

# ENCONTROS REGIONAIS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE (EREP) MOVIMENTANDO A GESTÃO EM REDE NA SAÚDE – NARRATIVA DE UMA VIVÊNCIA

*Regional Meetings of Permanent Education (RMPE)  
Putting into Motion the Management in Net in the  
Health - Narrative of an Experience*

Rossana Staevie Baduy<sup>1</sup>, Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes<sup>2</sup>, Maira Sayuri Sakay Bortoletto<sup>3</sup>, Brígida Guimenez Carvalho<sup>4</sup>, Katia Santos de Oliveira<sup>5</sup> e Sonia Maria Coutinho Orquiza<sup>6</sup>

- 
1. Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFRJ / Universidade Estadual de Londrina
  2. Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas / Universidade Estadual de Londrina
  3. Doutora em Saúde Coletiva pela UEL - Universidade Estadual de Londrina
  4. Doutora em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem da USP / Universidade Estadual de Londrina
  5. Mestre em Saúde Coletiva pela UEL - Universidade Estadual de Londrina
  6. Especialista em Medicina de Família e Comunidade - Autarquia Municipal de Saúde de Londrina

► **CONTATO:** Maira Sayuri Sakay Bortoletto | Rua José Manoel de Souza, 37, casa 7 | Vale dos Tucanos | Londrina (PR) | CEP 86046541 | E-mail: mairuska@gmail.com

---

## Resumo

Este artigo trata-se de um relato de experiência de uma vivência realizada no campo da gestão municipal de saúde de Londrina que tinha a proposta de realizar encontros regionais de educação permanente com os trabalhadores de saúde. Esses encontros foram tutorados por um facilitador (representante da diretoria de atenção básica) e um tutor (pessoa com experiência em tutoria de grupos), foram realizadas sistematicamente uma vez por mês reuniões com grupos distintos pelas seis regiões do município. Esses grupos eram compostos por representantes dos serviços da atenção básica, das diversas diretorias do setor saúde e de outros setores, conforme o caso ou discussão realizada em cada grupo. Também eram realizadas reuniões entre os tutores e facilitadores com intuito de compartilhar as vivências dos seus grupos regionais, além de estabelecer articulação com a gestão das ações realizadas nos encontros. Os encontros foram de março a dezembro de 2013. Entre os diversos relatos dos tutores estiveram: a capacidade dos trabalhadores reinventarem suas práticas na realização do cuidado; a percepção de que todos fazem gestão em seus locais de trabalho; a compreensão de que os encontros foram um espaço de reflexão tanto para o cuidado como para o papel de cada profissional

de saúde enquanto potência para reinventar suas práticas almejando realizar o cuidado e mobilizar o sistema. Nesse sentido um objetivo não esperado, mas atingido, foi o de rearticulação com o setor da urgência e emergência que melhorou a ação conjunta com a atenção básica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Serviços de Saúde, Administração de Serviços de Saúde; Educação Continuada, Educação Permanente em Saúde

## Abstract

This article is an account of an experience held in the field of municipal management of health of Londrina who had the proposal to hold regional meetings of permanent education with health workers. These meetings were made by one a facilitator (one of coordinator of the basic attention) and a tutor (person with experience of mentoring groups) that were conducted systematically once a month those meetings with different groups were performed in the six regions of the municipality. These groups were composed of representatives of the basic attention services, various departments of the health sector and other sectors, as appropriate or discussion held in each group. Were also carried out meetings between tutors and facilitators in order to share the experiences of their regional groups and establish liaison with the management and the actions made in the meetings. The meetings were performed between march to december 2013. Among the various stories and perceptions of the tutors can stand out; the ability of workers reinvent their practices in the realization of care; the perception that everyone does management in their workplaces: the understanding that the meetings were a reflection space both for the care as to the role of each health care professional while power to reinvent their practices aiming to perform careful and mobilize the system. In this sense an unexpected goal, but missed, was that of rearticulation with the urgency and emergency sector that improved the joint action with the basic attention.

**KEYWORDS:** Health Services; Health Services Administration; Education Continuing, Permanent Health Education.

## Introdução

A educação permanente em saúde (EPS) ganhou destaque no contexto nacional e no Sistema Único de Saúde (SUS) com a instituição, em 2004, da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde<sup>1</sup>. A educação permanente pode ser compreendida como uma ação desenvolvida no cotidiano do trabalho em saúde que gera uma reflexão sobre o processo vivido possibilitando uma experiência pedagógica por meio de autoanálise do vivenciado<sup>2</sup>. Hoje essa estratégia é reconhecida pela sua potencialidade de gerar mobilização dos trabalhadores em prol de uma missão construída coletivamente<sup>3</sup>.

Mais recentemente um grande desafio apresentado ao SUS tem relação com a articulação

das ações em saúde na lógica das redes. Compreendida por diferentes correntes como uma potência no enfrentamento dos problemas (saúde e gestão) do sistema de saúde.

Entre as distintas compreensões das redes e sua dinâmica, há aquelas que a definem da seguinte maneira: “definição de rede como operacional e que aproxima conceitualmente da estrutura de redes que implica missão única, objetivos comuns e planejamento conjunto e que se distancia da concepção pelo autor definida como networking que conota interações informais fortemente impulsionadas pelas tecnologias de informação”. E que apresentam “como elementos constitutivos das redes de atenção à saúde três elementos; a

população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde”<sup>3</sup>.

Para outros<sup>4-5</sup> a rede anteriormente descrita existe, no entanto, numa vertente de excesso de normatização e que opera numa lógica de aprisionamento de novas possibilidades ditas pela lógica de dominação de um modo instituído. E apresentam que existem outras formas de operar redes nas quais o pulsar dessas ocorre nas conexões criadas pelos usuários na busca de cuidado em saúde que muitas vezes encontram barreiras na forma instituinte das redes, mas, que nessas novas conexões, abrem possibilidades para a nova maneira de operar a rede.

Esta última compreensão de rede foi a que funcionou como força mobilizadora para o grupo de autores desse relato, que, entre as diversas possibilidades de caminhos de se operar em rede em saúde, optou pela EPS como estratégia de articulação entre os atores da saúde para a construção de uma rede potente, que considera os encontros gerados pelos usuários nas suas novas conexões/encontros como propulsora dos debates da EPS. E foi apostando na realização nessa articulação da EPS como potência para as redes que se deu a experiência a seguir relatada

### **Descrição do local do relato de prática e da proposta**

Londrina tem refletido, em sua história, a capacidade de organizar seus serviços públicos de saúde, tendo como vertente a incorporação de diretrizes de modelos assistenciais, orientadas pelo processo da reforma sanitária. Desde 1970, teve uma participação expressiva na construção do SUS, sendo pioneira em muitas situações, como no desenvolvimento de experiências locais de atenção à saúde<sup>6</sup>.

Um processo marcante nesse município foi a municipalização da atenção que foi incrementado a partir de 1992. Em 1995, outro processo disparado foi o de reorganização da atenção básica com a implementação da Saúde da Família, com a implantação do “Programa Médico de Família” na

área rural. A partir de 2001, a gestão municipal dedicou-se ao desafio de substituir o modelo de atenção tradicional por um modelo que oferecesse atenção integral à saúde, com a expansão da Saúde da Família para a área urbana<sup>7</sup>.

Desde a sua implantação, o Programa Saúde da Família foi pensado como uma estratégia que pudesse reorganizar a atenção básica no município. Procurou-se preservar os aspectos positivos do modelo vigente e incorporar novas práticas sanitárias, visando superar problemas crônicos como a baixa resolatividade, grupos de risco sem acesso aos serviços e falta de priorização dos problemas enfrentados, evidenciados pela demanda reprimida e reclamações frequentes<sup>8</sup>.

No decorrer do período de 2001 a 2012, o PSF passou por altos e baixos, com expansão e redução do número de equipes, pois foi um período em que o número de equipes passou a ser instável pelo processo de modificação da forma de contratação desses profissionais<sup>9</sup>. No início de sua implantação, o programa chegou a alcançar 100% da área rural e 70% da urbana. Já no ano de 2012, registrou a amplitude de 52% para a população geral<sup>7</sup>.

No decorrer de onze anos de ESF (2001-2012), vários programas foram criados ou aderidos pelo município. Dentre eles, o Núcleo de Apoio em Saúde da Família. Este foi implantado no segundo semestre de 2008, com dez equipes, sendo cada equipe NASF composta por um profissional de educação física, um farmacêutico, um fisioterapeuta, um nutricionista, um psicólogo e um agente redutor de danos.

No ano de 2011 foi iniciado um processo de reorganização da estrutura da saúde em nível municipal, que contou com a parceria de técnicos do Instituto de Desenvolvimento Gerencial (INDG), entidade que presta consultoria às organizações para construir o aperfeiçoamento de seu sistema de gestão. Esse trabalho enfatizou a estrutura, a organização e os processos dentro de algumas áreas consideradas prioritárias, visando à melhoria da qualidade da assistência. Dentro dessa perspectiva, foi elaborado o projeto para reestruturação

organizacional da secretaria de saúde a partir de novo organograma e regimento interno<sup>10</sup>.

Em virtude dessa reestruturação, houve necessidade de mudança do tipo de vínculo empregatício dos profissionais que atuavam no PSF e NASF, sendo realizado, em 2011, um processo seletivo, que levou esses profissionais, de um vínculo terceirizado por OSCIP, para a municipalização – não estatutário. Em decorrência dessa mudança, foram realizadas novas oficinas preparando os profissionais para o trabalho integrado NASF e ESF<sup>10</sup>.

Apesar das várias dificuldades enfrentadas no decorrer dos anos, os serviços de saúde em Londrina podem ser considerados referência na atenção à saúde, sendo possível observar que as iniciativas adotadas pelo município na implantação de novos programas estão sempre voltadas a inovações, no sentido de melhorar a qualidade e a quantidade de serviços de saúde oferecidos à população.

Entre esses processos inovadores pode se destacar os Encontros Regionais de Educação Permanente em Saúde (EREPS), desencadeados pela equipe gestora municipal de saúde em 2013. Com estes encontros houve articulação com outros atores (trabalhadores do serviço, docentes e alunos de pós-graduação), que tinham vivência de tutoria em encontros de educação permanente em saúde ou em espaços de sala de aula, para que eles assumissem o papel de serem tutores do EREP. Após a seleção desses tutores, foi construída a parceria com um facilitador (trabalhador de saúde que atuasse na gestão), no caso foram escolhidas diretoras ou assessoras da diretoria de atenção primária à saúde da secretaria municipal de saúde de Londrina. Dessa forma foram constituídas duplas (tutor e facilitador) para cada região do município (seis: norte, sul, leste oeste, centro e rural).

### **Dinâmica dos encontros**

Havia três tipos de encontros mensais dos EREPS; um entre todos os facilitadores e tutores, outro entre cada tutor e facilitador de cada região

para discutir situações vividas nos EREPS e o próprio EREP. Nos EREPS participavam representantes de todas as diretorias e, conforme a demanda levantada por cada grupo, eram convidados representantes de outros setores ou diretorias.

A reunião entre todos os tutores e facilitadores era realizada sempre na semana anterior ao EREP de cada região. Nesse momento os grupos traziam as demandas levantadas e relatavam caminhos que estavam sendo construídos nos seus respectivos grupos, a equipe gestora mobilizava outros coletivos (colegiados ampliados) para construção de respostas às demandas ou articulavam outros espaços de problematização do mesmo problema.

Os encontros entre tutor e facilitador de cada região eram organizados conforme a agenda desses atores e demanda organizacional do seu respectivo grupo.

Os encontros de todas as regiões aconteciam em mesma semana do mês. A forma de operar esses espaços era a construção de espaços de discussão e problematizando situações do cotidiano, trazidas pelos trabalhadores, desta forma a pauta das reuniões era construída pelo próprio grupo. O modo de operar na maioria dos encontros de todas as regiões foi a discussão de casos.

### **Relatos dos Encontros Regionais de Educação Permanente (EREP)**

A seguir serão apresentados os relatos dos tutores dos EREP, nesse texto buscou-se respeitar a literalidade de cada relato.

#### ***EREP - Norte***

*Os encontros realizados com os profissionais da região norte tiveram como disparador os casos relatados ou situações problemas identificadas nos diferentes serviços. O ponto intersectorialidade sempre esteve presente e gerou muita mobilização dos atores envolvidos nos encontros. Produtos dessa mobilização foi o convite a outras secretarias da prefeitura para estar nos encontros da região norte*

que possibilitaram enxergar viabilidade de trabalho conjunto, antes desacreditadas ou nem iniciadas. Outro movimento percebido nos encontros com a discussão dos casos foi o processo de cada um enxergar o processo de trabalho do seu local, pois, quando o caso era apresentado, no detalhamento, muitos se questionavam:

- Ocorreu o que o usuário necessitava?
- O que aconteceu com o cuidado?
- O que impediu que o cuidado ocorresse da forma tida pelo grupo como ideal?
- O que os serviços do mesmo nível hierárquico que o meu no sistema não fizeram? E os outros serviços? Por quê?

Em diversos momentos havia a presença de muita angústia e sentimento de imobilização, mas isso, com a discussão, era preenchido com o sentimento de movimento no sentido de apreender com o caso e movimentar o espaço de trabalho para enxergar as pessoas atrás dos diagnósticos ou problemas.

Em um momento as discussões do grupo foram atravessadas por uma demanda de discutir o nó vivido por todos que era o estrangulamento da regulação da urgência e emergência. Isso aconteceu na maioria dos EREP dado o tamanho do ruído gerado em todos os serviços de saúde. E esse tema veio para a roda de discussão e foi muito interessante ver a movimentação gerada por esse ruído. Houve uma movimentação do setor que construiu viabilidades de funcionar diferente e responder melhor as demandas dos usuários.

Houve o movimento de criação de redes de conversação, ou seja, os EREP se configuraram para os seus atores em espaço articulador entre pontos da rede de cuidado, espaço de produção em ato de cuidado, espaço de análise da produção cotidiana do trabalho e espaço de perceber que todos fazem gestão em seus espaços.

Enquanto tutora, posso falar da minha percepção da capacidade de movimentos gerados pelos trabalhadores de saúde, esses são a força motriz do sistema de saúde. São eles que viabilizam,

inventam, reinventam coisas para a realização do cuidado e apresentam capacidade de fazer barulho, barulho como força para que as engrenagens enferrujadas do sistema se movimentem. Foi incrível perceber o grau de resiliência desses profissionais que, em situações mais adversas, não deixam de acreditar e de viabilizar ações para que as coisas sejam melhores do que a realidade apresentada.

### **EREP - Leste**

Nos encontros da região leste, as discussões foram desencadeadas a partir da reflexão sobre a finalidade do trabalho em saúde, ou seja, sobre o cuidado/descuidado que estamos produzindo enquanto trabalhadores da saúde. A partir da listagem de palavras ligadas a esta temática, foi elaborado, em grupo, um conceito de cuidado e de descuidado e estes conceitos permearam a discussão e reflexão sobre os problemas elencados como prioritários na rede de serviços do município nas discussões posteriores desse grupo.

Nas reuniões, os problemas priorizados para discussão e de enfrentamento frequentemente se relacionavam ao processo de trabalho, no que se refere à organização dos serviços e rede de apoio. Outros problemas priorizados estiveram relacionados aos setores que dão apoio à atenção básica, como no caso da central de abastecimento de materiais e medicamentos e o setor de manutenção predial. Também foram discutidos a relação destes com outros setores, como a ouvidoria, e a importância de que as informações sejam as mesmas para os trabalhadores da unidade e para a população que acessa a ouvidoria, o que nem sempre acontecia.

Para que a discussão destes assuntos não ficasse restrita apenas aos profissionais que traziam o problema para discussão (participantes dos EREP), sempre que possível havia a participação de um representante do serviço que estava sendo discutido. Foi dito por vários profissionais, que um dos maiores entraves no desenvolvimento do trabalho, além da organização do trabalho, estava na (dificuldade de) comunicação entre os profissionais dos diferentes serviços. Esta questão pôde ser trabalhada dentro

dos encontros dos EREP, visto que os profissionais passaram a se conhecer, conhecer o trabalho do outro e saber como o seu trabalho pode interferir sobre o trabalho do outro, gerando consequências nem sempre boas na produção do cuidado, ou seja, se produz atos de saúde nem sempre cuidadores, tanto para trabalhadores como para os usuários.

Os profissionais que participaram deste processo relataram o quão importante era a existência de momentos de reflexão e de trocas entre os profissionais, pois, no dia a dia do trabalho, são poucos os espaços que permitem discussões de seu processo de trabalho, e destacaram também a importância de diferentes olhares contribuindo para estas discussões.

A lição apreendida, enquanto tutoras dos EREP, é que pudemos perceber que não basta planejar ou montar um processo/organização de um serviço estruturado a partir, por exemplo, de organogramas e fluxos. O processo de trabalho vai muito além disso, e para que funcione de maneira mais organizada e que permita a melhoria da qualidade dos serviços prestados, são necessários “espaço e tempo”, ou seja, a existência de momentos de encontro, em que profissionais discutam suas dificuldades e seus êxitos, a fim de que se construam redes de serviços que realmente funcionem, tendo o usuário como centro de nossa atenção.

### **EREP - Rural**

Nosso EREP começou com a apresentação das pessoas da seguinte forma:

- Quem é a pessoa que chegou até aqui?
- Como foi sua trajetória?

Os relatos foram muito ricos. As pessoas foram contando suas histórias e, através das suas histórias, a história do serviço. Foi emocionante!!! Deveríamos ter gravado os relatos. Não delimitamos tempo para as falas. Todos respeitaram cada relato, fazendo silêncio e prestando atenção. Avalio que devíamos isso às pessoas. Tinha um sentimento de se apresentar por apresentar, não valia a pena.

Nos encontros seguintes, propusemos a rápida exposição de alguns casos com posterior escolha democrática do caso a ser discutido. Vários casos foram expostos, e o que estava “pegando” naquela ocasião foi o serviço do SAMU. Essas discussões culminaram num grande EREP do SAMU.

Outros temas discutidos foram sexualidade na adolescência, abordagem ao paciente com transtorno mental e o atendimento às urgências em saúde mental.

A forma de discussão de casos em “roda de conversa” favoreceu a formação do grupo, que acolheu quem estava sofrendo e trabalhando coletivamente na busca de solução dos problemas apresentados. Nesta perspectiva de pioneirismo, o município busca constantemente refletir e reinventar caminhos sobre o modo de produção do cuidado no SUS.

### **EREP - Sul**

O movimento iniciado na Secretaria de Saúde, denominado EREP, foi um marco em minha carreira profissional, pois possibilitou operacionalizar conteúdos significativos que vivi, discuti e acreditei e continuo acreditando enquanto educadora e também profissional de saúde em fim de carreira, pois sou aposentada.

Fui tutora do EREP da região sul, mas também participei de sua concepção, operacionalização, enquanto assessora da Secretaria de Saúde. Foi desafiante, instigante, motivador e criativo. E segundo Campos (1997)<sup>11</sup>, este trabalho se constituiu enquanto em uma “obra” de trabalho durante o pequeno período em que estivemos na Secretaria de Saúde.

Por que Obra? Porque as falas e práticas dos sujeitos envolvidos manifestavam que se sentiam sujeitos ativos na invenção de programas para debelar os problemas sanitários presentes no cotidiano do trabalho.

Os problemas levantados tornavam-se insumos para reflexão, potencialmente estimuladores e

despertavam a criatividade dos participantes, tornando-os responsáveis e comprometidos com as ações propostas. O mesmo autor diz que “na saúde, é necessário reaproximar os trabalhadores do resultado de seu trabalho”... e [fazer com que o trabalhador se sinta] criador de Obras dignas de admiração e respeito<sup>11</sup>.

Durante o período de realização dos EREP, o sentimento de estar construindo uma obra, restaurando movimentos vividos e em movimento fazia-se presente em todos os encontros. Foi possível resgatar e aprofundar conceitos importantes como cuidado, escuta, vínculo, processo de trabalho, trabalho em equipe, mas também assumir desafios de rever e em alguns casos construir as linhas de cuidado, da saúde mental, do serviço de urgência e emergência, do serviço de regulação. Além disso, foi possível criar espaços de discussão com diferentes sujeitos (pessoal do almoxarifado, sistema de informação, vigilância sanitária, epidemiológica, agendamento, regulação) envolvidos na gestão do cuidado que direta ou indiretamente influenciam na qualidade do cuidado, ou seja, ampliar o olhar sobre o que nos une “o cuidado, a construção de um sistema de saúde integral, equânime que atenda os princípios do SUS”.

As avaliações dos encontros nos alimentavam também enquanto sujeitos desta obra, pois os participantes registravam em suas avaliações que tinham expectativas de mudanças e intervenções, os encontros eram bons; a discussão era de extrema importância, os temas abordados iam ao encontro de suas expectativas, as dinâmicas utilizadas permitiam o crescimento dos participantes; era um espaço de troca; de refletir juntos, de corresponsabilidade, de produtividade. Enfim...um caminho...caminhando... em busca de saúde em excelência ... e de participação.

Desta forma, os objetivos dos EREP que eram:

- Criar espaços compartilhados de análise das práticas de cuidado realizadas pelos serviços de saúde do município;

- Fortalecer a construção das redes de cuidado efetivas a partir da experiência nos territórios;

- Ampliar a articulação entre as diretorias da secretaria municipal de saúde com as unidades assistenciais.

Foram se constituindo enquanto uma proposta que buscava desfragmentar o processo de trabalho, dar sentido ao trabalho do trabalhador, valorizar sua participação, ou seja, aproximar o trabalhador de sua obra, torná-lo um artista conhecedor de sua obra, que, em pouco tempo de sobrevivência, oportunizou a tutores, facilitadores e participantes envolvidos um outro jeito de trabalhar em saúde.

E para terminar, utilizo a famosa frase de Heráclito: “Ninguém entra em um mesmo rio uma segunda vez, pois quando isso acontece já não se é o mesmo, assim como as águas que já serão outras.”<sup>12</sup>

Não sou mais a mesma depois de ter vivido o EREP.

### **EREP - Centro**

Os EREP, dispositivo, estratégia de gestão, ou qualquer outro nome que pudesse ter a partir dos diversos referenciais teóricos de gestão, representou a possibilidade de respirar, de oxigênio em um ambiente dominado por normas e regras, fragmentado entre as diversas diretorias da secretaria de saúde.

Estas afecções em mim, compondo a equipe gestora de um serviço municipal de saúde, é que foram mobilizando a construção de um dispositivo, que pudesse reconfigurar os espaços de relações entre os diversos trabalhadores, onde pudéssemos sentar todas as diretorias a partir dos problemas vividos nas diversas regiões da cidade e pensarmos no cuidado integral. Tivemos dois desafios na construção dos EREP, a centralidade da discussão no usuário, no cuidado integral, e o trabalho com uma metodologia produzida em ato, no encontro entre os trabalhadores das diversas diretorias e das

*unidades de atenção presentes em cada região da cidade.*

*Nos primeiros encontros dos EREP centro, o olhar das pessoas era desconfiado, começamos nos apresentando e assim fomos nos ouvindo e escutando muitas vezes: “nossa, você é a ‘Fulana’ com quem converso sempre por telefone; fico feliz de sair da minha sala e conhecer melhor e mais outras perspectivas da secretaria de saúde”. Nos encontros pudemos compartilhar experiências exitosas, registrar as dificuldades e propor novas formas de construir redes. Particularmente no EREP centro, a rede de urgência emergência (RUE) disparou um debate significativo, a partir das dificuldades vividas pelos trabalhadores que traziam a vida do usuário para a cena e não se conformavam com as dificuldades que geravam barreira de acesso. A partir destes debates, fomos enquanto equipe gestora entendendo melhor as barreiras na construção da RUE, demos espaços para os ruídos, e a partir deles foram desencadeadas intervenções para tornar a rede mais ágil.*

*Por outro lado, também resistimos em trazer o usuário para a cena, em trazer a vida que vem junto com o usuário<sup>13</sup> para a discussão, ficamos presos nos emaranhados produzidos na rede e pela rede, que embotam nossos sentidos, e não escutamos e nem produzimos projetos terapêuticos compartilhados e solidários, para aquelas situações complexas, onde vivemos a radicalidade da vida na luta pela sobrevivência. Foi difícil sair do círculo vicioso da busca de culpados pelas “falhas” na produção do cuidado.*

### **Considerações finais**

A riqueza do que foi esse movimento gerado pelos encontros de educação permanente já foi dita pelos relatos dos tutores de cada encontro regional, no entanto, destacamos alguns como: melhoria da articulação entre os serviços; ampliação do conhecimento da rede de serviços de saúde pelos trabalhadores; desenvolvimento da capacidade de análise dos trabalhadores das situações que

eles vivem em seu cotidiano; maior agilidade e compreensão sobre as diversas perspectivas dos problemas na construção das redes de atenção.

Reiteramos que muitos dos efeitos desencadeados pelos EREP foram decorrentes da sua concepção como um dispositivo de gestão municipal das redes de atenção à saúde, de garantir as ressonâncias dos debates para dentro das diretorias e dos outros espaços de gestão colegiada buscando dar encaminhamento às questões apontadas pelos EREP. Outros efeitos são decorrentes do momento do encontro, no qual a fala, a escuta, a explicitação da diferença e seu debate vão criando novos significados para os trabalhadores envolvidos neste processo.

### **Referências**

1. Brasil, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 198/GM/MS, 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. Brasília: MS, 2004.
2. CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface Comunic., Saúde, Educ 2005; (16) 9:61-177.
3. MENDES, EV. As redes de atenção à saúde. Cien Saúde Colet 2010; (15) 5: 2297-2305.
4. FRANCO, TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In PINHEIRO, R; MATOS, RA. “Gestão Em Redes”, LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2006.
5. FRANCO, TB, MERHY EE. Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.
6. GIL, CRR; MATIN, GB; GUTIERREZ, PR. A organização dos serviços de saúde em Londrina e região: uma experiência concreta no processo de municipalização. In. ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI Jr., L. (orgs.) Bases da Saúde Coletiva. Londrina: UEL, 2001.

7. LONDRINA. Lei Municipal nº 6.315, de 13 de outubro de 1995, que instituiu o programa “Saúde da Família” no Município de Londrina. Disponível em: <<http://leismunicipa.is/karnb>> Acesso em: 3 out. 2013.
8. CARVALHO, BG. Saúde da Família – uma estratégia para reorganização da Atenção Básica. [material não publicado, disponibilizado por e-mail pela autora]. Londrina, 2010.
9. LONDRINA, Prefeitura Municipal; Secretaria municipal de Saúde; Conselho Municipal de Saúde. Relatório de Gestão da Saúde 2007. Londrina, 2008. Disponível em: [http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec\\_saude/relatorios\\_gestao/relatorio\\_gestao\\_2007.pdf](http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/relatorios_gestao/relatorio_gestao_2007.pdf) (Acesso em: 24/09/13).
10. LONDRINA, Prefeitura Municipal; Secretaria Municipal de Saúde; Conselho Municipal de Saúde. Relatório de Gestão da Saúde 2011. Londrina, 2012. Disponível em: [http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec\\_saude/relatorios\\_gestao/relatorio\\_gestao\\_2011.pdf](http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/relatorios_gestao/relatorio_gestao_2011.pdf) (Acesso em: 16/08/12).
11. CAMPOS, GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipe de saúde. In: MERHY, EE; ONOCKO R (Org). Agir em saúde um desafio para o público. São Paulo Hucitec, 1997.
12. Mundo ciência. Filosofia – Heráclito. Disponível em: <<http://www.mundociencia.com.br/filosofia/heraclito.htm>>. [acessado em 10 de maio de 2012].
13. MERHY, EE; FEUERWERKER, LCM.; CERQUEIRA, MP. Da repetição a diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: RAMOS ,V.; FRANCO, T.B. (org) Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.