre desde fevereiro de 2015, e vem potencializando a prática de atuação do IMESF ao garantir um maior aperfeiçoamento técnico e social mobilizado pela defesa do SUS. O núcleo atua de maneira esporádica por meio de capacitações junto aos trabalhadores da

saúde em Porto Alegre, momento em que os assuntos abordados visam a proporcionar informações e conhecimentos a respeito do SUS, contemplando tanto todos os seus aspectos legais (legislação, estrutura, funcionamento, financiamento, mecanismos de gestão e de controle social, políticas estratégicas, etc), como questões técnicas referentes às responsabilidades e às capacidades de cada profissional, instrumentalizando os trabalhadores com acesso e compreensão das informações relacionadas à área da saúde de modo integral.

4.2 A formulação do curso introdutório de Agentes Comunitários de Saúde

No âmbito interno do IMESF, a construção do curso introdutório aos ACS no ano de 2017 foi responsabilidade do Núcleo de Educação Permanente da Assessoria Técnica. Nesse ano, o núcleo era composto de uma Assessora Técnica, que é enfermeira, e de uma auxiliar administrativa, contando com apoio de funcionários do setor de recursos humanos para algumas questões operacionais. Conforme manual redigido pelo instituto como roteiro do curso, o ACS tem papel fundamental nas ações desenvolvidas na Atenção Primária em Saúde (APS), pois é esse profissional que atua como elo entre a equipe de saúde e a comunidade. O manual destaca que o contato com a realidade do território costuma impor dificuldades ao trabalho dos ACS, demandando ações de educação permanente junto a esses profissionais com a finalidade de resolução dessas dificuldades. De acordo com essa finalidade, o IMESF, com apoio da Coordenação Geral de Atenção Primária à Saúde (CGAPS) da SMS de Porto Alegre, e em parceria com as oito Gerências Distritais (que compõe a Rede de Atenção à Saúde de Porto Alegre), organizou o Curso Introdutório para Agentes Comunitários de Saúde. Conforme seu manual instrutivo, esse curso pretendeu ampliar os conhecimentos adquiridos na prática diária do ACS e alinhar as ações desenvolvidas na atenção básica, fortalecendo os processos de trabalho das equipes e disponibilizando aos usuários uma assistência à saúde mais resolutiva e qualificada.

Primeiramente, em relação ao modo de designação dos trabalhadores que realizarão o curso, considera-se o definido pela Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006, estipulando-se que esse deverá ser realizado por todos os ACS

que atuam nas Unidades de atenção básica de Porto Alegre, independentemente da data de ingresso no cargo ou de já terem realizado algum curso de formação anterior.

No que diz respeito ao tempo de duração, a carga horária total do curso foi de 56 horas, distribuídas em aproximadamente três meses de curso. Essa carga horária foi desenvolvida em duas etapas simultâneas, sendo uma etapa a distância (com 40 horas-aula) e outra etapa presencial (com quatro encontros de quatro horas cada).

Para as orientações relativas à etapa a distância, foi produzido pelo Núcleo de Educação Permanente um manual denominado “tutorial para etapa de ensino a distância na plataforma AVASUS”. A etapa à distância previu a realização do Curso Introdutório para Agente Comunitário de Saúde disponibilizado pelo Ministério da Saúde na Plataforma AVASUS (ambiente virtual de aprendizagem do SUS) em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte. O AVASUS é um espaço virtual de aprendizagem desenvolvido para qualificar a formação, a gestão e a assistência no SUS, promovendo conhecimento integrado e acessível em educação para a saúde. Todos os ACS inscritos no Curso dispuseram de quatro horas semanais para realização dessa etapa do curso. O acesso à Plataforma AVASUS foi realizado na própria Unidade de Saúde, em horário de trabalho, em turno combinado com o supervisor do ACS em seu posto de saúde, de forma a não comprometer o funcionamento da Unidade de Saúde e nem os horários de folga dos ACS. Conforme mencionado anteriormente, a carga horária prevista para a etapa à distância é de 40 horas, devendo ser concluída obrigatoriamente em até 11 semanas. Esse curso disponibilizado pela Plataforma AVASUS foi escolhido pela Assessora Técnica do IMESF pela sua capacidade de expor o conteúdo previsto em lei de maneira simples e objetiva, perfazendo as 40 horas mínimas e componentes curriculares técnicos básicos exigidos na legislação que o ampara.

No que tange aos encontros presenciais, destaca-se o objetivo previsto no manual introdutório de aproximar a teoria, apresentada na etapa a distância, com a prática vivenciada nas Unidades de Saúde. Esses encontros pretendem ser um espaço de troca de experiências e de discussão dos processos de trabalho pelo qual o ACS poderá debater sobre as dificuldades encontradas para desenvolver o seu trabalho. A participação dos ACS em todos os encontros

presenciais foi obrigatória. Foram quatro encontros presenciais, realizados nas próprias Gerências Distritais, com exceção da Aula Inaugural (primeiro encontro).

Em relação à avaliação de cada ACS, foram previstas avaliações qualitativas na etapa a distância: ao final de cada unidade foi disponibilizada uma atividade para testar os conhecimentos adquiridos pelo educando na plataforma *online*, sem necessidade de obtenção de uma determinada nota. Já na etapa presencial, a avaliação se deu por aplicação de prova objetiva no último encontro. A nota mínima para aprovação na prova objetiva foi 6,0 (prova com nota máxima 10,0), tendo possibilidade de realizar prova de recuperação caso não fosse atingido o grau mínimo.

Para garantir que os ACS consigam acompanhar de maneira adequada o curso, foram disponibilizados diversos meios de suporte, tanto para etapa à distância quanto para os encontros presenciais, que estavam sob responsabilidade das gerências. Durante o andamento do Curso, o ACS pôde utilizar ferramentas que foram desenvolvidas com o objetivo de facilitar a realização das atividades, entre elas: um Manual de Apoio ao Curso Introdutório para Agente Comunitário de Saúde; *e-mail* institucional do IMESF específico para suporte a este curso; e contato com o setor de recursos humanos.

A condução dos encontros presenciais foi, no primeiro encontro, de responsabilidade do IMESF e, nos demais encontros, de responsabilidade de cada uma das oito Gerências Distritais nas quais estão vinculados as Unidades de Saúde onde os ACS estão alocados, possibilitando a descentralização das atividades ao repassar, com as devidas orientações, a incumbência para as gerências de um encontro formativo dentro de seus espaços próprios para seus próprios membros.

Para dar o suporte e as orientações necessárias para a condução das atividades em cada gerência nos três encontros presenciais, o IMESF realizou um curso de formação de multiplicadores para o curso introdutório para ACS. O curso teve como objetivo a formação metodológica de profissionais em saúde para que possam atuar como Multiplicadores no curso de introdutório para ACS. Por função multiplicadora, entende-se a implicação dos trabalhadores em um processo de EPS, desempenhando papéis de construtores e de transmissores de conhecimentos. Esse curso foi direcionado para a capacitação de

profissionais das Gerências Distritais que participam da supervisão e acompanhamento dos ACS: profissionais de nível superior indicados pela gerência que atuam como referência nos processos de EPS dos territórios locais.

Conforme o manual instrutivo que dispõe sobre esse curso, a metodologia adotada para formação para multiplicadores teve o desafio de superar as concepções tradicionais de educação e constituir uma cultura crítica. Para isso, oportunizou-se aos multiplicadores uma oficina de capacitação pedagógica que possibilita uma análise crítica sobre o processo de educação, promovendo a problematização. A metodologia da problematização está centrada na reflexão do cotidiano e estimula um processo de desconstrução e de busca de novos e diferentes saberes que compõem e possibilitam uma nova construção das práticas de trabalho. Com essa proposta, buscou-se desenvolver habilidades de observação, análise, cooperação entre os membros do grupo e superação de conflitos, além de possibilitar o desenvolvimento de tecnologias culturalmente compatíveis.

De acordo com seu manual específico, esse curso de multiplicadores tem como eixo norteador um ensino de adultos, baseado em concepções de comunicação, respeito e ética, em que o facilitador e os demais participantes sabem da existência das diferentes funções, porém não consideram existir superioridade de conhecimentos, tendo-se a ideia de respeito ao saber do outro, de uma construção conjunta do conhecimento a partir e sobre a realidade de cada sujeito, utilizando-se de estudos de caso (aproximação com a realidade territorial) e das normas técnicas vigentes (aproximação com o contexto burocrático na cidade de Porto Alegre) para expor e debater sobre a realidade em saúde no município.

A carga horária do curso de multiplicadores é de 12 horas, sendo realizado em uma única edição de três turnos para todos os multiplicadores encaminhados pelas oito gerências distritais de Porto Alegre. A definição dos temas principais, da metodologia utilizada e das questões de logística referente à atividade foi de responsabilidade majoritária da Assessora Técnica do Núcleo de Educação Permanente do IMESF, tendo como auxiliares duas funcionárias da CGAPS.

Apesar da incumbência do desenvolvimento do curso encontrar-se sobre responsabilidade quase que exclusiva do Núcleo de Educação Permanente, todas as atividades de formulação foram amplamente informadas com

antecedência às gerências distritais, à direção do IMESF e aos funcionários da CGAPS. A medida com que os documentos do curso iam sendo elaborados (cronogramas, calendários, roteiros, manuais, etc), foram divulgados de maneira a proporcionar o acompanhamento da elaboração das atividades, possibilitando que fossem feitas críticas ou fossem retiradas dúvidas em tempo hábil para uma possível reformulação dos documentos.

4.3 A implementação do curso introdutório de Agentes Comunitários de Saúde

O primeiro encontro presencial ocorreu no Auditório do Prédio dois da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre nos dias 12 e 13 de junho de 2017, em quatro turnos: para cada turno, duas gerências distritais de Porto Alegre. Tendo em vista a limitação da capacidade de lugares disponíveis no auditório, foi preciso realizar um controle rígido sobre a inscrição dos ACS e a devida alocação dos agentes no espaço disponível, demandando um contato estreito com as gerências distritais para reduzir possíveis pendências sobre o assunto.

A responsabilidade da montagem do local, *coffee-break* e programação ficou a encargo do Núcleo de Educação Permanente da Assessoria Técnica, recebendo auxílio de pessoal do setor de recursos humanos. Para a CGAPS, coube a tarefa de organizar a apresentação sobre a Rede de atenção à Saúde (RAS) de Porto Alegre, não somando esforços para as demais atividades técnicas e logísticas do evento.

Todas as turmas assistiram à mesma apresentação: primeiramente, fez-se a recepção, com mesa de abertura e fala do Secretário Municipal de Saúde. Em seguida, solicitou-se o preenchimento de um “pré-teste”: um questionário de avaliação de conhecimentos composto por 10 questões objetivas sobre assuntos ligados à atuação dos ACS: saúde da mulher, do idoso, da criança e do adolescente, etc. O objetivo do questionário foi verificar o nível de conhecimento dos ACS sobre temas relativos a sua rotina de trabalho, auxiliando no planejamento referente à abordagem a ser dada aos temas previamente escolhidos, e para a avaliação da efetividade do curso, tendo em vista que seria fornecido teste semelhante ao final das atividades.

Ainda no primeiro encontro, foi disponibilizado um debate sobre a RAS de Porto Alegre, conduzido pelo Coordenador Geral da Atenção Primária em Saúde, fornecendo um espaço para retirada de dúvidas, sugestões e problematizações sobre a situação da atenção básica do município, garantindo abertura para que eles exponham suas necessidades e inquietações: foram abordados pelos ACS assuntos como plano de carreira, acúmulo de funções, falta de médicos nas unidades de saúde, etc.

Após a apresentação da RAS, oportunizou-se um espaço para apresentação da Proposta do Curso e pactuações, sendo um momento crucial para sugestões e retirada de dúvidas. O Plano do curso foi apresentado com diversos pontos em aberto para que os ACS fossem dando opiniões sobre possíveis formatações do curso quanto ao seu conteúdo (mas não em relação a sua estrutura organizacional ou seu calendário), prezando pela participação e questionamento de todos.

Também foi apresentado um tutorial sobre plataforma *online* AVASUS para realização da etapa EAD do Curso Introdutório, demonstrando em *slides* para todas as turmas os detalhes referentes à inscrição de cada ACS na plataforma e as principais ferramentas disponíveis. Apesar de a apresentação ter demonstrado todas as peculiaridades da utilização do sistema e ter sido dada a abertura para retirada de dúvidas, observou-se a dificuldade no quesito de navegação da plataforma, tendo em vista que alguns não possuíam entendimento dos recursos de tecnologia da informação suficientes para garantir domínio dos conhecimentos de informática necessários para utilização da plataforma.

Após a apresentação do tutorial, organizou-se um momento de vídeo-debate sobre a realidade do SUS atual, buscando entender as articulações e as capacidades para analisar as possibilidades de crescimento existentes, sempre considerando os direitos e deveres estipulados em sua criação. O objetivo do debate foi entender como podemos equacionar dificuldades e necessidades para promover saúde de qualidade considerando, também, a realidade institucional e financeira do Brasil, debatendo sobre a continuação da construção de um SUS cada vez mais democrático, resolutivo e eficiente.

Como última atividade do primeiro encontro, foi solicitado o preenchimento de uma pesquisa de satisfação para avaliação da qualidade das

práticas do IMESF no encontro inaugural, indagando sobre nove quesitos considerados relevantes pela Assessora Técnica: interesse despertado com o assuntos abordados; inteligibilidade da realização da etapa EAD e dos encontros presenciais; contribuição dos conhecimentos tratados; metodologia utilizada; atuação dos facilitadores do encontro; recursos utilizados para garantir o conforto dos ACS; e metodologia utilizada. Além disso, a pesquisa incluía uma questão indagando aos ACS sobre o quanto se consideram aptos para utilização da plataforma AVASUS tendo em vista suas habilidades no uso de computador e *Internet* para realizar a etapa à distância deste curso.

4.4 A avaliação do curso introdutório de Agentes Comunitários de Saúde

Em consonância com o citado no item 4.2 e 4.3, a avaliação sobre a implementação do Curso Introdutório para Agentes Comunitários de Saúde se iniciou com a disponibilização, durante a aula inaugural, de duas ferramentas auxiliares distribuídas a todos os Agentes Comunitários de Saúde. Além dessas ferramentas, para monitoramento dos dados de acompanhamento e avaliação, desenvolveu-se uma planilha de acompanhamento de desempenho ao longo do curso.

A primeira ferramenta foi o preenchimento da pesquisa de satisfação para avaliação da qualidade das práticas do IMESF em relação à aula inaugural. Apesar de não ser identificada, a pesquisa fornecia espaços para preenchimento do perfil de cada ACS, possibilitando relacionar, posteriormente, as respostas com os dados sociais dos agentes.

A segunda ferramenta foi o preenchimento do questionário nominal para nivelamento de conhecimentos: o objetivo foi verificar o nível de conhecimento dos ACS sobre temas relativos a sua rotina de trabalho possibilitando: a) analisar as possíveis necessidades de conhecimento dos agentes, propiciando o mapeamento dos conteúdos a serem abordados ou não durante este curso; b) a partir da comparação de resultados feita após a aplicação de uma segunda prova ao final do curso (confrontando as notas antes e depois do curso), verificar qual o impacto produzido nos níveis de entendimento teórico em saúde de cada agente. Tal ferramenta se propôs a apurar a eficácia dos métodos de ensino-aprendizagem utilizados por meio de uma avaliação de impacto com método

não-experimental, sem estabelecimento de grupo controle. Porém, tendo em vista o fato de que as notas obtidas no teste foram relativamente altas, e o excesso de carga de trabalho para a Assessora Técnica responsável pelo curso, não foi realizada uma segunda prova para medir o impacto do curso.

Destaca-se, também, a planilha de acompanhamento das atividades de cada ACS, de forma nominal e detalhada. Na planilha, foram lançadas informações sobre a participação do ACS nos encontros presenciais, a frequência de seu acesso ao portal de EAD e suas notas nas avaliações presenciais.

4.4.1 Resultados obtidos por meio do instrumento de avaliação

Em relação à primeira ferramenta de avaliação, o questionário de satisfação individual em relação à aula inaugural, obtiveram-se os seguintes resultados.

Quando questionados sobre se os assuntos abordados despertarem interesse, observa-se na figura 2 que 91% concordaram com a pertinência.

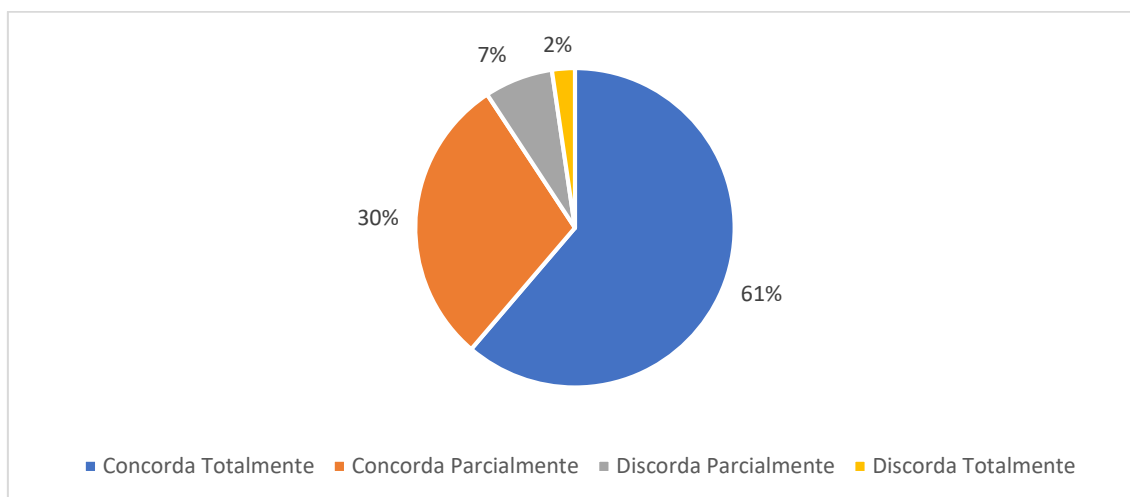


Figura 2: Interesse em relação aos assuntos abordados (n=309).

Em relação a inteligibilidade da fase de EAD do curso, que é prática obrigatória para aprovação, além de metodologia recomendada pela PNEPS, é possível observar uma porcentagem de 54% de instruídos que consideraram claras as informações dadas para essa etapa. Aqui se vê uma grande lacuna entre metodologia e capacidades: percebemos que um grande contingente do

público-alvo indicou carência de compreensão sobre esta etapa. Isso sugere que o método deve ser reavaliado à luz das características dos usuários, conforme orientações da política.

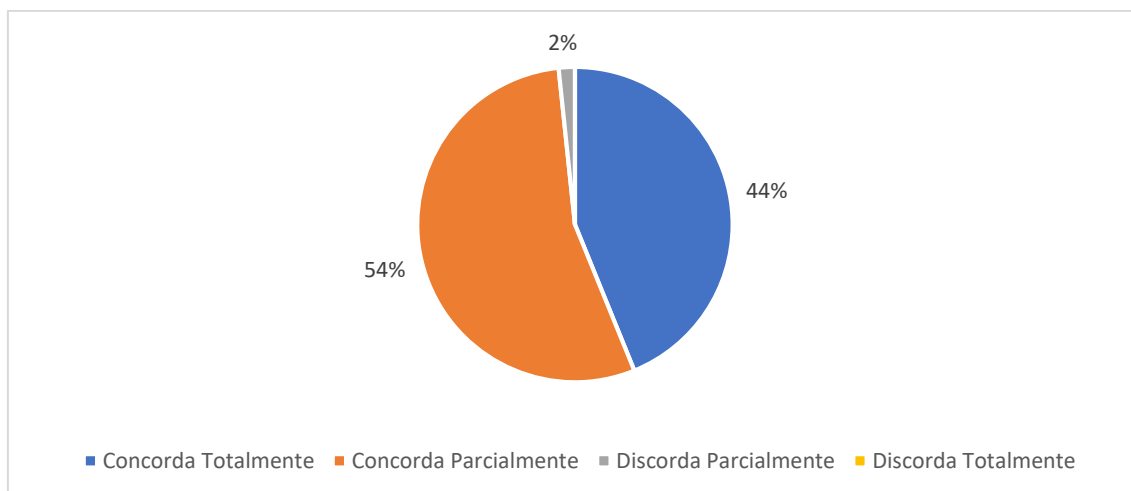


Figura 3: Clareza dos procedimentos para realização da etapa de EAD (n=309).

No que tange ao entendimento dos procedimentos relativos aos três encontros presenciais restantes, observa-se que 67% dos ACS consideraram que os temas foram apresentados de maneira clara. Porém, e de forma semelhante ao exposto acima, vemos que mais de 30% do público-alvo apontou que não ficou esclarecido em relação aos meios de execução do curso. Isso pode impactar nos resultados do processo de formação, pois indica, novamente, que o método não está ajustado às características do público ao qual se destina.

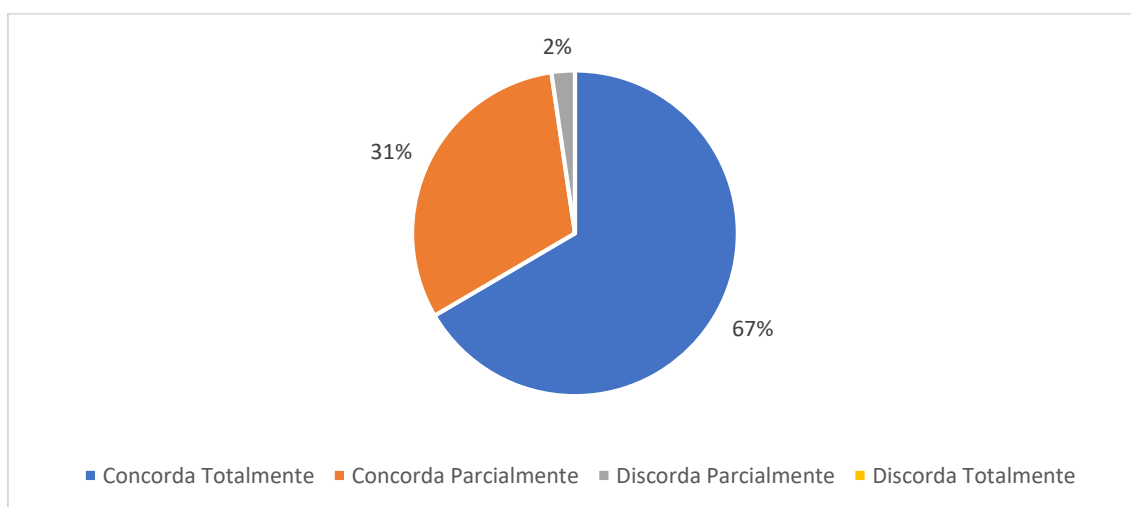


Figura 4: Clareza dos procedimentos para realização dos encontros presenciais (n=309).

Quando indagados sobre a contribuição do evento para um melhor entendimento sobre a RAS em Porto Alegre, 73% dos ACS responderam que o primeiro encontro contribuiu de forma positiva.

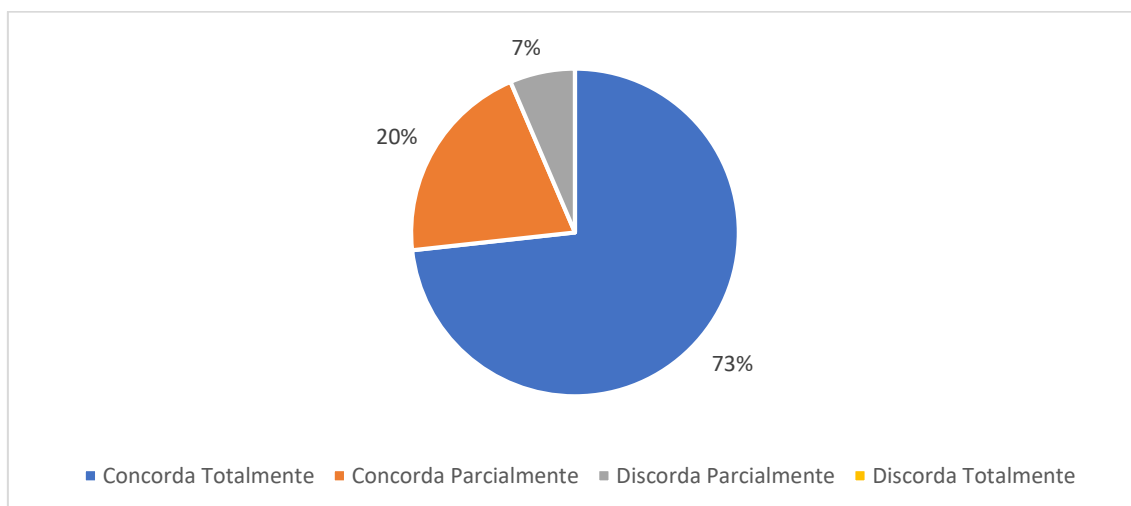


Figura 5: Contribuição do evento para o conhecimento sobre a Rede de Atenção em Saúde (n=309).

Em relação à importância, de maneira geral, dos conteúdos abordados para o trabalho diário dos ACS, 68% responderam que concordam com sua relevância. Novamente, mais de um terço dos respondentes discordam da relevância dos temas para seu cotidiano. Isso indica que os processos de diagnóstico das necessidades e das demandas do público-alvo devem ser qualificados, a fim de ajustar os conteúdos às práticas.

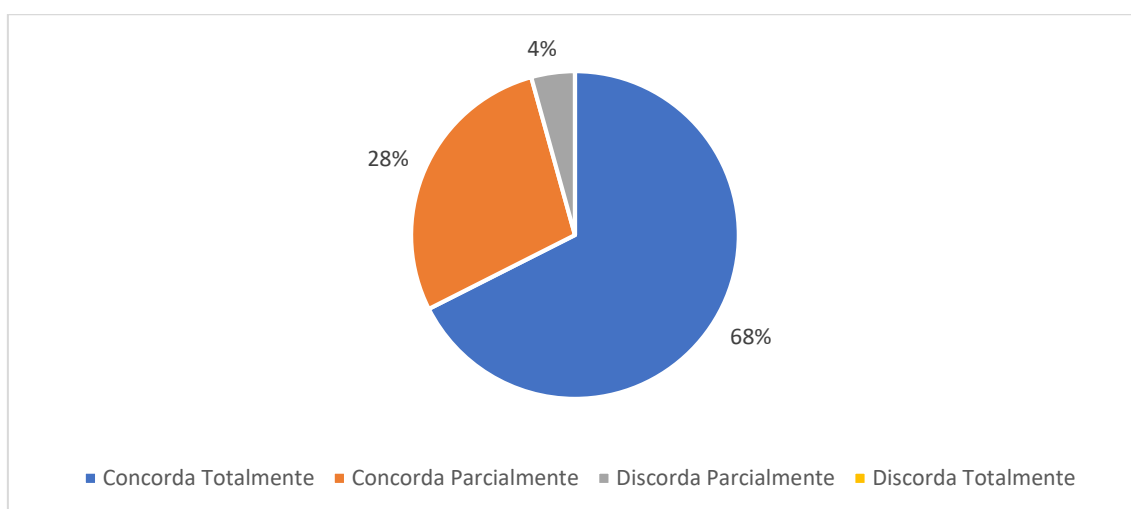


Figura 6: Importância do conteúdo abordado para o trabalho cotidiano (n=309).

Sobre a metodologia de ensino utilizada, no que diz respeito à forma com que os conteúdos foram trabalhados, de um modo geral, apenas 2% mostraram-se parcialmente insatisfeitos.

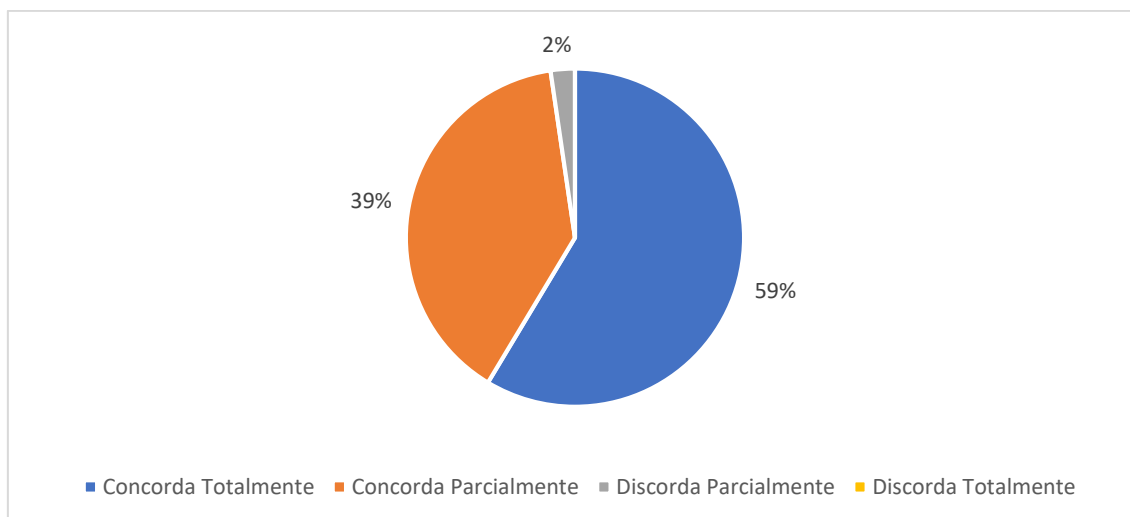


Figura 7: Pertinência da metodologia (n=309).

No que tange o desempenho dos facilitadores, 98% dos ACS concordaram com a afirmação de que conseguiram transmitir o conteúdo da melhor maneira possível.

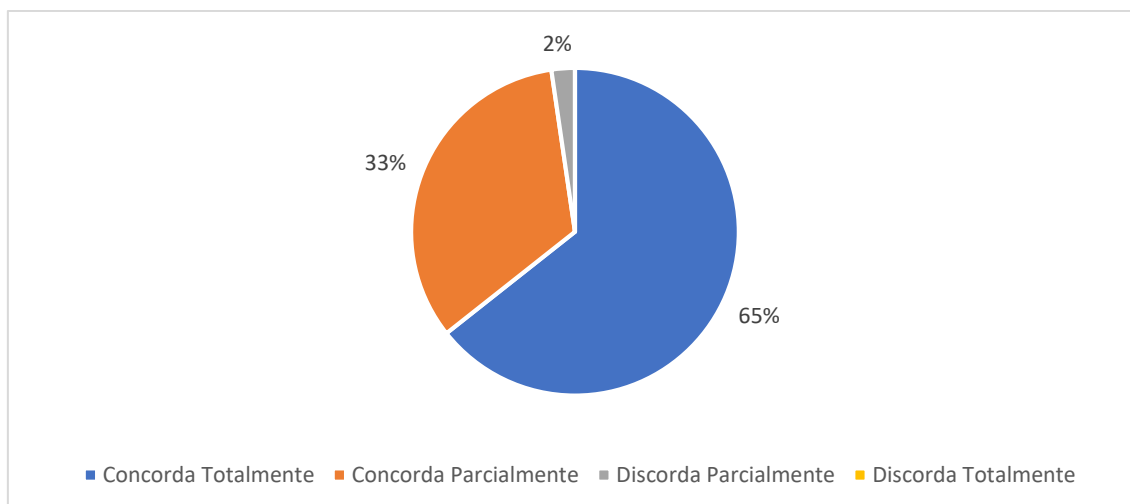


Figura 8: Desempenho dos facilitadores (n=309).

Em relação ao fornecimento de meios para participação durante o evento do ACS (abertura dada para falas, demandas, constatações, questionamentos, etc), observa-se que 84% dos instruídos se sentiram completamente satisfeitos.

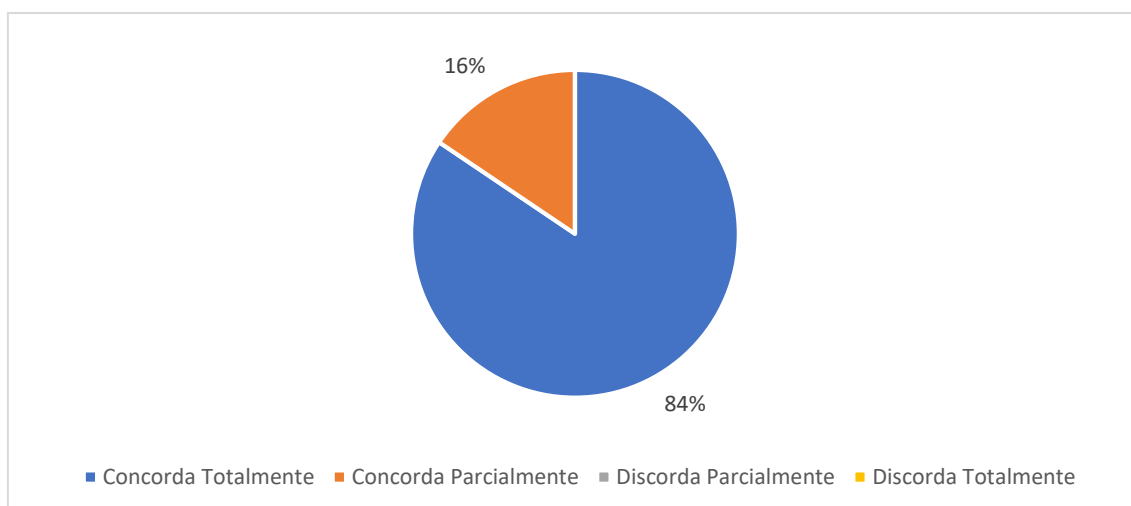


Figura 9: Foi dada abertura para retirada de dúvidas e críticas (n=309).

No assunto referente aos recursos utilizados para garantir o conforto e bem-estar junto à atividade (horário, local, infraestrutura, etc), 76% dos ACS responderam que concordam totalmente com a afirmação de que os recursos foram plenamente satisfatórios.

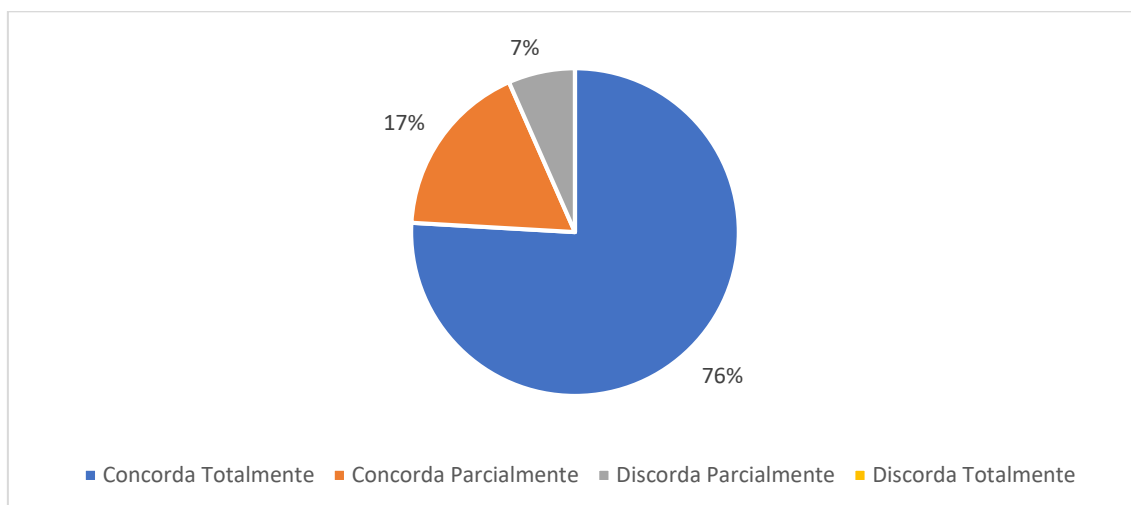


Figura 10: Os recursos utilizados para garantir o conforto foram os melhores possíveis (n=309).

Agora, tratando da segunda ferramenta disponibilizada (um questionário nominal para nivelamento de conhecimentos), cabe destacar que foi feito um levantamento da quantidade de erros no total das avaliações, destacando-se negativamente a questão sobre a saúde da mulher, em que mais de 40% do total de ACS não responderam a alternativa correta, enquanto nenhuma das outras nove questões superou a porcentagem de 28% de erros. Analisando as respostas dos 309 ACS que realizaram esse teste, foi constatado que, enquanto

a média de erros totais em cada questão se manteve próxima de 51 erros por questão, a pergunta que tratava sobre o tema “Saúde da Mulher” foi respondida de maneira equivocada 125 vezes, o que equivale a mais que o dobro da média.

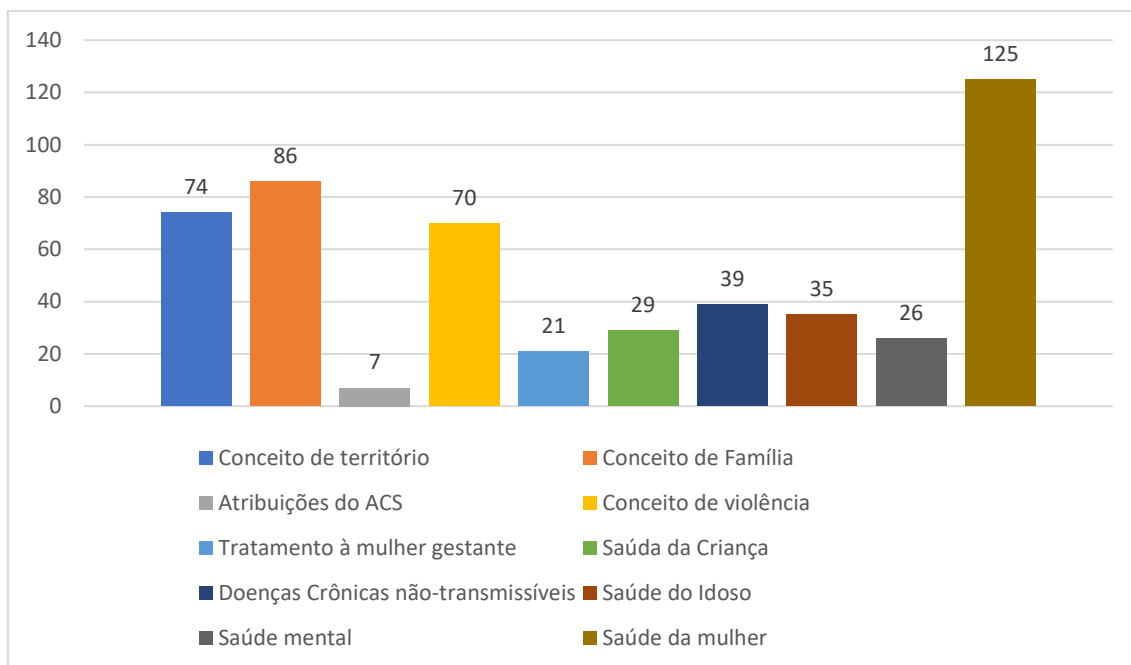


Figura 11: quantidade de erros por conteúdo de questão (n=309).

No que tange as habilidades no uso de computador e *Internet*, quando da pergunta se o ACS possui os conhecimentos necessários para realizar a etapa à distância, apenas 56% respondeu que “acredita ter conhecimentos de informática mais que suficientes para realizar as atividades previstas para a etapa a distância”, o que demonstra a existência de uma massa de 10% de ACS que se considera incapaz para realizar a etapa de EAD tendo em vista não possuir conhecimentos suficientes para utilização dessa ferramenta.

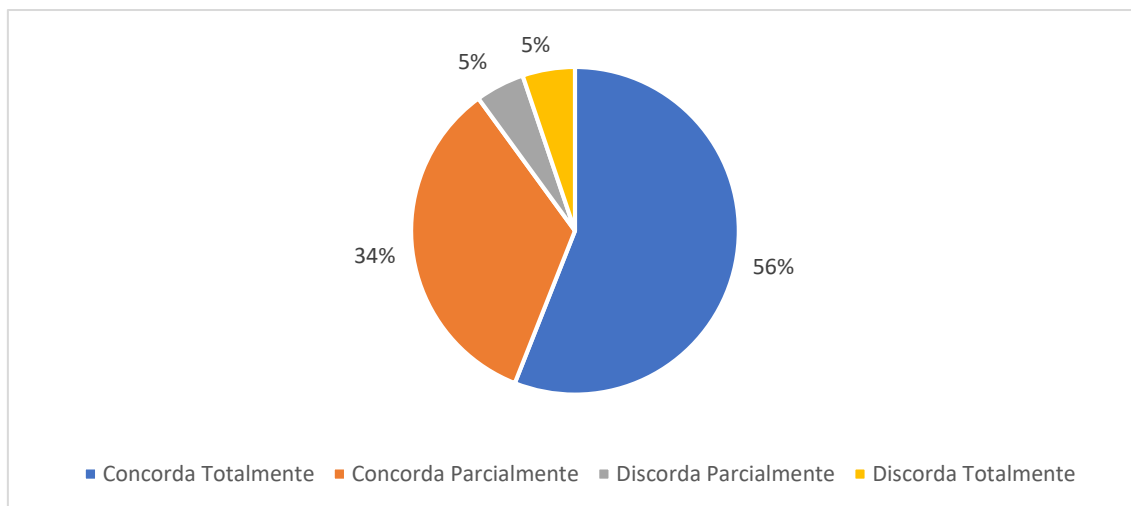


Figura 12: possui os conhecimentos necessários para realização da etapa de EAD.

Em relação ao perfil dos ACS, destaca-se a pergunta sobre a escolaridade dos ACS, onde obteve-se os seguintes dados abaixo colacionados, ressaltando-se que aproximadamente 45% dos ACS possuem apenas ensino médio completo, não tendo acesso à formação superior ou técnica.

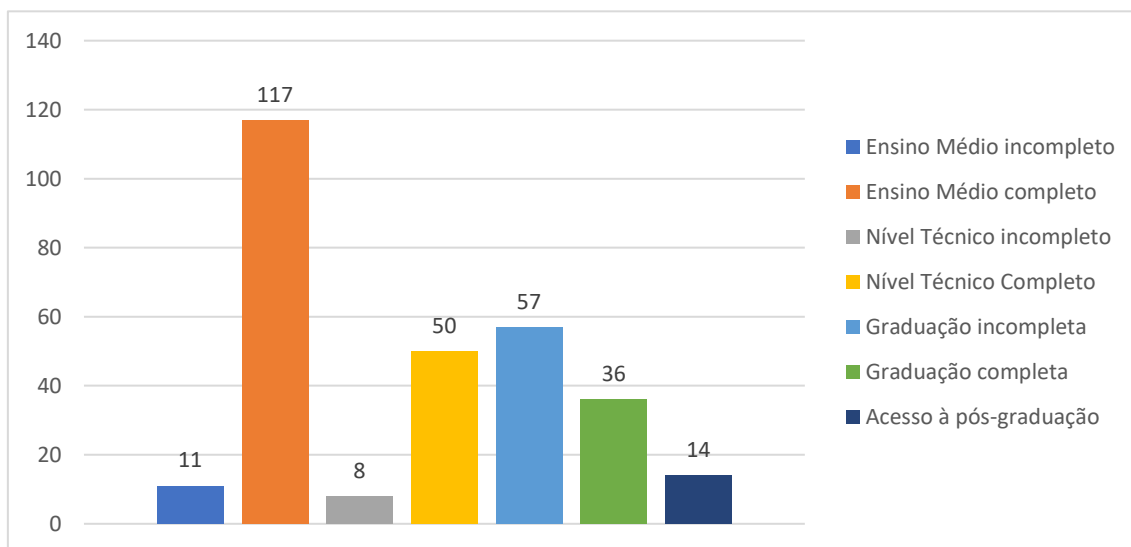


Figura 13: escolaridade dos ACS de Porto Alegre inscritos no curso.

5 ANÁLISE DOS PROCESSOS DE FORMULAÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DO CURSO.

Com base na visão apresentada sobre teoria e legislação em vigor sobre EPS, analisa-se neste capítulo a linha de atuação escolhida pelos gestores municipais. Desse modo, expõe-se as situações em que haja concordância e aquelas em que haja divergência entre as determinações da política e sua implementação, buscando entender as razões para tal e as oportunidades de melhorar a política pública.

Primeiramente, destaca-se o manual instrutivo do curso introdutório para Agentes Comunitários de Saúde de Porto Alegre para o ano de 2017. Esse documento tem importância fundamental por sedimentar práticas sociais, tendo o potencial de informar e estruturar as decisões a serem tomadas para o curso por conter seu planejamento. Ao ressaltar a pretensão de ampliar os conhecimentos adquiridos na prática diária do ACS e alinhar as ações desenvolvidas na atenção básica, o que fortaleceria os processos de trabalho das equipes pelo reconhecimento da importância das dificuldades enfrentadas pelo ACS no contato com a realidade do território, a redação do manual se alinha com o exposto nos parâmetros de análise que tratam: do plano do curso, ao tentar fazer dialogar a atividade planejada com a realidade epidemiológica vivida pelo ACS, o que possibilitaria o desenvolvimento de ações de impacto na comunidade pela aprendizagem que faz sentido aos atores envolvidos (aprendizagem significativa); e no parâmetro que trata da necessidade do planejamento de partir da própria realidade, tendo em vista que o manual ressalta a importância de se incentivar o protagonismo do ACS na construção do curso por meio de um projeto de educação horizontal.

Ainda se tratando da formulação do curso introdutório, destaca-se a pretensão de desenvolver uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem para os encontros presenciais em consonância com o previsto na PNEPS. Idealizou-se uma aproximação da teoria à prática ao transformar os encontros presenciais em espaços de discussão dos processos de trabalho, fazendo que, conforme estipulado no parâmetro de análise que traz a importância do mapeamento do território, a atividade planejada dialogue com as dificuldades e necessidades multifatoriais impostas pelo contato com a realidade do território. Possibilita-se,

assim, a articulação dos conceitos técnicos gerais aprendidos durante a fase de EAD com as demandas locais, facilitando a construção de um novo conhecimento mais significativo para o ACS pela sua contextualização dentro da realidade epidemiológica, evitando circular na busca pela reprodução pura de conceitos descontextualizados que não dialogam com os interesses e desejos dos educandos. Somente pelo fato da atividade de EPS ocorrer na gerência distrital, permeada pela atividade prática e pela presença de outros profissionais de saúde, já se pode destacar o incentivo à lógica apoiadora de trabalhos coletivos.

Tendo a intenção de construir espaços de problematização em equipe nas gerências distritais com o objetivo de sanar as demandas impostas pela realidade epidemiológica do ACS, houve o interesse de que os educadores conseguissem trabalhar de acordo com parâmetro de análise que trata da necessidade de mapeamento, por planejar espaços inclusivos de debate e problematização das realidades. Isso é fundamental, pois, conforme traz Ceccim e Ferla (2009), é necessário abandonar a segurança do modelo pedagógico conservador atual e assumir posturas criativas de construção do conhecimento, tendo como referência as necessidades dos usuários, que são extremamente dinâmicas, social e historicamente construídas; lutando por um desenho orientado pelas complexidades locais e pela responsabilização dos profissionais e serviços pelo cuidado e pela cura, singular em cada caso ou realidade, considerando a aprendizagem uma atividade da educação problematizadora. Além de melhorar o processo de ensino aprendizagem, esse espaço para a participação também fortalece o protagonismo do ACS por possibilitar que ele desenvolva, juntamente com a equipe das gerências, a atividade de EPS, conforme destacado no parâmetro de análise que trata da necessidade do planejamento de partir da própria realidade.

Ao incluir a equipe das gerências, leva-se o procedimento de EPS para mais perto da realidade local, fazendo dialogar os serviços de saúde com os gestores responsáveis pela EPS, fortalecendo a articulação e a descentralização do SUS. Conforme apontado pelo parâmetro de análise que salienta a importância da pactuação e da negociação entre os atores envolvidos, é necessário viabilizar a construção de redes de apoio mútuo e o desenvolvimento de estratégias de trabalho em equipe com foco na integralidade da atenção em

saúde. O manual salienta que, nos encontros presenciais, o trabalho se caracterizará como eixo estruturante: de acordo com o destacado no parâmetro de análise que trata da implementação por meio da criação de espaços que fortalecem a capacidade de trabalho em equipe e reforçam a necessidade de cooperação.

Conforme manual instrutivo, essa descentralização dos encontros presenciais nas gerências distritais ocorre com a devida orientação sobre EPS por meio da oferta do curso de Multiplicadores, que instrumentaliza profissionais das equipes da gerência para construção de atividades de educação com metodologias ativas de ensino aprendizagem, conforme os preceitos da EPS, com priorização de concepções de comunicação, respeito e ética, tendo-se a ideia de construção conjunta do conhecimento a partir e sobre a realidade de cada sujeito. Essa articulação entre a gestão e o serviço de saúde favorece a administração horizontal e a atuação em rede, conforme parâmetro que traz a gestão horizontal como fundamental para incorporação da realidade institucional.

Depois, em relação a etapa de EAD, observa-se a preocupação da Assessora Técnica de corresponder com a determinação apontada no parâmetro relativo à necessidade de cumprimento da previsão de conteúdos para o curso, tendo em vista que a essa etapa, desenvolvida por uma plataforma de responsabilidade do SUS com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte, oferece os conceitos previstos nas portarias específicas sobre o Curso Introdutório para Agentes Comunitários de Saúde. A opção pelo método inovador de EAD reduz custos logísticos, facilitando o acesso e a reprodução de conhecimentos técnicos, estimulando a aquisição de novas competências por meios pedagógicos possuidores de grande potencial de melhoramento das práticas educacionais, de acordo com o estipulado no parâmetro de análise que tratam da inovação das metodologias de ensino.

Importante destacar, também, em relação à utilização da tecnologia de EAD, a capacidade dessa ferramenta de fortalecer a transparência dos processos de EPS. Essa transparência favorece a troca de experiências, a cooperação e o trabalho em rede ao facilitar a comunicação e socialização das informações, indo ao encontro do estipulado nos parâmetros de análise que

ressaltam a importância da gestão horizontal e do compartilhamento dos saberes e práticas de outros locais.

Também em relação à formulação do curso, ressalta-se a importância do questionário sobre o perfil do ACS, em que se pôde observar a pergunta sobre a escolaridade dos agentes: 45% dos ACS possuem apenas ensino médio completo, não tendo acesso à formação superior ou técnica. Depreende-se, então, que a EPS proporcionada deve considerar, inicialmente, que muitos ACS apresentam somente conhecimentos obtidos no ensino médio, não possuindo entendimento em saúde mais diversificado. Potencializa-se, desta forma, a importância do mapeamento da realidade do ACS para valorizar os conhecimentos já adquiridos no contato com o território.

Em relação a esse aspecto, focaliza-se a avaliação de conhecimentos e o questionário sobre perfil individual disponibilizados: as duas ferramentas foram fundamentais para subsidiar a elaboração do conteúdo dos encontros presenciais nas gerências distritais. O teste fornecido possibilitou realizar uma análise dos conhecimentos em saúde dos ACS matriculados no curso, pois, analisando as respostas dos 309 ACS, foi constatado que, por exemplo, enquanto a média de erros totais em cada questão se manteve próxima de 51 erros por questão, a pergunta que tratava sobre o tema “Saúde da Mulher” foi respondida de maneira equivocada 125 vezes, o que equivale a mais que o dobro da média. Sendo assim, identifica-se a necessidade de intensificar os estudos sobre nessa matéria, enquanto que, no que se refere às atribuições dos ACS, não há essa necessidade, tendo em vista que somente sete agentes erraram a questão referente. Porém, todo o processo de escolha dos conteúdos a serem abordados no curso deveria ser realizado após o devido mapeamento, não antes: não é suficiente somente estipular quais temas devem ganhar mais ou menos atenção, pois é necessário uma verificação mais meticulosa das reais necessidades e interesses dos ACS, devendo ser dada a correta consideração às peculiaridades advindas com o trabalho junto ao território adstrito, sem estabelecer um conjunto de conteúdos pré-existentes, pois esses se apresentam de maneira descontextualizada com a realidade empírica.

Assim, conforme estipulado no parâmetro de análise que trata da necessidade de mapeamento para produção do plano de curso, destaca-se a necessidade de um maior estudo da realidade social do território priorizando uma

educação que garanta o reconhecimento e o respeito à diversidade existente em cada realidade de trabalho nos diferentes territórios. Não houve uma pesquisa de campo, ou até mesmo simplesmente bibliográfica, do perfil, das necessidades e possibilidades dos ACS de Porto Alegre, o que coloca o padrão técnico a ser aprendido em antecedência da qualidade de vida a ser promovida, não sendo valorizado o contato dos saberes tradicionais das culturas, e sua produção de sentidos ligada ao processo saúde-doença, com as lógicas distintas do modelo racional científico. É preciso inovação metodológica baseada na desconstrução da noção de que as administrações e os especialistas sempre sabem o que é certo e bom para todos. Deve-se buscar a aceitação de que o círculo de grupos com permissão de participar do processo decisório não pode ser fechado em razão de considerações internas aos especialistas, mas ao contrário, deve estar aberto de acordo com os padrões sociais de importância. A PNEPS exige compromisso com o desenvolvimento dos trabalhadores e com as especificidades locais, o que demanda formações em saúde capazes de mapear o território de maneira a promover uma educação personalizada em saúde.

Para a execução das atividades pela modalidade de EAD, observou-se um interesse da Assessora Técnica pela participação e conforto do ACS. Em relação à carga-horária, as horas de realização das atividades do curso acabaram sendo majoritariamente cumpridas a distância, em horário de trabalho, utilizando-se de equipamento de informática da própria unidade de saúde. A carga-horária presencial não foi extensa, sendo os encontros presenciais realizados nas próprias gerências distritais, também durante horário de trabalho. Tratando-se do esforço pela participação e conforto do ACS, convém ressaltar, também, tanto a produção de diversos materiais explicativos, como manual de apoio instrutivo e tutorial para etapa a distância, bem como a disponibilização de canais de apoio *online*, presenciais e telefônicos, produzindo um suporte de qualidade para a realização das atividades. Essa busca pelo bem-estar incentiva a participação no desenvolvimento do curso conforme frisado no parâmetro de análise que destaca a necessidade do planejamento de partir da própria realidade comunitária. O êxito nesse quesito pôde ser ratificado pela pergunta sobre os recursos utilizados para garantir o conforto no encontro inaugural, em que 76% dos ACS responderam que concordam totalmente com a afirmação de

que os recursos foram plenamente satisfatórios para garantir o conforto e bem-estar junto à atividade.

Ainda no que tange a EAD, cabe ressaltar sua importância para avaliação e monitoramento dos resultados: é fundamental realizar o registro das práticas efetuadas para facilitar a análise crítica dos processos implementados, após e durante a ação, promovendo constante melhorias ao processo. Para o monitoramento do curso, a Assessora Técnica buscou manter contato cerrado com o setor da Universidade Federal do Rio Grande do Norte responsável pela disponibilização dos conteúdos *online* do curso, verificando a assiduidade e o desempenho dos ACS nas atividades propostas na Plataforma AVASUS, o que facilitou a organização em planilhas dos dados referentes a cada educando e a visualização das possíveis intervenções necessárias conforme o perfil individual. Por se tratar da primeira versão de um curso introdutório que pretende ser repetido nos próximos anos, é essencial possibilitar uma ampla visibilidade dos processos formativos desenvolvidos e dos recursos utilizados para fortalecer a gestão educacional: o registro das práticas e os conteúdos *online* instrumentalizam os próximos gestores encarregados do curso pela exposição de algumas ferramentas utilizadas e das dificuldades encontradas na realização deste curso.

Ainda, em relação aos parâmetros que tratam da gestão horizontal e da pactuação entre os atores envolvidos, destaca-se a transparência das ações da Assessora Técnica que, mesmo não possuindo uma grande equipe de trabalho, prezou pela divulgação em massa das informações para facilitar a colaboração e participação dos interessados no processo. Houve uma clara intenção de socializar as informações necessárias e as decisões tomadas, não só junto à CGAPS e à administração do IMESF, mas também junto às gerências distritais para posterior repasse aos ACS: a medida com que os documentos do curso iam sendo elaborados, foram divulgados de maneira a proporcionar o acompanhamento da elaboração das atividades, possibilitando que fossem feitas críticas ou fossem retiradas dúvidas em tempo hábil para uma possível reformulação dos documentos. Assim, organiza-se redes de intercâmbio para que os conhecimentos relativos ao curso cheguem e sejam transferidos, estabelecendo interface, intercessão e democracia forte.

Tratando-se da postura adotada pelo Núcleo de Educação Permanente e Formação em serviço na fase de implementação acompanhada (o primeiro encontro presencial do curso), cabe ressaltar, primeiramente, o interesse na discussão sobre a realidade institucional do SUS, em específico sobre a RAS de Porto Alegre, fornecendo um espaço importante para acolhimento das demandas referentes a rotinas administrativas, contribuindo de maneira significativa para o conhecimento dos ACS sobre a RAS de Porto Alegre: os 73% dos ACS responderam que concordam totalmente com a afirmação de que o evento contribuiu de forma positiva para seu conhecimento sobre a RAS. Além de abordar o âmbito municipal, foi promovido um vídeo-debate sobre o SUS e seus princípios a nível nacional, buscando entender as articulações e capacidades para equacionar necessidades a fim de promover saúde conforme as possibilidades da realidade institucional e financeira do Brasil em nível gestão da atenção básica. Fortalecendo, assim, o previsto no parâmetro da análise que ressalta a gestão horizontal, favorecendo a incorporação da realidade da gestão dos serviços de saúde na educação dos ACS, e facilitando a noção de trabalho em rede, ampliando o campo de análise do educando sobre o funcionamento do SUS.

No primeiro encontro presencial, também foram apresentados a proposta do curso em geral e o tutorial para etapa de ensino a distância na plataforma AVASUS. Realizou-se a leitura do manual instrutivo, oferecendo as informações necessárias para o entendimento completo das atividades a serem desenvolvidas. Além de prezar pela transparência, a Assessora Técnica produziu um suporte de qualidade para a realização das atividades pelo empenho em facilitar o acesso às informações fundamentais para participação do ACS. O plano ainda foi apresentado oferecendo suficiente oportunidade para manifestação de sugestões, incentivando o protagonismo do ACS na construção do curso: tal oportunidade pode ser comprovada com o instrumento de avaliação, que apontou, na oitava pergunta, 84% de satisfação com os meios fornecidos para participação do ACS. Porém, não é suficiente possibilitar a intervenção dos ACS, sendo necessário garantir sua participação de maneira efetiva.

Apesar dos esforços a fim de apresentar os procedimentos para o desenvolvimento do curso da forma mais clara possível, o instrumento de avaliação aponta que apenas 54% e 67% consideraram que as etapas de EAD

e presencial, respectivamente, foram compreendidas de forma clara. No que tange os encontros presenciais, é importante destacar que metodologias de ensino-aprendizagem trazidas pela EPS são de difícil assimilação, pois, conforme apontado na PNEPS, tem-se o objetivo de romper com as práticas tradicionais de educação. Enquanto que para a etapa presencial a dificuldade para compreensão se deu pela complexidade da metodologia, tratando-se da etapa EAD, pode-se perceber que o maior obstáculo se deu pelo fato de que os ACS não possuem entendimento suficiente sobre a utilização dos meios de tecnologia da informação, tendo em vista que apenas 56% afirmou que concorda totalmente com a afirmação de que possui os conhecimentos de informática necessários para realização do curso *online* pela plataforma AVASUS. Demonstra-se, assim, uma inconformidade com o apresentado na PNEPS, que estimula a inovação por meio da utilização da tecnologia de EAD como imprescindível para a potencialização das práticas educacionais em saúde, mesmo não existindo dados referentes a capacidade dos ACS de desenvolver atividades utilizando os meios de tecnologia da informação necessários.

Ainda em relação à implementação do plano proposto para o curso, cabe evidenciar na pesquisa de satisfação da qualidade das práticas do IMESF no encontro inaugural que, quando questionados sobre os temas tratados, 61% dos ACS concordaram totalmente com a afirmação de que os assuntos abordados despertaram seu interesse e, na pergunta sobre a relevância desses para seu trabalho diário, somente 68% os consideraram relevante: tendo em vista a importância do diálogo dos temas tratados com as necessidades, interesses e desejos dos participantes no contato com o território (conforme previsto nos parâmetros de análise que abordam a formulação do curso), seria basilar uma porcentagem maior de respostas positivas nessas perguntas. Acredita-se que esses baixos índices estejam ligados a questões de metodologias para desenvolvimento do curso, tendo em vista que, nas perguntas referentes à pertinência da metodologia e ao desempenho dos facilitadores, apresentam-se baixas porcentagens de aprovação também (59% e 65%). Constata-se então que, com a ampla divulgação das informações relativas ao curso e com a abertura para dúvidas e sugestões, não houve uma participação efetiva dos ACS na construção do planejamento das atividades, e nem a estruturação de atividades de cooperação na aula inaugural, o que aponta falhas na postura

adotada para organização do curso, pois o protagonismo frente ao desenvolvimento das práticas garantiria sua inclusão e interesse pela EPS ao prezar por relações horizontais de trabalho que potencializam as individualidades pela responsabilização coletiva das práticas.

Porém, tendo em vista que esses conceitos trazidos pela EPS trazem um forte rompimento com o padrão das práticas atuais de educação, observa-se a necessidade de diversos recursos humanos, financeiros e materiais para implementação do previsto nas políticas sobre o tema, algo escasso no Núcleo de Educação Permanente e formação em serviço do IMESF. O núcleo é formado por somente duas pessoas, sem a devida capacitação para a função, o que inviabiliza um planejamento denso que inclua uma avaliação precisa da realidade epidemiológica, social e cultural dos ACS de Porto Alegre. O auxílio da CGAPS e dos outros setores do IMESF foi insuficiente para suprir a demanda. Somente com uma equipe maior, e uma capacitação sobre os procedimentos de EPS, o núcleo daria conta do gerenciamento da participação protagonista dos ACS, pois a incorporação de novos atores ao processo decisório aumentaria ainda mais os custos de gestão das atividades de EPS. Era necessária uma celeridade na construção do curso para cumprimento dos calendários previstos, o que é incompatível com a gestão minuciosa, baseada em trabalho de equipe, exigida pela EPS. Além da dificuldade da inclusão da participação protagonista dos ACS, os recursos existentes foram escassos para possibilitar uma articulação com movimentos sociais e universidades. Sendo assim, a formulação e a avaliação do curso foram centralizadas na Assessora Técnica responsável, sem a possibilidade de uma gestão mais qualificada, capaz de mapear a realidade dos ACS ou criar indicadores de gestão, o que confronta com o designado nos parâmetros de análise estipulados.

Considerando uma análise *top-down* da PNEPS, cabe destacar, também, que não foram garantidos os meios para que o previsto na política pudesse ser operacionalizado na prática. Além da falta de recursos, cabe destacar que não foi incentivada a criação de espaços de cooperação para fortalecimento das ações em EPS com instituições de ensino, movimentos sociais ou outras esferas governamentais. Não houve iniciativas de acordo com as esferas estaduais e federais, muito menos com universidades locais, o que inviabiliza uma articulação apta a dar estrutura robusta capaz de desenvolver a EPS a nível local

em conformidade com o previsto na legislação: as decisões são deixadas para o momento da implementação, sob responsabilidade do agente implementador no município (seguindo o previsto nos parâmetros aqui definidos), porém não existem meios para instrumentalizar esse agente na consecução dos objetivos apontados pela teoria da EPS.

Por último, destaca-se a contradição existente pelos incentivos dados para utilização da tecnologia de EAD, devido a suas capacidades de fortalecer os processos de ensino-aprendizagem, e a falta de aptidão dos ACS para dominarem os conhecimentos em tecnologia da informação suficientes para possibilitar o amplo uso da ferramenta de EAD. Não há política paralela de investimento na capacitação em informática dos profissionais de saúde, o que impossibilita o desenvolvimento dessa ferramenta recomendada na política.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As dificuldades de implementação encontradas pela gestão responsável foram muitas, desde recursos financeiros, capital humano e orientação técnica e pedagógica mais especializada. Porém, pôde-se observar o esforço na racionalização dos meios disponíveis, tendo a Assessora Técnica cumprido com diversas orientações disponíveis na legislação em vigor, principalmente no que tange ao interesse efetivo em englobar a realidade e as demandas dos participantes no conteúdo programático do curso, além da utilização de ferramentas metodológicas alternativas (como o EAD) e regionalizadas (atividades práticas nas gerências).

Contudo, importante destacar as falhas na implementação dessa política em nível municipal. Para isso, cabe ressaltar que a análise *top-down* da implementação da PNEPS foi escolhida para compor este trabalho de conclusão do curso de Políticas Públicas devido a sua relevância para os estudos de implementação de políticas no Brasil: observa-se a PNEPS como uma política teoricamente bem construída a nível nacional, em conformidade com o previsto na bibliografia sobre o tema e com os princípios norteadores do SUS, porém não é dada a devida atenção nos percalços existentes no momento da implementação de seu conteúdo.

De maneira pontual, resume-se neste tópico a principal falha para a política em cada fase de seu ciclo. Primeiro, no que tange a sua formulação, são estipuladas diversas nuances com grande potencial para fortalecer os processos de EPS, porém não são disponibilizados meios para que esse potencial seja de fato aproveitado a nível local. Como exemplo, destaca-se a ferramenta de EAD que, apesar da recomendação de sua utilização na política, tem seu uso inviabilizado pela falta de capacitação dos trabalhadores de saúde. Conclui-se, então, que para desenvolver o estipulado na PNEPS, é preciso realizar maiores avaliações de implementação da política, buscando corrigir as falhas existentes nessa etapa, evitando somente estipular objetivos e metas, mas também instrumentalizar os gestores de forma com que seu trabalho consiga ser plenamente realizado. É possível destacar, ainda, no que tange à previsão de meios para consecução dos objetivos propostos na política, a falta de diretrizes de previsão de articulação intersetorial: sem apoio da esfera federal para

combinação de esforços com movimentos sociais e instituições de ensino, o agente implementador possui poucos mecanismos para consolidar uma parceria entre os atores envolvidos, isolando-se para diminuir os custos gerenciais do processo.

No que se refere a implementação da política, observa-se que, devido à amplitude de objetivos que a política visa a atingir, tendo uma redação ampla (por vezes, subjetiva), os gestores responsáveis pelo processo de EPS não possuíam domínio suficiente para implementar a política conforme sua teoria, o que possibilitou espaço para variadas interpretações que resultam em diferentes modos discricionários de implementação pela ausência de capacidades de implementação do previsto na política.

Já em relação à avaliação, nota-se a falta da previsão desses mecanismos de avaliação e monitoramento de forma objetiva das ações da política. Conforme destacado na revisão bibliográfica sobre as possibilidades do uso da avaliação e de indicadores, sua falta dificulta o diagnóstico das falhas existentes na execução do estipulado na política e impossibilita a incorporação de práticas administrativas capazes de aproximar a realidade empírica com a implementação desenhada no plano.

Dessa forma, é possível concluir que a PNEPS ainda encontra dificuldades de implementação que devem ser analisadas de maneira minuciosa para evitar contradições entre o que a política pretende e suas possibilidades reais. Ressalta-se, assim, a importância dos estudos de implementação de políticas públicas e a necessidade de se incorporar as capacidades destacadas por esses estudos.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 15 de fev. 2016.

_____. Ministério da Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº11.350, de 05 de outubro de 2006. Regulamenta o 5º do art.198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art.2º da Emenda Constitucional nº_51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 06 out. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Portaria nº 692, de 25 de março de 1994. Cria códigos e estabelece condições de cobrança para o Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PSF e PACS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 mar. 94.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria nº 243, de 25 de setembro de 2015. Dispõe sobre o Curso Introdutório para o Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias e seu conteúdo. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 fev. 2004.

BRUM, Liege M. **A pedagogia da roda como dispositivo de educação permanente na enfermagem hospitalar: estudo de uma experiência educativa**

na perspectiva da integralidade. 132 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner; BARROS, Regina Benevides; CASTRO, Adriana Miranda. Avaliação da política nacional de promoção da saúde. **Revista Ciência em Saúde Coletiva**, 2004.

CARLEY, Michael. **Indicadores sociais: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1985.

CECCIM, Ricardo Burg ; FERLA, Alcindo Antônio. **Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras**. Trabalho, Educação e Saúde, v. 06, p. 443-456, Porto Alegre, 2009.

CECCIM, Ricardo Burg. **Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 09, n.16, p.61-177, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>>. Acesso em: 25 de maio de 2017.

_____; BRAVIN, Fábio Pereira; SANTOS, Alexandre André. **Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 04, p. 975-986, dez. 2005.

_____; FERLA, Alcindo Antônio. **Educação permanente em saúde**. Porto Alegre (2009). Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>>. Acesso em: 20 de maio de 2017.

COLOMÉ, Juliana S. **A formação de educadores em saúde na graduação em enfermagem: concepções dos graduandos**. 130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

DAVINI, Maria Cristina. **Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2009.

FEUERWERKER, L. C. M. Educação dos profissionais de saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Revista da ABENO**, Brasília, DF, v. 3, n. 01, p. 24-27, jan./dez. 2003.

FLORES, Giovana Ely; OLIVEIRA, Dora Lúcia Leidens de; ZOCHE, Denise Antunes de Azambuja. **Educação Permanente no contexto hospitalar: a experiência que ressignifica o cuidado em enfermagem**. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 14, n. 02, p. 487-504, ago. 2016.

HELLMANN, Aline; SCHABBACH, Letícia Maria. **Curso de Aperfeiçoamento em Gestão, Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas – Módulo 4, Indicadores**. Centro de Estudos Internacionais sobre Governo (UFRGS), Porto Alegre, 2014.

LIMA, Luciana Leite; D'ASCENZI, Luciano. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. **Revista de sociologia e política**. V. 21, nº 48, p. 101-110, Dez. 2013.

MAY, Tim. **Pesquisa Social: questões, métodos e processo**. Porto Alegre: ArtMed, 2004.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.; CECCIM, R.B. **Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud**. Salud Colectiva, Buenos Aires, 2006.

_____. **Onde se lê “recursos humanos da saúde”, leia-se “coletivos organizados de produção da saúde”**: desafios para a educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs.) *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Editora da Abrasco, 2005, p.161-80.

_____. **Gestão da educação em saúde coletiva e gestão do Sistema Único de Saúde**. In: FERLA, A.; FAGUNDES, S.M.S. (orgs.) *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Editora Dacasa e Escola de Saúde Pública/RS, 2002. p. 143-62.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. **Assessoria Técnica**. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/imesf/default.php?p_secao=135>. Acesso em: 23 mai. 2017.

_____. Prefeitura Municipal. **Organograma Funcional do IMESF**. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/imesf/default.php?p_secao=153>. Acesso em: 23 mai. 2017.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Lei nº 11.062, de 6 de abril de 2011. Autoriza o Executivo Municipal a instituir, conforme determina, o Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), revoga a Lei nº 10.861, de 22 de março de 2010, e dá outras providências. **Diário Oficial de Porto Alegre**, Porto Alegre, RS, 07 abr. 2011.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Decreto nº 17.131, de 1º de julho de 2011. Aprova o Estatuto do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF) e regulamenta a Lei nº 11.062, de 6 de abril de 2011. **Diário Oficial de Porto Alegre**, Porto Alegre, RS, 01 jul. 2011.

SAUPE, Rosita; CUTOLO, Luiz Roberto Agea; SANDRI, Juliana Vieira de Araújo. **Construção de descritores para o processo de educação permanente em atenção básica**. Rio de Janeiro: Trab. Educ. Saúde, v. 5, n. 3, p. 433-452, 2007.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: Conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2. Ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.