

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

**JULIANA KATARINA CADENA DA SILVA**

**POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO PIAUÍ:  
ANÁLISE A PARTIR DA ATUAÇÃO DA COMISSÃO DE INTEGRAÇÃO ENSINO  
SERVIÇO DO VALE DO RIO GUARIBAS**

**RECIFE  
2019**

**JULIANA KATARINA CADENA DA SILVA**

**POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO PIAUÍ:  
ANÁLISE A PARTIR DA ATUAÇÃO DA COMISSÃO DE INTEGRAÇÃO ENSINO  
SERVIÇO DO VALE DO RIO GUARIBAS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

**Orientador:** Prof. Dr. Pedro Miguel dos Santos Neto

**RECIFE**

**2019**

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

S586p Silva, Juliana Katarina Cadena da.  
Política de educação permanente em saúde no Piauí: análise a partir da atuação da Comissão de Integração Ensino Serviço do Vale do Rio Guaribas/ Juliana Katarina Cadena da Silva. — Recife: [s.n.], 2019.

180 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.  
Orientador: Pedro Miguel dos Santos Neto.

1. Política Pública. 2. Gestão em Saúde. 3. Educação Continuada. 4. Recursos Humanos em Saúde. I. Santos Neto, Pedro Miguel dos. II. Título.

CDU 37:61

---

**JULIANA KATARINA CADENA DA SILVA**

**POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO PIAUÍ:  
ANÁLISE A PARTIR DA ATUAÇÃO DA COMISSÃO DE INTEGRAÇÃO ENSINO  
SERVIÇO DO VALE DO RIO GUARIBAS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovada em: 18/02/2019

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Pedro Miguel dos Santos Neto  
Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

---

Profa. Dra. Tereza Maciel Lyra  
Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

---

Profa. Dra. Gabriella Moraes Duarte Miranda  
Departamento de Medicina Social – UFPE

À  
minha família de Recife (Pais, irmãs, sobrinhas,  
sobrinhos e prima) e minha família do Piauí  
(esposo, filho, sogra e cunhado), por todo  
sacrifício a que foram submetidos para que este  
trabalho fosse concluído.

## AGRADECIMENTOS

Neste momento, onde se fecha um ciclo com a redação final da Dissertação, torna-se imprescindível agradecer a todos e todas pelas contribuições para que eu conseguisse.

À Deus pelas incontáveis bênçãos derramadas e por mais esta conquista em minha vida.

Agradeço de todo coração ao meu amado esposo Diógenes, pelo amor e dedicação à nossa família, estando sempre ao meu lado, apoiando-me em todos os sentidos, sobretudo nos momentos mais críticos. Sem ele a realização desse trabalho não seria possível.

Ao meu amado filho, Gabriel, que me fez experimentar o inexplicável amor maternal.

Aos meus pais pelo apoio, incentivo incondicional e por terem respeitado a minha decisão de sair da capital para morar no interior. À Dudu, minha prima querida, que dedicou toda a sua vida para que pudéssemos realizar nossos projetos. Às minhas irmãs Ana, Kátia e Mércia pelo apoio e torcida. À minha sobrinha Bruna, prova viva da presença de Deus em nossas vidas, pelo carinho, companheirismo nas longas noites e pela competente assessoria no inglês.

Ao Prof. Pedro Miguel dos Santos Neto, meu orientador, pela oportunidade e confiança.

Às professoras Gabriella Morais Duarte Miranda e Tereza Maciel Lyra pela disponibilidade e pelas valiosas contribuições para construção desta Dissertação.

À professora Kátia Medeiros pela disponibilidade e generosa contribuição na construção do referencial teórico.

À professora Janete Castro, fonte de inspiração, que com suas palavras durante o processo de especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde me impulsionou a buscar o mestrado.

Às colegas de turma, essencialmente feminina, pelo companheirismo e solidariedade, pelo acolhimento e respeito. Por compartilharem comigo grandes momentos de aprendizado, alegria e angústias. Sinto-me honrada por fazer parte dessa turma. Obrigada, meninas superpoderosas!

Aos funcionários e professores do Instituto Aggeu Magalhães pelo acolhimento, suporte e condições oferecidas para que eu e diversos outros pudéssemos atingir nossos objetivos como pesquisadores.

À Coordenação Estadual de Educação Permanente em Saúde do Piauí, aos companheiros e companheiras da CIES Vale do Rio Guaribas pela colaboração, incentivo e compartilhamento de experiências, imprescindíveis para a realização desta pesquisa.

À Gestão da Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura de Pio IX, pela parceria e compreensão nos meus momentos de isolamento, necessários para dedicação à pesquisa. Aos colegas de trabalho e amigos, pelo apoio e torcida e pelo suporte nos momentos de ausência.

A todos os informantes chave que aceitaram participar da pesquisa e tornaram possível a construção deste estudo.

Muito Obrigada!

“Não basta saber ler que Eva viu a uva. É preciso compreender qual a posição que Eva ocupa no seu contexto social, quem trabalha para produzir a uva e quem lucra com esse trabalho”.

(Paulo Freire)

Essa é a educação que acredito!

SILVA, Juliana Katarina Cadena da. **Política de educação permanente em saúde no Piauí**: análise a partir da atuação da comissão de integração ensino serviço (CIES) do Vale do Rio Guaribas. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

## RESUMO

A gestão da educação e trabalho na saúde e o modo como se articula com as práticas de saúde constitui-se agenda não concluída nas políticas de saúde no Brasil. A educação permanente é um pilar à essa gestão no desenvolvimento dos trabalhadores. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi instituída em 2004 e para avançar em sua implementação, suas diretrizes operacionais foram lançadas em 2007. O objetivo do estudo foi analisar a Política de Educação Permanente em Saúde no Piauí a partir da atuação da Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES) do Vale do Rio Guaribas. A partir do referencial de análise de políticas, realizou análise documental, pesquisa de dados secundários e entrevistas, num estudo de caso. Período analisado de 2007 a 2014. Utilizando o modelo elaborado por Walt e Gilson (1994), buscou-se analisar o contexto de regionalização da política, caracterizar seu conteúdo, analisar o processo de formulação e implementação identificando os atores. Os resultados evidenciaram um contexto favorável, mudanças de ordens democráticas e de inovações nos âmbitos federal e estadual. Resultados macroeconômicos positivos com o crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), aumento das exportações e grande impacto das políticas de habitação, educação e saúde nos indicadores sociais. Na política setorial, destacou-se a regionalização do Piauí em onze territórios, num contexto histórico desfavorável à regionalização, político-institucional e conjuntural favoráveis numa governança cooperativa com institucionalidade intermediária, aspectos de seu financiamento foram demonstrados. No processo uma intenção clara quanto à implementação da política no estado, mesmo que assistemática, sobretudo relacionada à capilaridade regional. No conteúdo, destaca-se a diretriz estadual apresentada em 2014. Vários atores individuais e institucionais relacionaram-se ao processo. Como avanço destaca-se a construção e aprovação do plano de educação permanente em saúde para nortear as ações da CIES no território.

Palavras-chave: Política Pública. Gestão em Saúde. Educação Permanente. Recursos Humanos em Saúde.

SILVA, Juliana Katarina Cadena da. **Policy Continuous Health Education in Piauí: analysis according to the role of Vale do Rio Guaribas's Permanent Committees of Teaching-Service Integration (CIES)**. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

### **ABSTRACT**

The management of education and health work and the way it is articulated with health practices constitutes an incomplete agenda in health policies in Brazil. Permanent education is a pillar of this management in the development of workers. The Continuous Health Education Nacional Policy was instituted in 2004 and to advance its implementation, its operational guidelines were launched in 2007. The objective of the study was to analyze The Policy of Continuous Health Education in the state of Piauí according to the role of Vale do Rio Guaribas's Permanent Committees of Teaching-Service Integration (CIES). From the policy analysis framework, he performed documentary analysis, secondary data survey and interviews, in a case study. Period analyzed from 2007 to 2014. Using the model elaborated by Walt and Gilson (1994), we tried to analyze the context of regionalization of the policy, to characterize its content, to analyze the process of formulation and implementation identifying the actors. The results showed a favorable context, changes of democratic orders and innovations at the federal and state levels. Positive macroeconomic results with growth in Gross Domestic Product (GDP), increased exports and great impact of housing, education and health policies on social indicators. In the sectoral policy, the regionalization of Piauí in eleven territories, in a historical context unfavorable to regionalization, political-institutional and conjunctural favorable in a cooperative governance with intermediate institutionality, aspects of its financing were demonstrated. In the process a clear intention as to the implementation of the policy in the state, even if unsystematic, mainly related to regional capillarity. In the content, we highlight the state directive presented in 2014. Several individual and institutional actors related to the process. As a breakthrough, the construction and approval of the permanent health education plan to guide CIES actions in the area stands out.

Key words: Public Policy. Health Management. Continuing Education. Health Manpower.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Um Modelo para Análise de Política de Saúde .....	42
Figura 2 – Representação das Macrorregiões do Estado do Piauí – 2007 .....	45
Figura 3 – Representação dos Territórios de Desenvolvimento do Estado do Piauí – 2007 .....	46
Quadro 1 – Eixos analíticos, componentes e estratégias metodológicas da pesquisa de acordo com os objetivos propostos e pressupostos assumidos .....	51
Quadro 2 – Categorização das unidades de análise do estudo .....	52
Figura 4 – Organograma da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí-SESAPI, Posição Ocupada pela Educação Permanente em sua Hierarquia .....	75
Quadro 3 – Análise das deliberações da 5ª Conferência Estadual de Saúde presentes no Plano Estadual de Saúde 2008-2011 .....	100
Quadro 4 – Atividades de educação permanente em saúde estruturadas a partir dos PAREPS do Estado do Piauí programadas e executadas nos anos de 2012 a 2014 segundo as unidades de análise adaptadas do estudo de Peduzzi .....	101

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, Piauí, 1991/2010.....	69
Tabela 2 – Índice de Desenvolvimento Humano e seus componentes, Piauí, 1991/2010 .....	69
Tabela 3 – Regionalização do estado Piauí 2007 .....	72
Tabela 4 – Recursos financeiros do Ministério da Saúde para implementação da PNEPS, no período de 2007 a 2011, destinados ao estado Piauí .....	77
Tabela 5 – Série Histórica dos Gastos em Saúde aplicados pelo estado do Piauí no período de 2007 a 2014 .....	79

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CRTS	Câmara de Regulação do Trabalho na Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CD-ROM	<i>Compact Disc Read-Only Memory</i>
CGRS	Colegiados de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIES	Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNRH	Conferência Nacional de Recursos Humanos
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAPES	Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONPROF	Sistema Informação sobre os Conselhos Profissionais
DeCs	Descritores em Ciências da Saúde
Degerts	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
DEGERTS	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
Deges	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DVD	<i>Digital Versatile Disc</i>
EaD	Educação à Distância
EC	Educação Continuada
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
INFORSUS	Sistema Nacional de Informação em Gestão do Trabalho no SUS
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PAREPS	Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde

PCCS-SUS	Plano de Cargos, Carreiras e Salários dos profissionais do SUS
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Diretor de Regionalização
PEPS	Plano de Educação Permanente em Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPI	Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde
Profae	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
Profaps	Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde
ProgeSUS	Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS
Pró-residências	Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas
Pró-saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
RH	Recursos Humanos
Rorehs	Rede de Observatório de Recursos Humanos
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UnaSUS	Universidade Aberta do SUS
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>2 OBJETIVO GERAL.....</b>	<b>22</b>
<b>2.1 Específicos .....</b>	<b>22</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>23</b>
<b>3.1 O surgimento da visão de recursos humanos em saúde no Brasil .....</b>	<b>23</b>
<b>3.2 Educação Permanente .....</b>	<b>28</b>
3.2.1 Os consensos e dissensos sobre educação permanente e educação continuada.....	30
3.2.2 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – Marco Normativo.	33
3.2.2.1 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.....	33
3.2.2.2 Alterações recentes na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.....	35
<b>3.3 Políticas Públicas.....</b>	<b>36</b>
<b>3.4 Análise de Políticas.....</b>	<b>40</b>
<b>3.5 A escolha do modelo analítico - O modelo de análise de políticas públicas de saúde de Walt e Gilson .....</b>	<b>42</b>
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>44</b>
<b>4.1 Tipo de Estudo .....</b>	<b>44</b>
<b>4.2 Período do Estudo .....</b>	<b>44</b>
<b>4.3 Área do Estudo.....</b>	<b>45</b>
<b>4.4 Unidade de Análise .....</b>	<b>47</b>
<b>4.5 Sujeitos do Estudo/ Informantes Chave.....</b>	<b>47</b>
<b>4.6 Instrumentos, Estratégias e Técnicas para coleta de dados.....</b>	<b>47</b>
<b>5 ANÁLISE DE DADOS DA PESQUISA .....</b>	<b>49</b>
<b>5.1 Descrição das unidades de análise .....</b>	<b>53</b>
<b>5.2 Limites do método .....</b>	<b>54</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....</b>	<b>55</b>
<b>7 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>56</b>
<b>7.1 Macro contexto.....</b>	<b>56</b>
7.1.1 Esfera política.....	56
7.1.2 Esfera econômica.....	60
7.1.3 Esfera social.....	65

<b>7.2 Micro contexto</b> .....	<b>69</b>
7.2.1 Política Setorial .....	69
7.2.2 Finanças do Setor .....	77
7.2.3 Problemas de saúde e organização dos serviços .....	82
<b>7.3 O Processo da Política e seus Atores</b> .....	<b>85</b>
7.3.1 Entrada na Agenda .....	85
7.3.2 Formulação .....	86
7.3.3 Implementação.....	88
7.3.4 Avaliação.....	91
<b>7.4 O conteúdo da política em âmbito nacional</b> .....	<b>93</b>
<b>7.5 O conteúdo da política no estado do Piauí</b> .....	<b>95</b>
7.5.1 Plano Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) do Vale do Rio Guaribas – A Intervenção .....	104
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>106</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>109</b>
<b>APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL</b> .....	<b>124</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	<b>125</b>
<b>APÊNDICE C – PAREPS VALE DO RIO GUARIBAS – A INTERVENÇÃO</b> .....	<b>128</b>
<b>ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA</b> .....	<b>176</b>
<b>ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA</b> .....	<b>177</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Ainda em processo de construção, o Sistema Único de Saúde (SUS) carrega em sua essência um grande desafio na garantia do exercício de seus princípios doutrinários (Universalidade, Integralidade e Equidade), envolvendo os gestores, entidades formadoras, força de trabalho e cidadãos (controle social) num processo contínuo de formação e reflexão, buscando aproximação com as necessidades de toda a população. Sua constante transformação social traz em si repercussões nos diferentes campos do saber e nas práticas de saúde.

Uma questão relevante, que pertence a uma agenda ainda não concluída nas políticas de saúde do Brasil: a gestão da educação e do trabalho na saúde e o modo como essa gestão se articula com as políticas de saúde. Esse tema mobiliza diversas perspectivas (FERLA; POSSA, 2013).

As bases que legitimam a ação do Ministério da Saúde na construção da Política de Recursos Humanos estão expressas no artigo 200, inciso III, da Constituição Federal que estabelece, como uma das atribuições do SUS, a ordenação da formação de recursos humanos para o Sistema. A Lei Nº 8.080/90, expressa a necessidade de articulação entre as esferas de governo para formalização e execução da política de recursos humanos. Acrescenta-se, ainda, a Emenda Constitucional nº 19, artigo 39, prevendo a instituição de um Comitê, nos três níveis de governo, na manutenção de escolas para formação e aperfeiçoamento do servidor público. Já na Lei nº 8.142/90 está expressa a exigência de comissão de elaboração de planos de cargos e carreiras como critério para repasse de recursos financeiros do governo federal para estados e municípios (BRASIL, 2003).

A Lei Orgânica da Saúde, nos artigos 13, 15 e 27, determina a contribuição na organização de um sistema de formação nos diversos níveis de ensino, e a prática do ensino e pesquisa constituída nos serviços públicos integrantes do SUS (BRASIL, 1990).

No Brasil, a política de regularização transformou-se numa vertente autônoma do governo federal e vem se juntar a uma estratégia mais ampla de valorização e modernização das carreiras no setor público. Essa orientação política do governo federal fornece uma indicação precisa de qual o caminho a seguir para aperfeiçoar a gestão do trabalho no SUS. Não por acaso, a questão dos recursos humanos em

saúde ganhou status de nó górdio da gestão do SUS (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2011).

O Ministério da Saúde reconhece que para a construção da Política de Recursos Humanos em Saúde, é necessária a consideração de dois sistemas fundamentais: a formação/preparação para o trabalho, representando o sistema de produção de recursos humanos, e a gestão do trabalho, representando as questões relativas à utilização de Recursos Humanos. Não esquecendo de um componente, como ponto de interseção entre esses dois sistemas, a Regulação das Profissões (BRASIL, 2003).

A gestão do trabalho e da educação na saúde está presente como preocupação dos gestores do SUS. Ganhando ampliação considerável desde a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde em 2003, garantindo a priorização do enfrentamento à questão do trabalho no setor público de saúde. No que se refere ao papel do gestor do SUS na formação e qualificação dos trabalhadores a preocupação torna-se ainda maior pela complexidade da força de trabalho, constituída por profissionais de diferentes níveis de formação e vínculos empregatícios diversos. Torna-se um grande desafio para os gestores contemplar a Política de Educação Permanente em Saúde para um público tão diverso, adequar estratégias de ação que correspondam às necessidades dos serviços de saúde e às necessidades da população, sendo imprescindível o planejamento e o diálogo.

A gestão do trabalho em saúde, em especial, o desenvolvimento de seus trabalhadores, envolve várias estratégias, como a organização, a estrutura, e a inserção do trabalhador no espaço de trabalho, assim como o compromisso com seu contínuo desenvolvimento, sendo a Educação Permanente em Saúde um dos pilares de sustentação (MORA; RIZZOTTO, 2015).

A Educação Permanente em Saúde considera o processo de trabalho como centro valorizado de ensino-aprendizagem e a transformação do mesmo, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e o controle social em saúde (LEMOS; FONTOURA, 2009).

Após um longo período de debate sobre a necessidade de um instrumento legal que abarcasse os aspectos relativos à gestão da educação na saúde, esse tema entrou na agenda dos governos e, no ano de 2004, foi publicada a portaria que

regulamentou a Política de Educação Permanente em Saúde no âmbito nacional (BRASIL, 2004b).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) foi instituída pelo Ministério da Saúde (MS) pela Portaria nº 198/GM/MS, em fevereiro de 2004, considerando a proposta de fortalecer a descentralização da gestão e de incentivar a participação social nas tomadas de decisões políticas do Sistema Único de Saúde (SUS). Com esta portaria o gestor federal do SUS pretende cumprir com seu papel na formação de recursos humanos para o SUS. A Constituição Federal, em seu artigo 200, afirma que o SUS deve interferir pela orientação da formação em saúde, em coerência com as diretrizes e princípios constitucionais (BRASIL, 2004a).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) tem como princípio a gestão democrática e participativa, constituindo-se em uma estratégia frutífera de aperfeiçoamento do processo educativo. Nas ações educativas concernentes à EPS, o principal diferencial está na inserção do protagonismo dos trabalhadores, usuários e controle social. As propostas educativas são concebidas e desenvolvidas a partir das necessidades percebidas no processo de trabalho e na utilização de diferentes preceitos educativos, em especial, a aprendizagem significativa (MORAES; DYTZ, 2015).

Com o objetivo de avançar na implementação da política, a Portaria GM/MS nº 1.996/2007 definiu novas estratégias de ação, instituindo diretrizes operacionais em consonância com os Pactos pela Saúde e de Gestão (BRASIL, 2006).

Em 2007, a PNEPS sofreu alterações, impulsionada por mudanças no sistema de gestão na área da saúde com vistas ao fortalecimento da regionalização, eixo central dos Pactos pela Saúde e de Gestão. Para efetivação dessa Política, as diretrizes nacionais preconizavam a elaboração de construções regionais, considerando as necessidades locais, com inserção de atores estratégicos que compõem o quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Sendo as CIES, instâncias que possibilitam a participação desses atores e promovem o diálogo.

A principal mudança, com a Portaria GM/MS nº 1.996/2007, foi a substituição dos Polos de Educação Permanente pelos Colegiados de Gestão Regional (CGRs) e a criação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIESSs). Estas Comissões, segundo as novas diretrizes da PNEPS, tornam-se um dispositivo para a formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em

Saúde (PNEPS). Pautada na Cogestão da PNEPS, a CIES tem como princípios fundamentais a interinstitucionalidade e a regionalização, sendo orientadas por planos de educação permanente em saúde, elaborados nos níveis regional e estadual, podendo variar conforme a unidade da federação, que agregam processos formativos formais e estratégias para a reorganização e fortalecimento do trabalho em saúde (FRANÇA *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2014).

Dessa forma, estabeleceu-se uma relação onde o êxito da política estava diretamente relacionado a estruturação das CIES e dos Colegiados Gestores Regionais (CGRs), e que esta deveria se organizar em torno da descentralização da saúde com estratégias para fortalecimento do SUS a partir da qualificação dos trabalhadores (VIANA, 2010).

Apesar do reconhecimento de que as CIES são instâncias necessárias para o desenvolvimento da Política de Educação Permanente, ainda são escassos estudos que analisem como tais instâncias têm operado e desenvolvido o conjunto de atribuições de sua competência, sobretudo relativos à existência e operacionalização dos PAREPS. Neste sentido, a proposição do presente estudo consistiu em analisar a Política de Educação Permanente em Saúde no Piauí a partir da atuação da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) do Vale do Rio Guaribas. As CIES são instâncias responsáveis pela elaboração dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), instrumento essencial para nortear as ações de Educação Permanente em Saúde no âmbito de atuação das CIES no território, a partir de uma construção coletiva.

Diante disso, torna-se importante o desenvolvimento de estudos para demonstrar a real atuação das CIES na condução da Política de Educação Permanente, permitindo desvendar potencialidades e fragilidades. Nesse sentido, o estudo sobre a Política de Educação Permanente em Saúde no Piauí e atuação da CIES do Vale do Rio Guaribas, busca fortalecer uma cultura de análise de políticas, contribuindo com o desenvolvimento de estudos para o setor, visando o fortalecimento da Política de Educação Permanente em Saúde no Estado.

Entende-se que este estudo é importante para o estado do Piauí e para o aprofundamento da análise do tema, contribuindo para reflexão da gestão da educação permanente em saúde, tanto por existirem poucos estudos que abordem este tema no âmbito estadual, como também por merecer maiores incentivos, apoio político e visibilidade.

A aproximação com a temática parte da vivência profissional, atuação na cidade de Pio IX, interior do Piauí onde a partir de 2001, depois de uma transição de poder de 18 anos de hegemonia política de um grupo, houve a oportunidade de traçar novos planos para a cidade. A cidade de Pio IX, foi a penúltima cidade do estado do Piauí a municipalizar a saúde, conforme a Norma Operacional Básica (NOB-SUS) 01/96. Foi se construindo um processo de trabalho com implantação das equipes da ESF e Saúde Bucal, organização do setor de imunização, implantação de NASF e CAPS. Com o propósito de implantar serviços e melhorar os já existentes no município, processos de capacitação/formação foram buscados para aprimorar a gestão e esse caminho foi se fortalecendo, especialização em Saúde Pública, Gestão em Saúde, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde que possibilitou a aproximação mais estreita com a Educação Permanente, surgindo admiração e respeito pela área, conhecendo e acreditando no seu potencial transformador e libertário. A oportunidade de docência pela Escola Técnica do SUS (ETSUS) Piauí, no curso técnico em agente comunitário de saúde revelou o quão grande é o potencial da Educação Permanente, a experiência permitiu entender e estimular nos agentes o seu papel como educador popular, reflexões sobre os processos de trabalho no interior das equipes, o envolvimento da comunidade e dos trabalhadores de outros pontos de atenção à saúde da rede municipal mereceu destaque na busca pela integralidade da assistência. O município também teve a oportunidade de participar de experiência de intercâmbio em Saúde Mental no Projeto Percursos Formativos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), onde 20 profissionais passaram um mês na cidade de Coronel Fabriciano – MG para troca de experiências. As experiências municipais só ratificam que através da educação permanente podemos fazer muito e verdadeiramente transformar nossas práticas aprendendo a refletir sobre elas, acreditando nisso essa pesquisa visa colocar em evidência a Política de Educação Permanente em Saúde no Piauí, compreendendo em profundidade a Política no estado, a partir da atuação da CIES do Vale do Rio Guaribas a qual o município está inserido.

Diante do exposto, coloca-se a seguinte questão como pergunta condutora deste estudo: Como se desenvolve a Política de Educação Permanente em Saúde no Piauí a partir da atuação da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) do Vale do Rio Guaribas?

Assume-se como pressupostos que a maior parte das ações de Educação Permanente em Saúde no Estado do Piauí, vem sendo desenvolvida de forma pontual

e fragmentada, em função de dificuldades à operacionalização de políticas de saúde regionalizadas de caráter colegiado e que ainda são incipientes os mecanismos de construção de Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde para nortear as ações das CIES no Estado do Piauí.

## **2 OBJETIVO GERAL**

Analisar a Política de Educação Permanente em Saúde no estado do Piauí.

### **2.1 Específicos**

- a) Compreender e explicitar o CONTEXTO de regionalização das ações de Educação Permanente no Estado do Piauí a partir da atuação da CIES do Vale do Rio Guaribas;
- b) Caracterizar o CONTEÚDO da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito estadual, regional e federal;
- c) Analisar o PROCESSO de formulação e implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no Vale do Rio Guaribas, identificando os principais ATORES envolvidos;
- d) Desenvolver em parceria com o Estado do Piauí a construção do Plano Regional de Educação Permanente em Saúde da Região do Vale do Rio Guaribas.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

A partir do delineamento do problema de pesquisa e do objeto deste estudo, o referencial teórico escolhido apresenta os seguintes recortes: recursos humanos em saúde, educação permanente e análise de políticas, explicitados de maneira mais objetiva a seguir. Vale destacar que as informações aqui contidas não pretendem esgotar o assunto referente aos temas elencados, devido a sua complexidade e abrangência.

#### 3.1 O surgimento da visão de recursos humanos em saúde no Brasil

Ao longo da história das políticas de saúde no Brasil, a discussão em torno da formação de recursos humanos para o SUS vem sendo amplamente discutida, principalmente em espaços coletivos como é o caso das Conferências Nacionais de Saúde (BRASIL, 2003; DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Considerada como um dos primeiros marcos históricos no processo de formação de recursos humanos, a IV Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1967, destacou como tema central “Recursos Humanos para as Atividades de Saúde”, atribuindo ao Ministério da Educação e Cultura e Ministério da Saúde a responsabilidade por essa formação (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1967).

A VII Conferência, realizada em 1980, merece destaque por fomentar a discussão sobre a formação de recursos humanos, com uma proposta generalista em detrimento da lógica especialista, além de apontar a reestruturação da escola de saúde pública com enfoque no treinamento e formação dos sanitaristas (SAYD; VIEIRA Jr.; VELANDIA, 1998).

Indiscutivelmente, um marco histórico na consolidação das políticas de saúde no Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, num amplo processo de mobilização social, onde usuários, trabalhadores e movimentos sociais tiveram sua representação garantida, foi discutido novos rumos para o sistema de saúde brasileiro. A Conferência abordou os temas: 1) saúde como direito; 2) reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3) financiamento para o setor (BRASIL, 2009; SAYD; VIEIRA Jr.; VELANDIA, 1998), culminando com a promulgação da Constituição Federal criando o SUS. Para o tema recursos humanos, essa

conferência foi decisiva, pois discutiu-se de maneira sistematizada, propostas para elaboração de política específica para área.

Foram considerados aspectos relacionados à gestão, como valorização da dedicação exclusiva ao sistema, remuneração e plano de cargos e carreiras, constituição de equipes multiprofissionais, critérios para cobertura e quanto à formação e qualificação dos profissionais para atuar em um novo modelo assistencial, a ser implantado com o advento do SUS (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013). Sendo idealizada e concretizada a I Conferência Nacional de Recursos Humanos (CNRH), acontecendo no mesmo ano com o tema central “Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA SAÚDE, 1993).

A II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, ocorrida em 1993, apresentou potencialidades para melhorar o cenário de formação de recursos humanos, abarcando em suas propostas, aspectos referentes à formação e desenvolvimento da gestão do trabalho, integração das instituições de ensino e prestadores de serviços, ressaltada a inclusão dos conselhos de saúde e de educação, de forma a viabilizar a efetiva participação do SUS na regulação e na ordenação dos processos de formação. Outro fato marcante dessa Conferência foi o encaminhamento da regulamentação imediata do inciso III do art.200 da Constituição Federal (BRASIL, 1988; CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA SAÚDE, 1993).

O processo de consolidação do SUS representa importante balizamento para as propostas e as estratégias de viabilização das políticas de recursos humanos. Encontra-se orientado por três grandes movimentos: o primeiro traduz-se no reordenamento e reorganização das funções dos diferentes níveis de gestão do SUS, com ênfase à municipalização. O segundo, complementar ao primeiro, é o processo de regionalização pactuada, iniciado pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), no sentido de garantir racionalidade ao Sistema, viabilizando os componentes de equidade e integralidade no atendimento à população, e não apenas a transferência de responsabilidade para os níveis municipais. O terceiro, a implantação do Programa Saúde da Família, como estratégia de reorientação da Atenção Básica e do modelo de atenção à saúde no país (BRASIL, 2003).

Apesar dos avanços sociais da década de 1980, Machado (2006) aponta que a década posterior, 1990, foi marcada pelo abandono da proposta de planos de

carreira profissional, pela precarização do trabalho no SUS, pelo crescimento desordenado por parte das escolas de saúde e sem relação social com as necessidades do SUS e ainda pela desmobilização do movimento sindical. A autora, considera a “década perdida” para os recursos humanos em saúde, e o saldo político uma enorme dívida social para com os trabalhadores. Outros autores (NORONHA; SOARES, 2001; PEREIRA, 2004; VARELLA; PIERANTONI, 2008), também consideram que a década de 1990 foi marcada por um quadro de retrocesso das conquistas sociais da década anterior, fruto de reformas administrativas do Estado como consequência das imposições macroeconômicas, expressas pelas orientações de organismos financeiros internacionais, alinhadas às medidas neoliberais, intensificadas, no Brasil, a partir dessa década.

As abordagens conceituais do termo recursos humanos, passou por uma revisão de conceito, sofrendo ressignificação de sua definição clássica, originária da ciência da administração, absorvendo o conceito de força de trabalho da economia política, incorporando conhecimentos da sociologia do trabalho, face às necessidades de adequação às modificações do trabalho em saúde, e hoje tem sido denominada de gestão do trabalho em saúde (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004).

A temática sobre a gestão do trabalho em saúde torna-se central, pelo papel fundamental que a força de trabalho desempenha na produção e utilização dos serviços de saúde. O sucesso das ações de saúde é dependente da organização do trabalho, necessitando de definições sobre a quantidade, combinação de competências, distribuição, treinamento e as condições de trabalho dos profissionais da saúde (DUSSAULT; SOUZA, 1999).

A gestão do trabalho em saúde adquiriu posição estratégica no sistema. Pensar e formular na área da gestão assume a dimensão de um complexo e vasto mundo do trabalho no qual, existe um processo permanente de interação e negociação entre os atores que produzem e gerenciam estes serviços. A prática gerencial implica atuação em diversas áreas do conhecimento, e envolve, no processo de trabalho, tudo aquilo que diz respeito ao trabalho e ao trabalhador: planos de carreira, desprecarização do trabalho, negociação, regulação, organização e estruturas de gestão, formação e capacitação dos trabalhadores (MACHADO; OLIVEIRA, 2012).

Pierantoni, Varella e França (2004), apontam alguns desafios no cenário internacional, referentes à gestão do trabalho: a baixa remuneração e a motivação das equipes, a desigualdade na distribuição da força de trabalho, o desempenho e a

responsabilização – prestação de contas. Além desses problemas acumulados ao longo dos anos, emergem outros, tais como migração entre os países, a baixa capacidade de preparação e fixação dos profissionais e o impacto das epidemias nos trabalhadores de saúde, resultando em absenteísmo e sobrecarga de trabalho.

Para Paim (2007), entre outros problemas no SUS, relacionado aos recursos humanos está a fragmentação do processo de gestão e o predominante amadorismo que geram a insuficiência de quadros profissionalizados e à reprodução de práticas clientelistas e corporativas na indicação dos cargos de direção em todos os níveis.

Alves e Assis (2011) evidenciam a fragilidade no vínculo entre o trabalhador e o usuário do SUS, em parte, pela rotatividade dos profissionais nas equipes e às dificuldades de fixação, sobretudo nos municípios de pequeno porte, aliados a instrumentos normativos que busquem a valorização do trabalhador do SUS. Com o avanço dos dispositivos e estratégias necessárias para a ampliação da atenção à saúde nos municípios, faz-se necessário o aumento do número de trabalhadores de saúde. Essa questão tornou-se fundamental para a oferta dos serviços, é necessária uma efetiva solução para as dificuldades de contratação de trabalhadores, devendo ser implementada estratégias como realização de concurso ou seleção pública, utilizando critérios de valorização da experiência e da formação técnica e política, articuladas com o ideário do SUS. Neste cenário, percebe-se que a Construção das Políticas se faz, entretanto, no contexto de realidades e demandas sociais distintas que se transformam ao longo do tempo.

Além da ação política, se faz necessário o desenvolvimento e a disseminação de conhecimento e informação, através do estímulo na constituição de grupos de investigação que promovam tais ações, bem como, através de um trabalho em rede, potencializem este processo, permitindo a ampliação e incorporação de agentes descentralizados na discussão e construção desta agenda de RH para o país. Nessa perspectiva é que se constitui a Rede de Observatório de Recursos Humanos (Rorehs), iniciativa criada pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), no intuito de fomentar a reflexão e promover estudos sobre essa temática (BRASIL, 2003).

Santos Neto (2012), em sua Tese de doutorado, analisa a Rorehs, seu processo de criação, consolidação e produção, a partir do referencial de análise de políticas. Explicita que a Rorehs é composta por vinte e duas estações de trabalho, e apesar de atuar no Brasil a menos de duas décadas, possui uma longa experiência

não só de produção de conhecimento no campo dos Recursos Humanos em Saúde, como também de iniciativas de trabalho na perspectiva de rede, numa importante contribuição do universo acadêmico.

Um outro fator importante para a política de recursos humanos é a necessidade de criar espaços permanentes de negociação, em que se coloque a participação do trabalhador da saúde como sujeito constituído de saber técnico e ativo no processo de construção do sistema público de saúde brasileiro. Em contrapartida, instituir espaços de negociação requer o envolvimento dos sujeitos no processo de construção e legitimação da participação cidadã, com a descentralização do poder decisório e incorporação do ideário da Reforma Sanitária Brasileira (ALVES; ASSIS, 2011).

A professora Janete Castro (2008), em sua tese de doutorado, destaca o protagonismo da OPAS/Representação do Brasil, na formulação e execução de projetos de educação que contribuíram para a construção do campo de Recursos Humanos nas instituições públicas de saúde no Brasil.

Machado (2000) aponta que vários mitos a respeito de Recursos Humanos (RH) devem ser desfeitos, merecendo destaque o mito de que os recursos humanos é coisa da política e de políticos. RH precisa ser considerado peça fundamental da estrutura do SUS, como uma questão técnica essencial na agenda política dos governantes. Não se concebe e não se estrutura o SUS sem profissionais adequados, qualificados, satisfeitos, para executarem os serviços. Da mesma forma que a saúde é um bem público, seus produtores também o são. Fazer política de RH é uma necessidade prioritária dos gestores e sindicalistas, que são, direta ou indiretamente, responsáveis pela mão-de-obra que atua nos serviços de saúde.

A partir do início do governo do presidente Lula, do Partido dos Trabalhadores, foi adotada a Política de Governo valorizando a importância de uma gestão competente de recursos humanos, em todas as suas dimensões. No ano de 2003, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde, responsável pela gestão das políticas de recursos humanos de saúde. As questões do trabalho retornam levando a uma reflexão sobre que modelo de Estado deve orientar as relações com a sociedade. A SGTES assumiu a responsabilidade de formular políticas orientadoras da gestão, formação e, qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde no Brasil (SANTOS NETO, 2012).

Desde a criação da SGTES, várias ações foram desencadeadas no sentido de implementar as propostas aprovadas desde a VIII Conferência Nacional de Saúde e a I Conferência de Recursos Humanos em Saúde. A partir de 2006, entre as ações promovidas pelo Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), através do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS), estão: a criação do banco de dados e de um sistema de informações sobre a força de trabalho em saúde no país – Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS (INFORSUS) e o Sistema de Informações sobre os Conselhos Profissionais (CONPROF).

Existiram outras ações desencadeadas pela SGTES, como o DesprecarizaSUS, com o intuito de buscar soluções para a precarização dos vínculos de trabalho nas três esferas de governo; a instituição do Fórum Permanente Mercosul para o trabalho em Saúde, com o objetivo de formular políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde, com vistas ao aumento da cobertura e maior qualidade da atenção à saúde para a população, com prioridade para regiões fronteiriças do Mercosul; a discussão para implementação do Plano de Cargos Carreiras e Salários dos profissionais do SUS (PCCS-SUS); na área de gestão da formação, a criação dos programas PET- Saúde, Profae, Profaps, Pró-saúde, Pró-residências, Telessaúde e UnaSUS; a instituição da Câmara de Regulação do Trabalho na Saúde (CRTS) como instância permanente de resgate do papel do gestor e regulador do trabalho em saúde (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013).

A partir da criação da SGTES, aponta-se para um possível deslocamento da tradicional área de RH em direção a uma concepção mais ampliada e necessariamente integrada acerca da gestão e qualificação do trabalho no SUS. Esse processo, ainda que visível apenas na esfera federal, deve transcender a alteração na denominação da estrutura ministerial, associando-se à busca de alternativas teórico-metodológicas que possam sustentar as reorientações demandadas (VIEIRA, 2009).

### **3.2 Educação Permanente**

O termo educação permanente aparece, pela primeira vez na França, em 1955, utilizado por Pierre Furter num projeto de reforma de ensino e tinha a tarefa de continuar a formação fora da escola. Mais recentemente, a Organização das Nações

Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), inseriu esse conceito em vários países como um modelo diferenciado de educação para adultos, proposta para reorientar a educação dos trabalhadores da saúde. Esta proposta utiliza como tendência pedagógica a educação problematizadora. A concepção pedagógica está sustentada na aprendizagem significativa que produza sentido e proporcione a transformação das atividades profissionais mediante a reflexão crítica sobre as práticas reais dos serviços de saúde (PAULINO *et al.*, 2012).

Na América Latina, a educação permanente tem sido divulgada pela OPAS, desde a década de 80, como um modelo diferenciado de educação de adultos, entendida como um conjunto de processos de aprendizagem que possibilita aos adultos o desenvolvimento de suas capacidades, o enriquecimento de seus conhecimentos e a melhoria de suas competências técnicas ou profissionais (BRASIL, 2007).

Contribuição importante para o arcabouço teórico construído pela OPAS é a definição de Róvere (1994, p. 9): a educação permanente é “a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho”. O mesmo autor destaca ainda que a educação permanente é uma atividade de natureza cultural atuando principalmente como uma contracultura opondo-se às rígidas estruturas das instituições de saúde, contribuindo para um planejamento estratégico com vistas à democratização do poder e do saber nesses espaços.

Para Ceccim e Ferla (2008), a educação permanente em saúde precisa ser compreendida ao mesmo tempo, como uma prática de ensino-aprendizagem e como uma política de educação na saúde. Os autores, ainda apontam que a educação permanente se assemelha com vertentes brasileiras da educação popular em saúde, compartilhando de seus conceitos, porém enquanto a educação popular tem em vista a cidadania, a educação permanente tem em vista o trabalho.

A Educação Permanente em Saúde é uma estratégia para promover a cogestão no cotidiano do trabalho (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013). Para fortalecer essa metodologia, incorporam-se as ideias do educador Paulo Freire que apresenta uma concepção pedagógica tendo o aprendiz como foco, numa significativa abordagem sociocultural. Na perspectiva “freireana”, o ser humano não pode ser compreendido fora de seu contexto; ele é o sujeito de sua própria formação e se desenvolve por meio da contínua reflexão sobre seu lugar no mundo, sobre sua realidade. Essa conscientização é pré-requisito para o processo de construção

individual de conhecimento ao longo da vida, na relação pensamento-prática. Visa à consciência crítica, que é a transferência do nível de assimilação dos dados do mundo concreto e imediato, para o nível de percepção subjetiva da realidade, como um processo de relações complexas e flexíveis ao longo da história (FREIRE, 1987).

As concepções de educação permanente até agora apresentadas têm concordância com a noção de educação permanente em saúde difundida pela OPAS e adotada pelo Ministério da Saúde. Porém, é necessário reconhecer que a adoção da educação permanente na área da saúde disputou com a educação existente até então, educação continuada, considerada insuficiente para promover a transformação das práticas em saúde. Tal questão será tratada a seguir.

### 3.2.1 Os consensos e dissensos sobre educação permanente e educação continuada

A OPAS cria uma diferenciação entre os termos educação permanente e educação continuada, considerando a última mais reducionista. No entanto esta distinção não tem unanimidade.

Em total oposição ao conceito da OPAS, Marin (1995) entende que a educação continuada seria mais completa por incorporar a ideia de formação no próprio trabalho, sem interrupção ou fragmentação, dependendo dos objetivos que se quer alcançar e que termos como reciclagem, treinamento, aperfeiçoamento e capacitação não são suficientes para expressar o seu sentido.

Para Haddad *et al.* (1994) a educação permanente inclui a educação continuada e a educação em serviço. Peres e Bagnato (1998) após revisarem o tema educação continuada na bibliografia científica em saúde empregam o termo educação contínua e entendem que dentre seus significados ao longo do tempo estão compreendidas a educação continuada e a educação permanente.

Caiado (2002) identifica que embora haja distinção por parte de alguns autores, há semelhanças que permitem tratar os termos educação continuada e educação permanente como iguais a partir de uma concepção freireana de educação. A autora aponta que a educação continuada se aproxima mais com a aquisição pelos profissionais da saúde de novos conhecimentos que façam sentido para melhoria do processo de trabalho.

Embora a concepção de inacabamento do ser de Paulo Freire sirva à proposta da educação permanente, o próprio autor a rejeita de maneira contundente pois

considera que a educação traz em si mesma a ideia de ser contínua por toda a vida e por isso não existiria uma educação que não fosse permanente.

“Na verdade, faz parte da essência do ser da educação a permanência. O adjetivo “permanente” juntado a ela não é só uma redundância, mas o que é pior, é uma distorção. A educação é permanente, I – na medida em que os seres humanos, enquanto seres históricos, e com o mundo, são seres inacabados e conscientes de seu inacabamento, II – na medida em que se movem numa realidade igualmente inacabada. Numa realidade contraditória e dinâmica, realidade que não é, pois que para ser tem de estar sendo. Este caráter permanente da educação não tem nada a ver, porém, com a chamada Educação Permanente [...] O que esta educação parece vir insinuando, através do adjetivo “permanente” com o qual conota o substantivo “educação” é a redução de toda educação a ela, isto é, a Educação Permanente. É como se seus teóricos, ou melhor, seus ideólogos, “retirando” do ser da educação a qualidade da permanência, transformando-a um adjetivo necessário, apresentando-a como a própria educação.” (FREIRE, 1984 apud GADOTTI, 1992).

Entendemos, no entanto, que mesmo que se configure redundante uma educação ser permanente, tal não invalida o conceito e os objetivos da educação permanente como uma proposta autêntica de educação.

Para Farah (2003), a educação continuada é tomada como uma complementação da formação dos profissionais com o objetivo de auxiliá-los no trabalho junto à realidade social; no entanto a educação permanente seria um processo compartilhado entre trabalhadores e usuários para resolução dos problemas de saúde. Reconhecendo que anterior a ambas as estratégias já se pensava numa educação em serviço para os trabalhadores da saúde.

Na concepção de Gatti (2008) o termo educação continuada é tão vasto que se equivale a um “guarda-chuva” sob o qual se abrigam inúmeras ações de educação desde cursos de pós-graduação a qualquer outra atividade que melhore o desempenho profissional. Para a autora o termo está mais relacionado com uma ação para tentar suprir uma formação fragmentada e precária dos profissionais do que propriamente de atualização e aprofundamento em avanços do conhecimento.

Marandola *et al.* (2009) analisando o conceito de educação permanente adotado pelo Ministério da Saúde identificaram dificuldade de distinção dos termos por parte de autores de trabalhos científicos sobre a temática e entendem que tratá-los como iguais pode acarretar perdas no potencial da educação permanente para transformação das práticas em saúde. Já Ramos (2010) assevera que, em um

contexto mais amplo, educação continuada, educação permanente, aprendizagem ao longo da vida, educação de adultos podem ser considerados sinônimos.

Schott (2013), fazendo a análise dos dois termos, educação permanente e educação continuada, afirma que as concepções coabitam na área da saúde sendo às vezes empregados como sinônimos, mas diversas vezes são apresentados como conceitos distintos. A mesma autora ressalta a ausência do termo educação permanente no DeCs (Descritores em Ciências da Saúde) que é um vocabulário estruturado criado para unificação da linguagem na indexação de artigos e outras publicações científicas e é uma metodologia utilizada pela Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Sendo esta, uma condição imposta por vários periódicos que as palavras-chave de suas publicações estejam compreendidas entre os DeCs.

Em consulta à base de dados DeCs, o termo mais aproximado ou que se relaciona à educação permanente entre os disponíveis é educação continuada definida como “Programas educacionais destinados a informar os indivíduos sobre recentes avanços em seu campo particular de interesse. Eles não conduzem a qualquer posição convencional avançada” (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2017). Portanto, nesta base de dados é considerada a equivalência entre os conceitos. Figueiredo *et al.* (2017), reivindicam a inclusão do termo “educação permanente” como descritor.

Lemos (2016) aponta que justamente no momento em que o trabalho se encontra cada vez mais instável e precarizado, o Ministério da Saúde apresenta um discurso sobre uma gestão inovadora, dando centralidade à questão da educação permanente em saúde. Segundo a autora, a ideia não é de educação permanente, mas de gerenciamento permanente. Assegura que a educação permanente em saúde se converte em uma ideologia que seduz pela sua aparência de novidade pedagógica em contraposição à ideia de um instrumento de transformação radical.

Percebe-se que realmente existe distinção entre educação permanente e educação continuada, embora não seja consensual e assume-se, juntamente com Schott (2013) que todo esforço que se faz em mostrar que a educação permanente seria melhor que a educação continuada, deveria ser direcionado para convergir esforços nas ações de educação para recursos humanos em saúde, como integrantes indistintamente da educação permanente em saúde privilegiando a crítica sobre as práticas, mas também o desenvolvimento integral de cada um dos sujeitos.

### 3.2.2 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – Marco Normativo

Após um longo período de debate sobre a necessidade de um instrumento legal que abarcasse os aspectos relativos à gestão da educação na saúde, esse tema entrou na agenda dos governos e, no ano de 2004, foi publicada a portaria que regulamentou a Política de Educação Permanente em Saúde no âmbito nacional. Buscou-se apresentar como se conformou o processo de instituição da política, a partir da publicação da portaria nº 198, as mudanças que ocorreram na política, culminando a publicação de uma nova portaria em 2007 e por fim, as principais diretrizes da política.

O Ministério da Saúde (MS), reconhecendo a importância de articular a educação e a regulação da força de trabalho, criou em 2003 a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), por meio do Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003 com o papel de integrar o ensino com o trabalho em saúde para motivar e propor mudanças na formação técnica, na graduação e na pós-graduação e promover um processo de educação permanente dos trabalhadores do SUS, com base nas necessidades de saúde da população (BRASIL, 2003; HADDAD *et al.*, 2008).

Integram a SGTES: o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges) e o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts). Este último foi criado para tratar dos assuntos referentes ao planejamento da inserção de trabalhadores, à regulação das relações de trabalho e à regularização dos vínculos trabalhistas.

Ao Deges cabe todas as questões que envolvem a formação, desenvolvimento e educação permanente dos trabalhadores da saúde em todos os níveis de escolaridade, bem como as atividades de capacitação destinadas aos profissionais de outras áreas em saúde, movimentos sociais e população, além de articulações com o ensino básico para a formação da consciência sanitária (BRASIL, 2004).

#### 3.2.2.1 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

Em setembro de 2003, a SGTES apresentou o documento “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS – Caminhos para a Educação Permanente em Saúde – Polos de Educação Permanente em Saúde”, aprovado na reunião

extraordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Em novembro do mesmo ano, a proposta da Política passou pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo objeto da Resolução nº 335, de novembro de 2003, que aprovou a “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde”, bem como a estratégia de “Polos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde”, como instâncias locais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2003).

Na formulação dessa política, foi a noção de Quadrilátero da Formação, metáfora pensada por Ricardo Burg Ceccim, em 2002, quando na direção da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, que fundamentou a instituição de Polos de Educação Permanente em Saúde em todo o país (CECCIM; ARMANI, 2002).

Os Polos visavam envolver as instituições de ensino, principalmente universidades, que poderiam atuar de forma consorciada ou conveniada com as secretarias estaduais ou municipais de saúde para a implementação de programas destinadas a formação de pessoal, principalmente da gestão e da saúde da família. Dessa forma, esperava-se que a PNEPS fosse consolidada enquanto uma política que integrasse as iniciativas existentes, na medida em que se constituía enquanto eixo transformador do Sistema, fundamentada no papel dos polos e do conceito de educação permanente (CAMPOS *et al.*, 2006).

Tal ordenamento constitucional ainda não previsto como política pública na saúde, foi demandado para a criação de uma política pública que abarcasse a reestruturação do modelo de formação na buscando fortalecer o SUS. Para isso, pensou-se numa estratégia para dar sustentação ao conjunto de transformações necessárias para as mudanças a partir da criação desta política pública de saúde. A estratégia escolhida, recebeu o nome de educação permanente, esta proposta foi concebida acreditando no potencial educativo da reflexão coletiva das práticas saúde (LOPES, 2007).

Consolidando esse processo, em fevereiro de 2004, foi publicada a Portaria nº198/GM/MS que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor (BRASIL, 2004). Considerando a proposta de fortalecer a descentralização da gestão e de incentivar a participação social nas tomadas de decisões políticas do Sistema Único de Saúde (SUS).

### 3.2.2.2 Alterações recentes na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

Em 2007, uma nova portaria (Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007) substituiu os Polos pelas Comissões de Integração Ensino-Serviço em Saúde (CIES) como instância de gestão regional da Educação Permanente em Saúde, em conformidade com as diretrizes de regionalização do sistema de saúde estabelecidas no Pacto pela Saúde de 2006, regulamentado pela Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.

Esta Comissão, segundo as novas diretrizes da PNEPS, torna-se um dispositivo para a formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Pautada na Cogestão da PNEPS, a CIES tem como princípios fundamentais a interinstitucionalidade e a regionalização, sendo orientadas por planos de educação permanente em saúde, elaborados nos níveis regionais e estadual, podendo variar conforme a unidade da federação, que agregam processos formativos formais e estratégias para a reorganização e fortalecimento do trabalho em saúde (FRANÇA *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2014).

Devido às mudanças no sistema de gestão na área da saúde, com descentralização e fortalecimento das instâncias gestoras e do controle social, os entes federados passaram a assumir a responsabilidade de criar estruturas de coordenação e execução em âmbito regional e local (MORAES; DYTZ, 2015).

Viana (2010) afirma que com o processo de descentralização em consolidação, a partir de arranjos de regiões de saúde, fundamentadas na cogestão, através do Pacto Pela Saúde, em 2006, e do estabelecimento das novas diretrizes para a PNEPS, em 2007, ao passo em que são consolidados os instrumentos criados pelas NOAS, são estabelecidas em caráter de objetividade, as responsabilidades de cada esfera de gestão, incluindo a educação na saúde.

São atribuídas, de maneira geral, responsabilidades comuns às três esferas: formular, promover e apoiar a gestão da EPS; mobilizar e articular junto as instituições de ensino e a Educação, em seu respectivo âmbito, com o objetivo de induzir mudanças na graduação e pós-graduação para as profissões da saúde; e realizar processos de EPS em cooperação entre os entes, integrando todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de Educação Permanente em seu respectivo âmbito (BRASIL, 2006).

Porém, algumas questões, não são inteiramente comuns entre os entes no Pacto Pela Saúde (2006). São elas:

- a) O fortalecimento e articulação entre os municípios, estabelecendo referências para os processos formativos e vinculação dos municípios às mesmas, são atribuições dos estados;
- b) A aproximação dos movimentos de educação popular em saúde para a formação dos profissionais é atribuída apenas aos municípios;
- c) A execução de ações destinadas a formação técnica de maneira descentralizada, são atribuídas apenas à estados e municípios; e
- d) O financiamento, que é atribuído à União, com participação dos municípios, não constitui uma atribuição dos estados.

A Educação Permanente em Saúde, já consolidada institucionalmente no SUS, ainda é “um desafio ambicioso e necessário (CECCIM; FEUERWERKER, 2005) que precisa atuar próxima do coração da gestão (FEUERWERKER, 2006) para poder construir políticas descentralizadoras, de atenção integral e participativas, coerentes com as diretrizes e os princípios do SUS. Como colocado por Nicoletto *et al.* (2013), a Educação Permanente em Saúde, como foi idealizada, precisa assumir seu papel como política e não receber tratamento como programa de governo. A mesma autora e colaboradores acrescentam que cada contexto, apresenta um arranjo próprio e único, pois o resultado é dependente, em grande parte, dos atores que ali operam no desenvolvimento do seu trabalho cotidiano. Nessa perspectiva, faz-se necessário a importância de tornar visível a análise do cotidiano, sendo o campo da análise de políticas um instrumento necessário a este desvelamento. Este campo será tratado a seguir.

### **3.3 Políticas Públicas**

Antes do tratamento sobre o campo de análise de políticas, segue-se com breves considerações a respeito da definição de Política Pública.

A palavra política carrega significados amplos, como ressalta Rua (2009, p. 34) analisando a definição apresentada por Schmitter onde expressa que a “política é a resolução pacífica para os conflitos”. Rua (2009), segue acrescentando que a política representa a união de procedimentos formais e informais que declaram relações de poder, destinando-se à resolução pacífica dos conflitos quanto a bens públicos.

De acordo com Paim (2002), como categoria teórica, a política abrange tanto questões relativas ao poder (natureza, estrutura, relações, distribuição e lutas) quanto as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de governo.

Secchi (2013) observa que países de língua latina como o Brasil, Espanha, Itália e França encontram dificuldades em distinguir alguns termos essenciais das ciências políticas. Aponta o caso da língua portuguesa como exemplo, onde o termo “política” pode assumir duas conotações principais, em que as comunidades epistêmicas de países de língua inglesa conseguem diferenciar usando os termos *politics* e *policy*. O mesmo autor, destaca a diferenciação realizada por Bobbio, Mateucci e Pasquino (2002), onde *Politics* significa a atividade humana para a obtenção e manutenção dos recursos necessários no exercício do poder sobre o homem. Já *Policy*, refere-se a dimensão de “política” mais concreta e que tem relação com orientações para a decisão e ação. Chama atenção ainda, para a primeira definição como a mais presente no imaginário das pessoas de língua portuguesa, onde está associada à competição/disputa. E ressalta que a segunda está vinculada ao termo “política pública” (*public policy*), sendo estas responsáveis por tratar sobre o conteúdo concreto e simbólico de decisões políticas, e do processo de construção dessas decisões.

O termo Políticas Públicas é polissêmico, valendo ressaltar dentre essa polissemia o conceito proferido por Williams Jenkins, que define Políticas Públicas como um conjunto de decisões tomadas por atores políticos ou grupos de atores em relação a metas e recursos a fim de atingir uma determinada situação (VIANA; BAPTISTA, 2008).

Souza (2006), assevera não existir forma única para definição de políticas públicas, baseando-se nas definições de alguns autores como Lynn, Peters, Dye e Mead, estudiosos tradicionais sobre o tema. A autora ressalta que para os mesmos, a política pública é considerada como um campo de estudo que analisa o governo à luz de grandes questões públicas, proclamando-se num conjunto de ações de governo que produzirão efeitos específicos.

Alguns autores são apresentados como fundadores da área de políticas públicas, são eles: H. Laswell, H. Simon, C. Lindblom e D. Easton. Sendo o primeiro responsável por introduzir a expressão *policy analysis* (análise de política pública), no sentido de unir conhecimento científico/acadêmico à produção empírica dos governos e como forma de permitir o diálogo entre cientistas sociais, grupos de interesse e

governo. Simon, estabeleceu o conceito de racionalidade limitada dos decisores públicos (policy makers), porém afirmando que a limitação da racionalidade poderia ser minimizada pelo conhecimento racional. Lindblom fez críticas ao racionalismo de Laswell e Easton conceituou política pública como um sistema resultado da interação entre o ambiente, a formulação e o resultado (SOUZA, 2006).

Segundo Secchi (2013), alguns autores e pesquisadores defendem a abordagem estadista, enquanto outros defendem abordagens multicêntricas referente ao protagonismo no estabelecimento de políticas públicas. A abordagem estadista sendo compreendida como monopólio de atores estatais e a abordagem multicêntrica, não estabelece seu foco em quem formula a política (que pode ser qualquer um), preocupando-se quanto a origem do problema a ser enfrentado, esta é a sua caracterização fundamental.

Frey (2000), explicita a classificação de políticas públicas como: política distributiva é a que considera a questão dos recursos como limitados, gerando impacto mais localizados que universais, privilegia grupos sociais ou regiões em detrimento do todo. Geralmente não são contestadas, visto que a entrega de bens ou serviços a alguns grupos da sociedade acontece sem prejudicar ou reduzir os benefícios de qualquer outro grupo; política regulatória envolve a implementação de restrições pela autoridade em outras organizações, como empresas ou grupos profissionais. Os efeitos dos seus custos e benefícios não permitem definição, tendem a ser conflitivas, uma vez que restringem o espaço da organização ou grupo visado; políticas redistributivas conferem maior amplitude no acesso e determinam perdas concretas e em curto prazo para certos grupos sociais e ganhos incertos e futuro para outros. Possui caráter extremamente conflitivo; política constitutiva refere-se aos procedimentos, explicita as regras e a estrutura dos processos e conflitos políticos.

Para Araújo Jr. (2000), política pública é interpretada como um conjunto de ações conduzidas por um ator, ou pelo seu conjunto, relacionadas a um determinado problema que, busca legitimidade, nos modernos Estados democráticos (ARAÚJO Jr., 2000). Já na concepção de Ham e Hill (1993), as políticas públicas são formadas por um emaranhado de decisões ou mesmo por sua falta. Essa falta de decisão, foi definida por Hecló (1972) como inação, sendo a omissão também uma forma de fazer política.

Na saúde, não são apenas os governos que fazem política; também os trabalhadores, com diferentes posições, disputam projetos de vida e de sociedade,

operam relações e articulam saberes tecnológicos, conformam práticas, governam processos de trabalho, planejam ações, produzem acolhimentos, vínculos, consciência sanitária e autonomias. Conforme Merhy (2002, p.149), “todos os atores em situação, na saúde, disputam a gestão e a produção do cuidado”, mas a questão é como poder pensá-los de um modo mais público.

Buscou-se a união das ideias de Araújo Jr. (2000) e de Merhy (2002) para adoção do conceito de política adotado para esta dissertação.

As políticas públicas constituem-se um campo de conhecimento de práticas, envolvendo várias perspectivas de análise, permitindo o avanço na produção de conhecimento como também permitem o direcionamento das ações e a própria formulação de políticas de saúde, ocupando um lugar de destaque na área da saúde coletiva (DALFIOR; LIMA; ANDRADE, 2015).

Influindo diretamente no cotidiano dos profissionais e dos cidadãos, as políticas públicas sofrem os efeitos de diversos determinantes e interesses conflitivos para determinação da sua formatação e de seus rumos (FLEURY; OVERNEY, 2008).

Arretche (2003), aponta o crescente interesse por estudos em políticas públicas, atribuindo esse interesse ao intenso processo de inovação e experimentação em programas governamentais, assim como as oportunidades abertas à participação nas mais diversas políticas setoriais. Ressalta que esses estudos despertaram não apenas uma enorme curiosidade sobre o funcionamento do Estado brasileiro, como também revelam a enorme fragilidade sobre sua institucionalização e efeitos produzidos, impulsionando o surgimento dos estudos que analisam essas políticas públicas em nosso país.

Concordando com Arretche, Viana e Baptista (2008) asseveram que o campo de análise de políticas surge com o objetivo de questionar a ação pública, suas finalidades, seus processos e suas consequências. Lipsky (2010), adverte para a necessidade de análise da política que é produzida e reinventada na medida que o agente governamental e/ou profissional, considerando as dimensões da descentralização e capilaridade, encontram-se e as suas relações com a população beneficiária. Ressaltando que tal encontro permite a implementação, formulação e reformulação de políticas.

Esse campo segue em crescimento, despertando o interesse de grupos diversos, entre eles gestores e pesquisadores, que buscam compreender as diversas

conformações estabelecidas na relação Estado-sociedade (SERAFIM; DIAS, 2012). Sendo este estudo, um exemplo prático.

### 3.4 Análise de Políticas

É inegável a importância e relevância dos estudos das políticas públicas no atual contexto social, político e econômico brasileiro (ARRETCHE, 2003). Parece ser crescente a preocupação em conhecer as políticas e tentar melhorar os seus processos. Várias abordagens teóricas e métodos vêm sendo utilizados para o estudo e explicação de políticas públicas, na área da saúde não poderia ser diferente.

Torna-se pertinente apresentar a diferenciação apresentada por Dalfior, Lima e Andrade (2015) entre os termos: avaliação política, análise de políticas e avaliação de políticas públicas. Os autores apresentam a concepção de Baptista e Rezende (2011), onde avaliação política consiste na elucidação do critério fundante da política, estabelecendo as razões por sua escolha, evidencia o caráter político do processo decisório bem como valores e critérios políticos. A análise de políticas públicas objetiva a apreensão da política em sua totalidade de forma coerente e compreensiva, considerando ambiguidades, incoerências e incertezas inerentes aos momentos e estágios da ação pública. A avaliação de políticas públicas está pautada na relação entre a política e seu resultado.

Para Bardach (1998) análise de política é um conjunto de conhecimentos permeado por diversas disciplinas das ciências humanas utilizado para buscar analisar ou resolver problemas concretos concernentes à política (policy) pública. Já na concepção de Dye (1992, p.1), fazer “análise de política é descobrir o que os governos fazem, porque fazem e que diferença isto faz”. Para ele, análise de política é a descrição e explicação das causas e consequências da ação governamental.

Por carregar diversas concepções, às políticas públicas foram desenvolvidos diferentes modelos analíticos. Os mais recorrentes na literatura são: Escolha Institucional Racional, Incrementalismo, Garbage Can, Equilíbrio Interrompido, Comunidades Epistêmicas, Múltiplos Fluxos, Gerencialismo Público, Arenas Sociais e Estrutura de Coalizão de Defesa (GELINSK; SEIBEL, 2008; VIANA; BAPTISTA, 2008).

Para proceder à análise de políticas de saúde (policyanalysis) são adotados distintos enfoques teóricos-metodológicos, a saber: Institucionalismo histórico

(MACHADO; BAPTISTA; LIMA, 2012); Referencial do ciclo das políticas públicas (VIANA, 2008); Sociogênese das políticas públicas (PINELL, 2010); Abordagem crítica inspirada no pensamento estratégico e na planificação situacional (PAIM, 1992).

Viana e Baptista (2012), informam que cada escola de referência tem o poder de elucidar os rumos de uma política segundo os interesses individuais e de disputas entre grupos de interesses (pluralismo) ou das razões estruturais da sociedade capitalista (estruturalismo). Chama atenção para os casos de análise da política de saúde, admitindo ser incomum a escolha de apenas um referencial analítico pelos analistas.

A análise de política consiste em atividade complexa, onde se exige do analista um posicionamento ideológico claro, observação atenta para apurar sutilezas, verificação do processo da política, de seus aspectos, valores, interesses, atores envolvidos, as interações entre eles, assim como as relações de poder, tomadas de decisão, conflitos e negociações (DALFIOR; LIMA; ANDRADE, 2015), acrescentando ainda a importância do contexto onde essas interações acontecem (ARAÚJO Jr., 2000).

Cabe destacar aqui o protagonismo do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) na iniciativa de instrumentalizar o campo de análise de políticas, com a publicação de duas edições do livro Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil, a primeira em 2008 e a segunda, revisada e ampliada em 2012. A iniciativa buscou reunir e apresentar as múltiplas dimensões do sistema de saúde do Brasil em uma abordagem multidisciplinar do campo da saúde coletiva, estimulando a capacidade crítica e a ação política de atores envolvidos nesse processo, mediante conteúdos técnico-científicos, contextualizados social e politicamente.

Ao lançar mão da análise de política, o analista depara-se com um valioso instrumento metodológico na comparação com outras realidades, permitindo o aprendizado e a troca de experiências (VIANA; BAPTISTA, 2012). Sendo imprescindível para o analista, a escolha do modelo a ser utilizado. Para este estudo, optou-se por utilizar o modelo compreensivo para Análise de Políticas de Saúde de Walt e Gilson (1994), o qual detalharemos a seguir.



econômica e social. Já o micro contexto concentra-se na análise das políticas setoriais, do financiamento e dos problemas de saúde e organização dos serviços.

A esfera política é analisada a partir de mudanças políticas, regime político, ideologia, políticas públicas, influência internacional e suas relações com o processo de formulação de uma política, seguindo a mesma conformação na abordagem das esferas econômica e social (ARAÚJO Jr.; MACIEL FILHO, 2001).

Segundo Araújo Jr. e Maciel Filho (2001) no micro contexto, a análise no âmbito da política setorial deve descrever as diretrizes e linhas de ação da política de saúde sob o aspecto político-institucional; no financiamento refere-se às finanças setoriais, o orçamento tripartite executado ou planejado para política, mecanismos de repasse, suas fontes e valores. Os problemas de saúde devem ser elencados, constituindo num diagnóstico situacional epidemiológico e da organização dos serviços de saúde. Já o conteúdo da política, caracteriza-se por suas propostas, programas, ações e/ou atividades com respectivos objetivos e metas. Os atores, são compreendidos como todos aqueles (individuais ou institucionais) que interagem no ciclo da política. O processo político, traduz-se num agrupamento onde ocorre as interações entre os atores que possuem interesse nas políticas, constituindo arranjos mais fortes em relação ao poder de decisão.

O modelo de análise de políticas de Walt e Gilson vem sendo utilizado em diversos estudos como base para a análise (ARAÚJO Jr., 2000; ARAÚJO Jr.; MACIEL FILHO, 2001; LYRA, 2014; SANTOS NETO, 2012).

No entendimento de Araújo Jr. (2000), a política compreende um conjunto de recursos, conhecimento e pessoas inter-relacionados que interagem entre si e com outros grupos sociais, visando alterar para melhor uma determinada situação.

A partir deste entendimento, e levando em consideração toda a complexidade da Política de Educação Permanente, neste estudo utilizou-se o modelo de Walt e Gilson (1994) que é um modelo analítico compreensivo que permite a análise de relações complexas e tem sido bastante utilizado em países em desenvolvimento para análise de políticas de saúde.

## **4 PERCURSO METODOLÓGICO**

### **4.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo descritivo analítico, a partir do referencial teórico de análise de políticas, do tipo estudo de caso, de abordagem qualitativa.

Segundo Yin (2015), os estudos de caso representam a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo: “como” e “por que”, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real.

Minayo (2002), ressalta o caráter social da pesquisa qualitativa, elencando que a mesma aborda o conjunto de expressões humanas constantes nas estruturas, nos processos, nos sujeitos, nos significados e nas representações.

Compreende um vasto campo de investigação que engloba diversas disciplinas e temas, recorrendo a diferentes abordagens para descrever, compreender e interpretar vivências, interações, comportamentos e contextos sociais (DENZIN; LINCOLN, 2011).

A abordagem qualitativa na saúde é utilizada nas investigações que se propõem a desvendar os modos de sentir, pensar e agir. Sobretudo, quando se considera que visam justificar propostas de intervenção em ações coletivas inscritas no campo (GOMES; SILVEIRA, 2012).

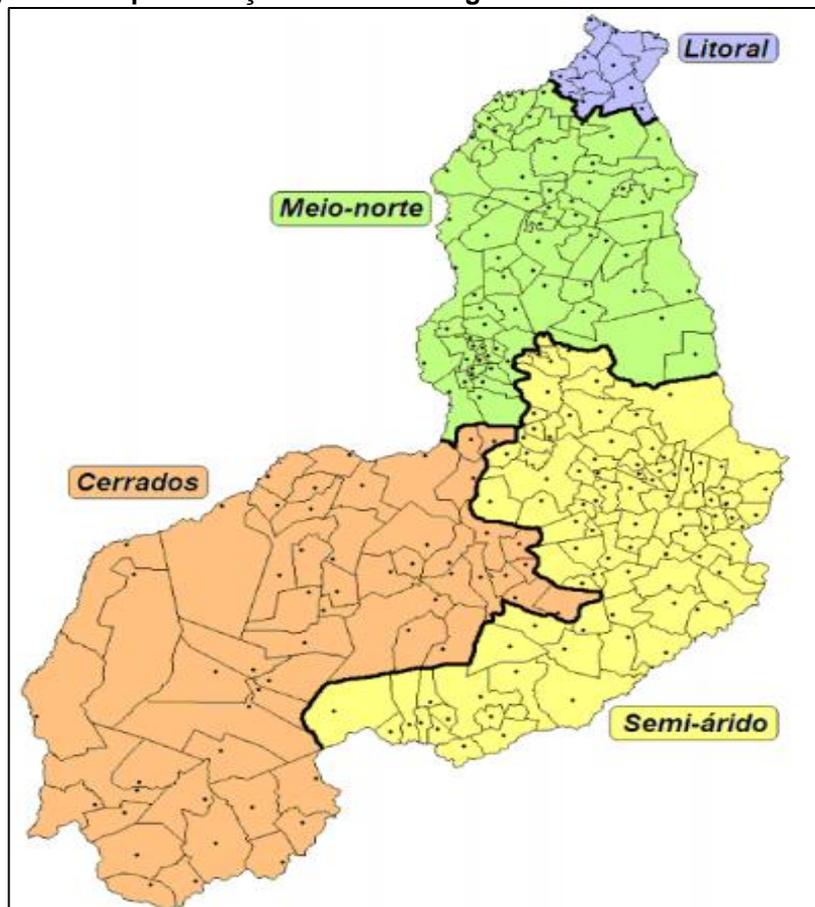
### **4.2 Período do Estudo**

Analisou-se o período entre 2007 a 2014. A opção por esse período, justifica-se pelo estabelecimento de novas diretrizes e estratégias para a implementação da política de EPS e definição da condução regional dessa política por meio de Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES). Destaca-se o ano de 2014 como de referência para vigência de diretriz estadual de educação permanente em saúde.

### 4.3 Área do Estudo

O Estado do Piauí está localizado no noroeste da Região nordeste do País, limitando-se ao norte com o Oceano Atlântico, Estados do Ceará e Pernambuco ao Leste, Estado da Bahia ao Sul e Sudeste, Estado do Tocantins ao Sudoeste e Estado do Maranhão ao Oeste e Noroeste. Possui uma área total de 251.611,932 Km<sup>2</sup>, representando 2,95% do território brasileiro, e apresenta uma população estimada de 3.218.567 habitantes (IBGE, 2017), o que constitui 1,55% do total da população brasileira, distribuída em 224 municípios, com uma densidade demográfica de 12,40 habitantes por Km<sup>2</sup>. A maioria da população piauiense é residente de áreas urbanas: 65,8%; a população rural perfaz 34,2%. Dos 224 municípios, 164 possuem menos de 10.000 habitantes, o que representa 73,21% de todo contingente do Estado, 3 possuem entre 50.001 e 100.000 habitantes (Picos, Piri-piri e Floriano), 1 mais de 100.000 habitantes (Parnaíba) e 1 mais de 500.000 habitantes (Teresina, capital do Estado, com 814.230 habitantes) (IBGE, 2010).

Figura 2 – Representação das Macrorregiões do Estado do Piauí – 2007



Fonte: Piauí (2007a)



#### **4.4 Unidade de Análise**

Neste estudo, analisou-se a política de educação permanente em saúde no Piauí a partir da atuação da CIES do Vale do Rio Guaribas considerando as seguintes categorias de análise: contexto, processo, conteúdo e atores. A CIES do Vale do Rio Guaribas pertence à Macrorregião do Semiárido, possui como município sede Picos e compreende 42 municípios. As CIES foram criadas no estado do Piauí a partir dos onze territórios de desenvolvimento.

#### **4.5 Sujeitos do Estudo/ Informantes Chave**

O estudo compreendeu 10 (dez) informantes chaves, obedecendo a seguinte configuração: 2 (dois) gestores regionais, 2 (dois) gestores estaduais, 2 (dois) representantes do segmento ENSINO, 2 (dois) representantes do segmento ATENÇÃO e 2 (dois) representantes do segmento CONTROLE SOCIAL. Buscando abranger o universo com todos aqueles que possuem vinculação com a formulação e implementação da educação permanente no Piauí a partir do território Vale do Rio Guaribas.

#### **4.6 Instrumentos, Estratégias e Técnicas para coleta de dados**

Com o propósito de contemplar as categorias de análise, para obtenção dos objetivos do estudo, procedemos com a seguinte forma de análise de dados: análise documental, base de dados secundária e análise de discurso das entrevistas.

A escolha pela pesquisa documental foi baseada no fato de constituir numa técnica importante para análise de documentos. A pesquisa documental se aproxima muito da pesquisa bibliográfica, mas sua principal diferença está em que a pesquisa documental recorre a materiais que ainda não receberam tratamento analítico, e a pesquisa bibliográfica remete para importantes contribuições de diferentes autores sobre o tema (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009). As fontes documentais são numerosas e diversificadas, já que qualquer elemento portador de dados pode ser um documento. Classicamente os documentos são escritos, porém as fontes documentais vêm se ampliando e passam a contemplar: fotografias, filmes, gravações sonoras, Compact Disc Read-Only Memory (CD-ROM), Digital Versatile Disc (DVD), cartas,

grafite, entre outros (GIL, 2010, p. 65-69). Foram analisados textos, documentos, relatórios administrativos, relatórios de gestão, plano estadual de saúde e outros documentos, como também fontes de dados secundários do IBGE e Ipea, buscando relação com a Política de Educação Permanente em Saúde no estado do Piauí e a condução regional pela CIES Vale do Rio Guaribas.

Para as entrevistas, utilizamos como fonte de coleta de dados roteiros de entrevista semiestruturados (APÊNDICE A), contendo relação de perguntas ou temas de acordo com os objetivos da pesquisa, aplicados de forma individual aos informantes chave, mediante aceitação para participação da pesquisa expressa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

A escolha por roteiros semiestruturados deve-se à característica de adaptação das perguntas conforme o desenrolar das entrevistas, permitindo driblar os riscos inerentes à técnica e abordagem escolhidas, esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de uma forma discursiva mais livre (MANZINI, 2004). Portanto, diante da percepção da pesquisadora de alguma contradição, buscou-se explorar a situação reformulando a pergunta. Também buscou-se colocar o entrevistado à vontade, ciente dos objetivos da pesquisa e sobre a importância de sua contribuição franca para o conhecimento e aprimoramento da política.

Os informantes chave foram: gestores da educação permanente no âmbito estadual, representantes do segmento gestão, representantes do segmento ensino, atenção e controle social da CIES Vale do Rio Guaribas. As entrevistas foram gravadas, sendo transcritas na íntegra para posterior categorização (Modelo de Análise de Políticas Walt e Gilson (1994) – Contexto, Conteúdo, Processo e Atores). As entrevistas foram nomeadas por ordem de realização, sendo a primeira denominada E1, e assim sucessivamente até a E10.

## 5 ANÁLISE DE DADOS DA PESQUISA

Para contemplar toda complexidade da análise da política de educação permanente em saúde, utilizamos a triangulação de métodos.

A triangulação de métodos se apresenta como uma estratégia de diálogo entre áreas distintas de conhecimento, permitindo a interação entre teoria e prática, abarcando múltiplos pontos de vista. Exige a combinação de variadas estratégias de pesquisa que possuem capacidade de contemplar as dimensões qualitativas e quantitativas do objeto (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

Buscou-se efetivar a análise, utilizando técnicas distintas, na tentativa de ampliação do universo de informações em torno do objeto de pesquisa (MARCONDES; BRISOLA, 2014).

Entendendo que a pesquisa firmada na triangulação prevê os diversos ângulos de análise, as diversas necessidades de recortes e ângulos buscando ampliar a visão, para que não seja limitada e o resultado alcançado não seja pautado em uma única perspectiva (TUZZO; BRAGA, 2016).

A política de educação permanente em saúde no Piauí e no território do Vale do Rio Guaribas assim como as ações desenvolvidas, foram descritas e analisadas a partir do modelo de análises de política de saúde de Walt e Gilson (1994), operacionalizado por Araújo Jr. e Maciel Filho (2001). Os quatro aspectos que esse modelo aborda – contexto, processo, conteúdo e atores, foram analisados a partir da análise documental e da análise de discurso das entrevistas.

A análise documental buscou identificar nas fontes utilizadas (Planos Estaduais de Saúde, Relatórios de Gestão, Relatórios de Conferências Estaduais, entre outros) informações relevantes para compreensão da análise da política de educação permanente em saúde no Piauí, buscando entender as especificidades da sua inserção regional através da CIES Vale do Rio Guaribas.

Por não existir uma forma ideal para interpretar dados provenientes de entrevistas, cabe ao pesquisador a escolha entre as diversas formas de análise existentes na pesquisa qualitativa, sendo a opção deste estudo a análise do discurso. Os arquivos de áudio com as gravações das entrevistas, foram transcritos na íntegra, com posterior leitura minuciosa do material para estabelecer correlação com as categorias de análise, apresentadas no modelo de análise de política, escolhido para este estudo: contexto, processo, conteúdo e atores, procedendo à análise de discurso.

Afiliando-se à Orlandi (2015, p. 15), o discurso é a “palavra em movimento, prática de linguagem”.

O analista ao utilizar a análise de discurso busca realizar uma interpretação, enfocando a posição discursiva do sujeito, legitimada socialmente pela união do social, da história e da ideologia, produzindo sentidos (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

A análise de discurso oferece a possibilidade de realizar novas leituras que evidenciam que em todo o discurso as relações de poder e o político estão em funcionamento (COUTINHO, 2014).

Os eixos analíticos, componentes e estratégias metodológicas da pesquisa de acordo com os objetivos propostos e pressupostos assumidos estão descritas de forma detalhada no quadro 1.

**Quadro 1 – Eixos analíticos, componentes e estratégias metodológicas da pesquisa de acordo com os objetivos propostos e pressupostos assumidos.**

<b>PRESSUPOSTOS</b>	<b>EIXOS ANALÍTICOS</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>COMPONENTES</b>	<b>ESTRATÉGIAS/FONTES</b>
<p>A maior parte das ações de Educação Permanente em Saúde no Estado do Piauí, vem sendo desenvolvida de forma pontual e fragmentada, em função de dificuldades à operacionalização de políticas de saúde regionalizadas de caráter colegiado.</p> <p>Ainda são incipientes os mecanismos de construção de Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde para nortear as ações das CIES no Estado do Piauí.</p>	<p>A Política de Educação Permanente em Saúde no Contexto do Piauí</p>	<p>1. Compreender e explicitar o CONTEXTO de regionalização das ações de Educação Permanente em Saúde a partir da atuação da CIES do Vale do Rio Guaribas;</p>	<p>Macro Contexto - Contexto (fatores políticos, econômicos, sociais e serviços de saúde); Micro Contexto - Contexto (fatores políticos, econômicos, sociais e serviços de saúde);</p> <p>Caracterização da política estadual de educação permanente em saúde.</p>	<p>Revisão bibliográfica Pesquisa e análise documental/análise de base de dados secundária (PES, PEEPS, RAG, legislação, normas, portarias)</p> <p>Entrevistas com informantes-chave</p>
	<p>Coordenação e condução regional da política</p>	<p>2. Caracterizar o CONTEÚDO da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito estadual, regional e federal;</p>	<p>Prioridades e estratégias aferidas a partir dos marcos normativos e legislativos; Ações planejadas/executadas a partir de adaptação do estudo de Peduzzi <i>et al.</i>, 2009.</p>	<p>Revisão bibliográfica Pesquisa e análise documental/análise de base de dados secundária (Regimento Interno, legislação, normas, portarias, relatórios das conferências, RAG)</p> <p>Entrevistas com informantes-chave</p>
	<p>Trajectoria histórica de implementação da política regional</p>	<p>3. Analisar o PROCESSO de formulação e implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no Vale do Rio Guaribas, identificando os principais ATORES envolvidos;</p>	<p>Processo político (entrada na agenda, formulação, implantação e avaliação); Implementação da política estadual de educação permanente em saúde; Fatores condicionantes dos avanços e dificuldades da política e desafios impostos; Atores – individuais e institucionais, arenas e relações de poder.</p>	<p>Revisão bibliográfica Pesquisa e análise documental/análise de base de dados secundária (legislação, normas, portarias, ações planejadas/executadas)</p> <p>Entrevistas com informantes-chave</p>
	<p>Coordenação e condução regional da política</p>	<p>4. Desenvolver em parceria com o Estado do Piauí a construção do Plano Regional de Educação Permanente do Vale do Rio Guaribas.</p>	<p>Estrutura da CIES (formação e composição); Processo de condução da política na CIES Vale do Rio Guaribas (atores – individuais e institucionais; posições e participação dos membros; relações entre os membros e destes com atores externos; agenda; e a capacidade de atuação da mesma)</p>	<p>Reuniões e Oficina</p>

Fonte: Adaptado de Portes (2017)

Na categoria Conteúdo da Política, utilizamos uma abordagem descritiva das ações realizadas pela CIES Vale do Rio Guaribas, no período de 2007 a 2014. Os dados foram organizados conforme unidades de análise dispostas no quadro 2 a seguir, baseadas no estudo de Peduzzi (2009) e BRASIL (2007).

**Quadro 2 – Categorização das unidades de análise do estudo**

<b>Unidades de Análise</b>	<b>Categorias Operacionais</b>	<b>Fontes para Verificação</b>
Tipo de atividade educativa	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atividades com enfoque na promoção, prevenção/recuperação da saúde – Integralidade</li> <li>2. Congressos, Simpósios, Seminários</li> <li>3. Reuniões Técnicas Administrativas/Atualização Técnico-científica</li> </ol>	<p>Documentos Oficiais como Plano Estadual de Saúde, RAG, PEPS, PAREPS, planejamento estratégico e outras fontes</p>
Público Alvo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Profissionais por categoria específica</li> <li>2. Todos os trabalhadores do serviço</li> <li>3. Estratégia Saúde da Família</li> <li>4. Núcleos de Apoio à Saúde da Família</li> <li>5. Controle Social</li> </ol>	
Estratégias de Ensino (Metodologias Ativas)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rodas de conversa</li> <li>2. Oficinas de trabalho</li> <li>3. Aula expositiva dialogada</li> <li>4. Aulas práticas</li> <li>5. Dinâmica de grupo</li> <li>6. Educação Popular em Saúde</li> </ol>	
Estratégias de Ensino (Metodologia Tradicional)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Palestras</li> <li>2. Aula Expositiva</li> </ol>	
Local da Atividade	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Em serviço</li> <li>2. Fora do Serviço</li> <li>3. Espaço Comunitário</li> </ol>	
Origem da Demanda	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Externa (proposta do nível central)</li> <li>2. Interna (proposta pelos trabalhadores)</li> </ol>	
Duração	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Curta (&lt; 20 horas)</li> <li>2. Média (20 – 40 horas)</li> <li>3. Longa (Acima de 40 horas)</li> </ol>	

Fonte: Adaptado do estudo de Peduzzi *et al.*(2009) e Brasil (2007)

## 5.1 Descrição das unidades de análise

Tipo de atividade educativa: para essa unidade de análise foram criadas três categorias, onde a primeira está mais próxima da EPS por incorporar atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças, e recuperação da saúde, baseadas no princípio da integralidade do SUS e conseqüentemente da PNEPS, articula-se entre esses níveis de atenção à saúde. As duas últimas categorias interpretamos como mais próximas da EC por pressupor ações com caráter individualizado, voltado para profissionais em áreas específicas do conhecimento, sem contextualização com o seu cenário de atuação (BRASIL, 2007; MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004; PEDUZZI *et al.*, 2009).

Para a unidade de análise público alvo, definiu-se como expressão da educação permanente em saúde as atividades que envolveram todos os trabalhadores do serviço ou os trabalhadores das equipes de ESF e NASF. É sabido que a EPS orienta as transformações a partir de intervenções com a equipe de trabalho e não com os profissionais de saúde individualmente (BRASIL, 2009; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A PNEPS estimula a mudança de uma concepção educacional tradicional para uma mais participativa que tem o trabalhador como um ser protagonista das ações educativas diretamente envolvido no processo, com o foco na problematização como estratégia para transformação do processo de trabalho. Assim, as metodologias ativas definidas no instrumento foram indicativas da EPS. Já as tradicionais, por trabalharem de maneira vertical e fragmentada, estavam voltadas para EC (BRASIL, 2009).

Referente à análise do local de ocorrência, as atividades que ocorreram nas unidades de saúde, ou externamente (na comunidade) podem apontar para uma aproximação entre as necessidades da comunidade e os serviços de saúde, objetivo da EPS. Assim aquelas que aconteceram nesses locais tem maior proximidade com a política.

Para a unidade de análise da origem da demanda, as que foram originadas internamente ao serviço, apresenta potencial de terem emergido a partir da realidade das equipes de trabalho, o que aponta para a lógica ascendente da EPS (BRASIL, 2009). A unidade de análise da duração das atividades, foi classificada em curta, média e longa permanência de acordo com o tempo de atividade transcorrido.

Para análise de narrativas das entrevistas semiestruturadas, aplicadas aos informantes chave, considerando a abordagem qualitativa, utilizamos o modelo de análise de políticas de Walt e Gilson (1994) em que as categorias de análise são: Contexto (político, econômico, social e serviços de saúde), Conteúdo (programas, projetos, propostas, objetivos), Processo (entrada na agenda, formulação, implantação e avaliação) e Atores (individuais e institucionais).

No Contexto procuramos identificar a realidade política, econômica e social que cerca e interage com a Política de Educação Permanente em Saúde no estado do Piauí, considerando as dimensões do Macro contexto e do Micro contexto; no Processo procuramos identificar como a política se operacionaliza no âmbito estadual e regional, analisando as ações realizadas pela CIES Vale do Rio Guaribas; no Conteúdo, foram analisadas as atividades/ações realizadas a partir das unidades de análise adaptadas do estudo de Peduzzi (2009) e Brasil (2007), também analisamos os Planos Estaduais de Educação Permanente, Relatórios de Gestão, Plano Estadual de Saúde; nos Atores procuramos identificar a atuação individual e institucional a partir dos níveis de representação do quadrilátero da EPS: gestão, ensino, atenção e controle social.

## **5.2 Limites do método**

Considerando o tipo do estudo, como sendo um estudo de caso utilizando a abordagem qualitativa, lançando mão de técnicas como a utilização de entrevistas semiestruturadas guarda em si limitações que lhes são inerentes, como incompreensão das perguntas, falseamento das respostas de forma consciente ou inconsciente, falta de motivação para as entrevistas, influência da relação pessoal ou das opiniões do entrevistador sobre o entrevistado. Além do fato dos estudos de caso tratarem sobre uma realidade específica, sendo passível de poucas generalizações.

## 6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para este estudo foram utilizados dados da pesquisa documental, onde alguns documentos encontram-se em domínio público irrestrito. Para os documentos não publicizados, no âmbito do estado foi autorizada anuência institucional da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí, conforme disponível no ANEXO A.

Os sujeitos envolvidos nas atividades de coleta de dados sob a forma de entrevistas (informantes chaves) tiveram participação voluntária e foram amplamente informados quanto aos objetivos do estudo, os possíveis riscos e benefícios decorrentes de sua participação, a garantia de que poderiam desistir da colaboração a qualquer tempo, assim como demais explicações solicitadas a respeito de sua participação. A eles foi assegurada a integridade física e moral e o sigilo das informações geradas durante o estudo, sendo utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) disponível no APÊNDICE B.

Este estudo foi realizado em conformidade com a Resolução 466/12 CNS e Resolução 510/16 CNS, que estabelece as normas para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética do Instituto Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz – PE, com aprovação sob número de parecer 2.735.984 (CAAE: 88326318.1.0000.5190).

## 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram sistematizados obedecendo o modelo de análise de políticas de Walt e Gilson (1994), em conformidade com a decodificação apresentada por Araújo Jr. e Maciel Filho (2001). Sendo apresentados o contexto da política, os atores envolvidos, o processo da política e seu conteúdo, tais aspectos inter-relacionados conformando a política em si.

A análise do contexto está apresentada a partir das duas dimensões: macro-contexto – compreendendo as três esferas: política, econômica e social; e micro-contexto – que diz respeito às políticas setoriais, finanças setoriais e aos problemas e serviços de saúde.

### 7.1 Macro contexto

Esta dimensão foi analisada a partir das três esferas descritas anteriormente: política, econômica e social. Certamente, uma variedade de aspectos de uma realidade particular, interagindo com o contexto exercem influência no processo político (ARAÚJO Jr.; MACIEL FILHO, 2001).

#### 7.1.1 Esfera política

No período selecionado para o estudo (2007-2014), o Brasil foi marcado por grandes transformações no contexto político, correspondendo ao segundo mandato do Presidente Lula (2007-2010) e primeiro mandato da Presidenta Dilma Rousseff (2011-2014).

Diante da mudança experimentada a partir da eleição do Presidente Lula, do Partido do Trabalhadores (PT) em 2002, onde de um governo identificado com os princípios do neoliberalismo global e pautado por uma aliança política com os setores mais conservadores da política nacional, passou-se a um governo eleito com o apoio e participação de vários partidos e movimentos sociais situados mais à esquerda do espectro político sem, no entanto, deixar de contemplar ideias e interesses de grupos representantes da burguesia bancária, industrial e agrícola nacional (MIELITZ, 2011). O momento compreendeu muitas expectativas e desejos de mudança por parte dos atores de áreas sociais (MARANHÃO; MATOS, 2018).

Neste contexto, segundo Mielitz (2011, p. 239), "rupturas radicais com o modelo do passado [...] acabaram por não acontecer" e a manutenção da estabilidade econômica com um baixo nível de inflação tornou-se "a meta" que subordinava outras questões. Contudo, importantes modificações aconteceram nas relações e no papel do Estado e da sociedade civil, sobretudo no que se refere ao direcionamento das políticas públicas, na relação com os movimentos sociais e com a sociedade civil. Atores até então marginais nas arenas públicas tornaram-se dominantes e passam a abrir oportunidades para a institucionalização de "novas" ideias e reivindicações de políticos, estudiosos, movimentos sociais e de organizações da sociedade civil.

O Partido dos Trabalhadores, formado por grupos de esquerda egressos da luta armada contra a ditadura militar, por militantes das comunidades eclesiais de base da Igreja Católica, e por lideranças do novo sindicalismo combativo e dos novos movimentos sociais, à medida que foi ampliando seu espaço institucional passou a desenvolver políticas nos âmbitos municipais e estaduais com caráter social democrata, buscando a ampliação da participação popular na gestão pública, a distribuição de renda e o melhor funcionamento da máquina pública (AZEVEDO; CIFALI, 2015).

Paim (2013), chama atenção para o regime político, cuja democracia representativa adotada pelo Brasil os governantes, na maioria das vezes, não seguem os programas dos partidos muito menos aquilo que apresentam durante as campanhas. Aponta ainda para o distanciamento do projeto *Democrático Popular* original preconizado pelo PT, reforçando que o mesmo se aproximou de um liberalismo social.

Fortes e French (2012), no artigo que analisa a "Era Lula", apontam claras indicações de que a estabilidade do sistema eleitoral e o progresso rumo a uma democracia mais inclusiva começam a produzir uma tendência a agendas políticas cumulativas. A expectativa popular é de que as realizações de cada governo sejam levadas adiante pelo seguinte, acrescidas de atenção a preocupações emergentes. Asseveram ainda que a combinação bem-sucedida de estabilidade econômica e redução das desigualdades sociais no governo Lula, não apenas lhe garantiu altas taxas de aprovação, como lhe deu capital político para eleger sua sucessora.

O projeto interno do governo Lula também teve um significativo impacto internacional, segundo Visentini (2012), na medida em que suas propostas sociais avançaram numa agenda que buscava corrigir as distorções criadas pela globalização

centrada apenas em comércio e investimentos livres. A campanha de combate à fome representou o elemento simbólico, sinalizando a construção de um modelo socioeconômico alternativo, respondendo à crise da globalização neoliberal.

Ainda, segundo Visentini (2012) as relações exteriores no governo Lula, apresentou um redirecionamento da diplomacia política, representou um campo de reafirmação dos interesses nacionais e de um verdadeiro protagonismo nas relações internacionais, com a intenção real de desenvolver uma diplomacia ativa e afirmativa, encerrando uma fase de estagnação e esvaziamento. O governo Lula devolveu ao Itamaraty a posição estratégica que anteriormente ocupara na formulação e execução da política exterior do Brasil. Além disso, foi promovido amplo redimensionamento do Itamaraty: adoção de políticas afirmativas sem quotas, ampliação do número de diplomatas, abertura de numerosas embaixadas na África e na Ásia e maior abertura da diplomacia à sociedade civil e à academia.

Nessa perspectiva ressalta-se o aspecto universalista da inserção internacional brasileira, a atuação do país ocorre em variados países, em diferentes modalidades e em diversos setores da cooperação internacional, com o compromisso de contribuir para a promoção do desenvolvimento global. Porém, pela quantidade de ações e de recursos utilizados, a América Latina aparece como principal campo de atuação, seguida da África e da Ásia, respectivamente (SANTOS, 2013).

Durante o Governo Luís Inácio “Lula” da Silva (2003-2010), o Brasil ganhou notável importância na política e na economia mundiais, alcançando a oitava posição. A diplomacia brasileira alcançou uma posição realmente global e a economia ganhou dinamismo e estabeleceu vínculos em todos os continentes (VISENTINI, 2012).

No governo da presidenta Dilma Rousseff (2011-2014), embora com um estilo diplomático mais contido e numa época de conjuntura econômica internacional mais adversa, apresentou continuidade nos rumos da política externa estabelecidos no governo Lula. De acordo com os discursos, nomeações de quadros e ações governamentais, evidenciou-se a prioridade dada à América do Sul, expressa em sua primeira visita internacional à Argentina. Estabelecida como tendência central da política externa brasileira para os próximos anos, a ênfase na América Sul suscita, entre outras questões fundamentais, uma reflexão sobre os principais instrumentos de política externa que vêm marcando essa presença brasileira na região (SANTOS, 2013).

No contexto político local, a eleição de Wellington Dias (PT) para o governo do Piauí apontava para uma mudança na maneira como o estado se relacionava com a sociedade, tanto pelas bandeiras históricas do PT, quanto pela necessidade de se diferenciar das antigas gestões. Esse fato tornou possível a reestruturação da máquina administrativa piauiense (FERNANDES; MORAES; NASCIMENTO, 2015).

Bonfim e Silva (2003), chamam atenção para a característica de hipertrofia do setor público estadual, acrescidas de ineficácia e ineficiência, associadas à falta de planejamento e à intempestividade das orientações de política pública, pautadas no assistencialismo e na desconsideração de parâmetros nacionais estabelecidos pelo governo federal. Ressaltam a predominância da improvisação, residentes na deficiência de critérios técnicos como norteadores de decisão, destacando-se o clientelismo e a orientação patrimonialista na utilização do recurso público, marcado pelas sucessivas denúncias de malversação de recursos públicos que são constantemente veiculadas na imprensa. Asseveram que a formação política do Piauí recebeu o atraso como herança.

Isso se deve ao contexto político e econômico de muita resistência devido à cultura patrimonialista no exercício do poder estadual, aliado à escassez de quadros administrativos capazes de implementar reformas ou processos de modernização na gestão (FERNANDES; MORAES; NASCIMENTO, 2015).

As eleições de 2002 marcaram uma alteração profunda no quadro político piauiense, elegendo o primeiro governador do PT no Nordeste. De um quadro polarizado entre PFL e PMDB, o pleito daquele ano marcou a ascensão do PT ao poder, unido a uma série de partidos de esquerda. Essas eleições foram um marco na política piauiense, pois estabeleceu o fim da polarização PFL - PMDB, colocando o PT como o fiador da política estadual até 2010.

O governador exerceu mandato entre 2002 a 2006 – Primeiro Governo e de 2007 a 2010 – Segundo Governo, sendo que em 1º de abril de 2010 renunciou ao cargo com intenção de ocupar uma cadeira no senado, obtendo êxito, sendo eleito senador com 997.513 votos, substituído pelo vice Wilson Nunes Martins, do PSDB, que na ocasião disputou sua reeleição, sendo vitorioso. No ano de 2014, Wellington Dias chega ao seu terceiro mandato como governador do estado do Piauí.

Neste momento, passaram a ocupar uma posição de destaque na agenda política local temas como a inclusão social e o combate à corrupção. É importante destacar que um elemento catalisador da necessidade de um alinhamento político

com o governo federal foi o apoio inicial dado ao estado devido, Wellington Dias, ter sido o primeiro governador petista do Nordeste, e a posição que os programas do governo federal ganham no Piauí (ABRUCIO; GAETANI, 2006).

Um fato que merece destaque, causando toda essa alteração na conjuntura política estadual, foi a cassação de mandato do governador “Mão Santa”, do PMDB (Partido do Movimento Democrático Brasileiro). O grupo político, à época não experimentou consenso e dividiu opiniões, uma parte lançou candidatura própria e a outra, apoiou de forma informal a candidatura petista, sob a influência de Mão Santa (que mesmo cassado, seguiu com grande popularidade) nesse apoio. Tal cenário, favoreceu a capilaridade do PT no estado. A partir desse momento, o PT tornou-se um ator relevante no cenário político estadual (SANDES-FREITAS, 2015).

Considera-se o cenário político bastante favorável a inovações e mudanças neste período. Conforme explicitado por Khan e Van Den Heuvel (2006), mudanças no contexto político expressam relações de poder entre os diversos atores e setores, influenciando na construção de agenda, formulação e implementação de políticas públicas e sobre a importância da avaliação das mesmas. Expressam ainda sobre a alocação de recursos financeiros.

### 7.1.2 Esfera econômica

Durante o período do estudo, especialmente no período do segundo governo Lula (2007-2010), a política econômica brasileira sofreu uma inflexão, e os resultados macroeconômicos foram positivos, sobretudo no crescimento do PIB, fortalecimento de grandes empresas nacionais (estatais e privadas), distribuição de renda e redução da pobreza. A mais completa avaliação desse período, é apresentada por Barbosa e Souza (2010), sendo especialmente significativa por ser Barbosa um dos principais *policymakers* nesse período, enquanto secretário de política econômica do Ministério da Fazenda (MORAIS; SAAD-FILHO, 2011).

Barbosa e Souza (2010) defendem que a condução da política econômica no governo Lula, foi baseada em três linhas essenciais, sendo adoção de medidas temporárias de estímulo fiscal e monetário para acelerar o crescimento e elevar o potencial produtivo da economia; a aceleração do desenvolvimento social por intermédio do aumento nas transferências de renda e elevação do salário mínimo; e o aumento do investimento público e a recuperação do papel do Estado no

planejamento de longo prazo, no qual se incluem as políticas industriais, tecnológicas e de comércio exterior.

Acrescenta-se a estas, ainda referente ao segundo mandato do Presidente Lula, a adoção de medidas voltadas à ampliação do crédito ao consumidor e ao mutuário, da criação do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) e da ampliação da atuação do BNDES (Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social) para estimular o investimento público e privado e as medidas anticíclicas de combate à crise internacional, a partir de 2009 (TEIXEIRA; PINTO, 2012).

Cabe destacar as palavras de Paulani (2008), mesmo que correspondendo ao primeiro mandato, que existiu um constante “estado de emergência econômico”, no qual as políticas ortodoxas, contrárias aos interesses dos grupos sociais tradicionalmente representados pelo Partido dos Trabalhadores, foram constantemente justificadas pela ameaça das fugas de capital e pelos fantasmas da volta da inflação e das crises cambiais, sempre rondando a economia.

Teixeira e Pinto (2012) apontam como positivos os resultados macroeconômicos (setor externo, nível de atividade, inflação, emprego e renda e finanças públicas) dos dois governos Lula em relação ao do seu antecessor. Apontam que entre 2003 e 2010, o Brasil atravessou o seu maior ciclo de crescimento das suas últimas três décadas. O PIB cresceu 4,1% ao ano, quase o dobro do observado entre 1980 e 2002 (2,4% ao ano).

As contas externas da economia brasileira no governo Lula também apresentaram resultados positivos expressos nos superávits do balanço de pagamentos entre 2003 e 2010 (US\$231,8 bilhões no acumulado). Destacando-se o fato do governo saldar os empréstimos com o FMI, diminuir o endividamento público externo e acumular reservas (CINTRA; ACIOLY, 2012).

Atribui-se a esse resultado favorável ao contexto impulsionado pelo cenário internacional de crescimento mundial até a crise de 2008, à ampla liquidez dos mercados financeiros e da elevação dos preços internacionais das *commodities* e da queda dos preços das manufaturas devido ao efeito direto e indireto da China. Essas alterações nos preços geraram, entre jan/2003 e dez/2010, uma elevação de 39,9% nos termos de troca do Brasil. Este cenário configurou-se num bônus macroeconômico para o país, onde permitiu um crescimento sem gerar graves desequilíbrios externos e internos (BARBOSA, 2011).

Mattei e Magalhães (2011), denominam a política econômica do segundo mandato (2007-2010) de Lula, como liberal-desenvolvimentista. Apresentando como traço marcante o forte ativismo estatal na economia, repercutindo com recuperação da capacidade de investimento, alavancando os investimentos privados visando ampliação da infraestrutura básica do país.

Os esforços do governo em promover a ampliação da infraestrutura básica do país, originou o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). Tal programa, visava implementar um certo pacote de investimentos em infraestrutura econômica (transportes, energia, comunicações), social e urbana (habitação, saneamento, mobilidade), com vistas a garantir a ampliação necessária da oferta de bens e serviços de natureza pública, correndo atrás da própria expansão da demanda que já vinha em curso no país (CARDOSO Jr.; NAVARRO, 2016).

Nesta aproximação entre o setor público e o capital privado, os programas do PAC e o Minha Casa Minha Vida ganham destaque, devido ao apoio via crédito público e os instrumentos fiscais, na direção da expansão dos investimentos em infraestrutura e programas sociais. A Política de Desenvolvimento Produtivo, representou uma ação sistêmica no campo industrial maior do que a política anterior (Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior), no fortalecimento da interação entre as instituições públicas e o setor privado, no intuito de impulsionar a competitividade em vários setores, embora não tenha alcançado os resultados esperados para o setor industrial (ARANTES; LOPREATO, 2017).

Cardoso Jr. e Navarro (2016) definem que a experiência do PAC representou numa ruptura da gestão pública tradicional, onde retirou a burocracia estatal da zona de conforto e recolocou a importância da função de planejamento no centro dos processos decisórios do governo.

Alguns estudos (ARANTES; LOPREATO, 2017; MARQUES; XIMENES; UGINO, 2018; MORAIS; SAAD-FILHO, 2012; TEIXEIRA; PINTO, 2012), apontam para um certo consenso na trajetória de sucesso econômico do governo Lula, onde o *mix* entre políticas macroeconômicas tradicionais de estabilização monetária e políticas para o desenvolvimento social e da equidade (via ação estatal) puderam andar juntas, causando perplexidade generalizada devido ao pressuposto que certa mescla de políticas seria insustentável.

No primeiro Governo da Presidenta Dilma (2011-2014) a definição de uma estratégia nacional alinhada com os novos-desenvolvimentistas não avançou

substancialmente. Podendo-se afirmar que a construção de agenda de reformas para fortalecimento do Estado e para adequada regulação dos mercados, assim como de estímulo à poupança interna, pouco avançou no período (CURADO, 2017).

Curado (2017) ressalta que o Governo Dilma demonstrou uma tendência à continuidade na ampliação da presença do Estado na economia, principalmente relacionada a importância dada ao papel dos bancos públicos como instrumento de ampliação do crédito e redução das taxas de juros praticadas no mercado, destacando-se o fato de que, no ano de 2013 ser inédita nos últimos tempos, a oferta de crédito dos bancos públicos ter superado o ofertado pelo sistema privado, nos âmbitos nacional e estrangeiro.

Cagnin *et al.* (2013), analisando a gestão macroeconômica do governo Dilma, asseveram que nos dois primeiros anos de mandato, sob influência de um contexto adverso internacionalmente, logrou resultados econômicos positivos e negativos. Ressaltam como positivos, a redução do diferencial praticado entre as taxas de juros internacional e doméstica, manutenção da taxa de câmbio mais competitiva, a redução da taxa de desemprego e a diminuição da dívida líquida do setor público. Os negativos se situam na atividade econômica, que persistiu com desempenho insatisfatório, resultante de um fraco desempenho da indústria referentes à oferta e demanda de investimentos, principalmente de infraestrutura.

A redução da taxa de desemprego se manteve até o final de 2014, marcada por uma desaceleração do crescimento (DWECK; TEIXEIRA, 2017). Essa desaceleração econômica, causou forte abalo entre a combinação exitosa de avanços na distribuição de renda e redução da pobreza com o crescimento econômico sem promoção do rompimento com as elites, deixando exposto fissuras no bloco de poder evidentes num conflito distributivo (TEIXEIRA; PINTO, 2012; TEIXEIRA, 2014).

Singer (2015) aponta que as medidas de política econômica do governo Dilma foram criando inimigos entre as elites econômicas, num estudo de título bem curioso: “cutucando onças com varas curtas”, o ensaio desenvolvimentista no primeiro mandato de Dilma Rousseff (2011-2014). Na visão do autor, esse “cutucar” abriu um abismo no próprio governo, que não planejou uma estratégia para contra-atacar. Essa atitude, deixou vulnerável a sua própria ideologia, fornecendo fôlego para a burguesia advogar, sem questionamentos, o retorno das políticas neoliberais.

Na economia nacional, o Piauí não ocupa grande destaque. No ano de 2008, foi o estado brasileiro que apresentou o maior crescimento real do Produto Interno

Bruto (PIB), atingindo a marca de 8,8%, embora tenha mantido uma participação relativamente baixa no PIB nacional (0,6%).

A economia do Piauí, em 2010, continuou respondendo por apenas 0,6% do PIB brasileiro e 4,3% do nordestino, participações superiores em apenas um décimo daquelas observadas respectivamente para o país e região em 2000. Portanto, o estado levou uma década para subir em um décimo seu peso na economia nacional e regional. Isso foi possível porque, durante o período, o PIB piauiense cresceu a um ritmo anual de 4,7%, acima do desempenho observado para as economias brasileira (3,6%) e nordestina (4,4%). O crescimento, corresponde, em grande parte, aos resultados positivos da agricultura, cujo volume de 62,1% sofreu um incremento pela cultura de soja, que vem se firmando a cada dia na porção sul do estado, que integra o bioma do cerrado (FUNDAÇÃO CENTRO DE PESQUISAS ECONÔMICAS E SOCIAIS DO PIAUÍ, 2012).

A distribuição do PIB entre os 11 territórios de desenvolvimento é desigual. Com a maior parte do território situada no semiárido, com predominância da pecuária e da agricultura de subsistência, atividades que apresentam baixos níveis de produtividade. O território de Entre Rios (TD4), que abrange a capital Teresina, responde por quase 55% do PIB estadual. Esse percentual apresentou uma discreta queda entre 2000 (55,1%) e 2010 (54,4%). Tal participação revela uma concentração econômica, uma vez que a economia do território é dominada pela prestação de serviços, inclusive a administração pública e o comércio (PIAUÍ, 2013).

O território que mais se expandiu economicamente no Piauí durante o período foi Tabuleiro do Alto Parnaíba (TD10), cujo PIB real cresceu ao ritmo de 14,2% a.a., seguido de Vale do Rio Guaribas (TD6) e Chapada das Mangabeiras (TD11). O Vale do Rio Guaribas (TD6) deve seu crescimento à indústria e ao setor terciário, especialmente ao primeiro, que elevou sua participação de 4,7%, em 2000, para 8,5%, em 2010.

No período, entre 2000 e 2010, um dos setores mais dinâmicos da economia piauiense, foi liderado pela indústria, especialmente a da construção civil, impulsionada por investimentos em infraestrutura econômica e habitação. Duas características estruturais da economia estadual merecem destaque, por sua relevância. A primeira refere-se ao peso do setor terciário, com PIB correspondendo a 74,5% em 2000 e 75,3% em 2010, seguidos pela presença forte da administração pública, saúde e educação (com PIB de 30%). O comércio corresponde a 17,1% do

PIB do estado, com volume de vendas no varejo superando o dobro, no mesmo período.

A segunda é a diminuição do peso do setor agropecuário no PIB estadual, de 11,1%, em 2000, para 6,2% em 2010. Esse declínio acontece a despeito do avanço da cultura da soja no sul do estado. Mesmo apresentando declínio, o setor aumentou a sua participação no PIB agropecuário nacional (de 0,5% para 0,7%).

Em relação ao emprego formal, houve uma elevação de 6,1% a.a., de 2000 a 2011, superando a média nacional de 5,3% e mantendo-se nas proximidades da média nordestina (6,2%) (PIAUÍ, 2013).

A reforma administrativa do Piauí, foi iniciada no primeiro mandato do governador Wellington Dias, mas que perdurou durante os seus dois mandatos, com indícios de continuidade no governo Wilson Martins (PSB), que iniciou sua gestão no ano de 2010.

Uma conjunção de esforços foi mobilizada no sentido de tornar possível a reestruturação da máquina administrativa do estado. Esse processo de formação/implementação da reforma administrativa, aconteceu sob forte influência dos mecanismos isomórficos de mudança institucional, destacando-se a criação da Escola de Governo, valorizando a capacitação e participação dos gestores nos fóruns e conselhos, contratação da empresa de consultoria da UNB, Fiantec. Destaca-se ainda, a criação da Emgerpi (Empresa de Gestão de Recursos do Piauí S/A), reproduzindo práticas exitosas em outros estados. Por fim, elenca-se a criação de vários instrumentos legais para sua validação (FERNANDES; MORAES; NASCIMENTO, 2015).

### 7.1.3 Esfera social

O foco nas políticas de inclusão social, foi marcante no segundo mandato do presidente Lula (2007-2010), evidenciada no lançamento da Agenda Social do governo como um dos três eixos organizativos do Plano Plurianual (PPA) 2008-2011. Constituíam-se de ações que já vinham sido implementadas no primeiro mandato, porém buscando ressaltar o compromisso social com a cidadania. As ações estavam organizadas em torno de três grandes eixos: Programa de Aceleração do Crescimento

(PAC), Agenda Social e Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE), sendo este último merecedor do maior destaque (MENICUCCI, 2011).

A mesma autora, chama atenção para a importância da segurança alimentar, expressa pelo Programa Fome Zero, cuja proposta principal é erradicar a fome, promovendo a articulação de políticas locais visando criar medidas de apoio à agricultura familiar, implementando ações que pudessem interferir nas etapas de preparo e consumo dos alimentos, bem como da sua produção e distribuição. Entre essas medidas de apoio, estão: Banco de alimentos, a Cozinha Comunitária, Hortas/lavouras Comunitárias; Compra Direta Local da Agricultura Familiar (produtos perecíveis, semiperecíveis e não perecíveis); Implantação e modernização de Restaurantes Públicos e Populares. Essa ênfase dada à Segurança Alimentar, traduziu-se na Emenda Constitucional (EC) Nº 64, em 04/02/2010, incluindo a alimentação como direito social.

No segundo mandato, houve também a expansão da cobertura do Bolsa Família, beneficiando mais de 12 milhões de famílias de baixa renda. Conforme documentos do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BRASIL, 2011), 28 milhões de pessoas saíram da pobreza, 36 milhões foram levadas à classe média e 8,5% (16,27 milhões) saíram do estado de pobreza ou de miséria absoluta. Dados do IBGE (2009), mostram que no período entre 2002 e 2010, o desemprego caiu de 12% para 5,07% e o rendimento das pessoas ocupadas alcançou 35% em termos reais.

No governo Lula, houve também o incentivo às micro e pequenas empresas e ao trabalho autônomo regulamentado. Implantou medidas de flexibilização das exigências burocráticas, até então existentes, reduzindo os custos de impostos para a operação, sob mecanismos jurídicos e tributários especiais. Instituiu o programa Simples, em 2007, e, em 2008, editou a Lei do Microempreendedor Individual (MEI) (PEREIRA-PEREIRA, 2012).

O governo Lula também se destacou na área de habitação e saneamento. O saneamento ganhou centralidade, inclusive com a Lei nº 11.445, de 5 de janeiro de 2007. A reivindicação histórica de regulação para o setor, finalmente havia sido contemplada, incluindo crescentes aporte de recursos mediante a formalização de uma base político-administrativa e institucional de referência (MENICUCCI, 2011). Diversas foram as políticas desenvolvidas pelos governos Lula e Dilma, classificadas como sociais, presentes em diversas áreas, como por exemplo: habitação (Minha

Casa Minha Vida e abertura de empréstimos para a compra da casa própria), educação (Prouni, Fies, política de cotas, criação de novas universidades e ampliação de vagas públicas na educação superior), saúde, previdência social, assistência social, integração social, entre outras (MARQUES; XIMENES; UGINO, 2018).

Na área da saúde, houve ampliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da Estratégia Saúde da Família, representando expansão de 84,7% nas atividades ambulatoriais, com elevação do crescimento para 62,3% nas taxas de emprego público (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2004). Também foram implementadas outras políticas como a Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa Farmácia Popular do Brasil, o Olhar Brasil, o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA). O conjunto de políticas e programas impactaram positivamente nos indicadores de saúde da população e garantiram melhor atendimento aos usuários persistindo, ainda, a existência de muitos problemas no âmbito do SUS (BRASIL, 2010).

Marques, Ximenes e Ugino (2018), ressaltam que nos governos do PT não houve avanços no sentido da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo que algumas políticas ou programas tenham sido desenvolvidas, podendo-se destacar o Programa Mais Médicos. Asseveram que ao contrário, houve retrocessos importantes a exemplo do gasto público, enquanto percentual do PIB, deu uma pequena melhora durante os governos Lula e Dilma: de 3,2%, em 2002, passou a 3,9% em 2015; percentual que se manteve constante nos últimos três anos. Mas o mais importante é que o nível do gasto público com saúde continuou e continua insuficiente, bem abaixo da média (8%) praticada nos países como Alemanha, Espanha, França, Reino Unido e Suécia o que resulta num gasto *per capita* bastante baixo. Durante esse período, houve aumento da participação dos municípios e estados no gasto público em saúde, quando no governo federal houve diminuição.

A presidenta Dilma continuou as políticas sociais oriundas do governo Lula priorizando à erradicação da pobreza extrema, promovendo a expansão da atenção básica à saúde para que todos os municípios brasileiros tenham médicos e ao programa Minha Casa Minha Vida, para diminuir o déficit populacional. Porém, o impacto da alta da inflação durante os dois primeiros anos do governo da presidenta, resultou em algumas medidas econômicas de caráter restritivo, levando a um menor

crescimento econômico, sob o risco de não viabilização das políticas sociais (OLIVEIRA, 2013).

O Piauí, sofreu os impactos das políticas sociais implementadas nos governos Lula e Dilma. Entre 2000 e 2010, o estado passou da 25ª para a 19ª posição no *ranking* do Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal (IFDM)<sup>1</sup>, que avalia a situação dos estados e municípios em termos de educação, saúde (medida como longevidade) e emprego e renda. Em 2000 o IFDM do Piauí era considerado regular, assim como os seus sub-índices (todos com valores entre 0,4 e 0,6). No entanto, ao longo d2essa década, o IFDM do estado teve uma variação positiva de 35,2%, passando a ser considerado moderado (de 0,6 a 0,8).

A melhoria nas condições de vida da população piauiense, mensurada pelo IFDM, foi bastante significativa, mas ainda há muito espaço para melhorias. Dentre os seus sub-índices, educação teve a maior variação, aumentando 57,3%, seguido por saúde, com um aumento de 29%, e emprego e renda, que subiu 21,6%. Considerando-se somente os critérios propostos pelo IFDM, os dois primeiros passaram de um nível de desenvolvimento regular a moderado, enquanto que o último permaneceu como regular. Contudo, educação, saúde, emprego e renda ainda constituem sérios obstáculos ao desenvolvimento do Piauí, deixando-o em situação de desvantagem em relação aos outros estados da federação (PIAÚÍ, 2013).

Outra forma de avaliar as condições de vida é pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Inicialmente pensado para mensurar o desenvolvimento das nações, o IDH passou a ser utilizado pelo governo brasileiro para mensurar o desenvolvimento dos municípios, criando o Índice Municipal de Desenvolvimento Humano (IDH-M). Entretanto, o IDHM se baseia nos dados do Censo do IBGE, realizado decenalmente, o que torna os dados do IDH-M defasados alguns anos pós-Censo.

Observa-se que em 10 anos o índice de Desenvolvimento Humano – IDH do Estado do Piauí evoluiu de 0,362 para 0,646, tal evolução possibilitou a mudança da classificação do estado passando de índice “muito baixo” para o Índice de Desenvolvimento Humano Médio, acompanhando a média dos Estados da região Norte e Nordeste do País.

---

<sup>1</sup> Para suprir a “ausência de um acompanhamento socioeconômico sistemático referente ao desenvolvimento dos municípios” sob a ótica do desenvolvimento humano, criou-se o Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal (IFDM). O IFDM é um indicador com “periodicidade anual, recorte municipal e abrangência nacional” (SISTEMA FIRJAN, 2010).

**Tabela 1 – Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, Piauí, 1991/2010**

<b>ANO</b>	<b>IDH</b>
1991	0,362
2000	0,484
2010	0,646

Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; Ipea e Fundação João Pinheiro, 2013

Considerando que o IDH é uma medida composta de indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda, no Piauí a dimensão cujo índice mais cresceu, em termos absolutos, no mesmo período foi Educação (com crescimento de 0,383), seguida por Longevidade e por Renda.

**Tabela 2 – Índice de Desenvolvimento Humano e seus componentes, Piauí, 1991/2010**

<b>IDH e componentes</b>	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
IDH Educação	0,164	0,301	0,547
% 18 anos ou mais com ensino fundamental completo	18,3	25,05	41,81
% 5 a 6 anos frequentando a escola	36,51	74,58	95,24
% 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental	13,33	30,95	80,08
% 15 a 17 anos com Ensino fundamental completo	7,11	17,06	45,23
% 18 a 20 anos com Ensino médio completo	4,97	9,12	29,44
IDH Longevidade	0,595	0,676	0,777
Esperança de vida ao nascer	60,71	65,55	71,62
IDH Renda	0,488	0,556	0,635
Renda per capita	167,03	254,78	416,93

Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; Ipea e Fundação João Pinheiro, 2013

## **7.2 Micro contexto**

Nesta seção abordamos as questões que envolvem os interesses mais localizados ou setoriais, tomando como base o próprio setor saúde.

### **7.2.1 Política Setorial**

Desde a Constituição de 1988 e criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, que existem esforços para formação em saúde, em coerência com as diretrizes

e princípios constitucionais. No entanto, apenas em 2004, foi publicada a Portaria nº 198/GM/MS que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), onde o gestor federal do SUS pretende cumprir com seu papel para formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor (BRASIL, 2004). A referida portaria foi utilizada como referencial para todo arcabouço legal e diretrizes para ações que se seguiram posteriormente a sua publicação, representando um marco para formação e trabalho em saúde no País. Merecendo destaque a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), no ano de 2003, que possibilitou a institucionalização da política de educação na saúde e o estabelecimento de iniciativas relacionadas à reorientação da formação profissional (BRASIL, 2018).

Tanto a Constituição Federal como a lei nº 8.080/1990, foram responsáveis por impulsionarem verdadeiras mudanças na área da saúde, resultando numa nova conformação política e organizacional dos serviços, de forma a assegurar aos cidadãos brasileiros o seu direito à saúde. Nesse momento, um novo padrão de intervenção estatal é exigido na configuração da área da saúde no país. Partindo dessa premissa, a reforma do setor saúde deve buscar soluções para conflitos políticos e impasses oriundos do próprio processo, na tentativa de estabelecer novas formas de relacionamento com os profissionais de saúde e suas entidades (GARCIA, 2010).

Consta uma vasta legislação, entre normas e Leis que estabeleceram a forma de operacionalização do sistema, sendo estas oriundas das três esferas de governo e dos conselhos de saúde das respectivas esferas, com destaque para as normas operacionais e, o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080. O decreto detalha aspectos importantes como a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e de forma específica, a articulação entre os entes federados (BRASIL, 2011).

Com a criação do SUS, observa-se uma melhora significativa no funcionamento do sistema, sobretudo relativa aos processos de descentralização e municipalização das ações e dos serviços de saúde. A descentralização proporcionou um contato mais aproximado entre a população com o sistema e com seus gestores. Além de conferir a esses últimos um desvelamento da realidade social, política e administrativa do país, com todas as suas especificidades locais. Tal quadro, implica maior complexidade, o que coloca como desafio para os gestores a necessidade de superar a fragmentação

das políticas e programas de saúde através da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão (BRASIL, 2006).

A publicação do Pacto pela Saúde, em 2006, acrescido das Normas Operacionais Básicas (NOAS) de 2001 e 2002, legitima esse processo de descentralização. Contudo, esse processo de descentralização ocorreu de forma tardia na maioria dos estados, atingindo sua conformação após vários ciclos de descentralização (VIANA, 2008). Induzidos e coordenados pela União, sem uma revisão adequada, proporcionando um esvaziamento do papel dos governos estaduais (ARRETCHE, 2002; LIMA, 2010; MACHADO, 2007).

No estado do Piauí, não foi diferente, a implantação de medidas para efetivação da regionalização acabou sendo retardada pela centralidade dos processos decisórios. Amorim (2004), realizando um regate histórico em sua dissertação de mestrado, aponta uma conduta de neutralidade da Secretaria Estadual de Saúde relacionada a avanços no processo de municipalização e posteriormente, de regionalização do SUS no Piauí. Quando esse processo precisou ser efetivado, devido às exigências normativas federais, as instâncias gestoras do estado assumiram posição em direção à lógica de desconcentração de recursos, serviços e atividades em detrimento da lógica democrática do sistema.

Para fins de Planejamento Governamental, o Estado do Piauí, por meio da Lei Complementar nº 87 de 22 de agosto de 2007, foi regionalizado 11 Territórios de Desenvolvimento (Planície Litorânea, Cocais, Carnaubais, Entre Rios, Vale do Sambito, Vale do Rio Guaribas, Vale do Canindé, Serra da Capivara, Vale dos Rios Piauí e Itaueira, Tabuleiros do Alto Parnaíba e Chapada das Mangabeiras) e em 4 Macrorregiões (Litoral, Cerrados, Meio-Norte e Semiárido). Organizadas com base em recortes territoriais em áreas que reúnem similaridades culturais, econômicas e sociais, assim como redes de comunicação, infraestrutura, transportes e saúde. Os Territórios de Desenvolvimento constituem as unidades de planejamento da ação governamental, visando a promoção do desenvolvimento sustentável do Estado, a relação de desigualdades e a melhoria da qualidade de vida da população, através da democratização dos programas/ações e da regionalização do orçamento (PIAÚÍ, 2007a).

**Tabela 3 – Regionalização do estado Piauí 2007**

Macrorregião	Território de Desenvolvimento	Nº de Municípios	População/hab.	% População do Piauí
Litoral	1 - Planície Litorânea	11	275.604	4,99
	2 – Cocais	22	395.099	12,27
Meio Norte	3 – Carnaubais	16	160.726	4,99
	4 – Entre Rios	31	1.212.208	37,65
	5 – Vale do Sambito	14	105.119	3,26
Semiárido	6 – Vale do Rio Guaribas	42	370.606	11,51
	7 – Vale do Rio Canindé	14	107.138	3,32
	8 – Serra da Capivara	18	145.962	4,53
Cerrados	9- Vale dos Rios Piauí e Itaueira	28	205.611	6,38
	10 – Tabuleiros do Alto Parnaíba	5	47.115	1,46
	11 – Chapada das Mangabeiras	23	194.069	6,02

Fonte: A autora a partir de dados da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), Ministério da Saúde, 2016

Dentre os 11 territórios de desenvolvimento no estado do Piauí, destacaremos o Território Vale do Rio Guaribas, sendo o maior em número de abrangência de municípios do estado (42), totalizando 370.606 habitantes, correspondendo a 11,51% da população piauiense, com grande importância econômica para o estado.

O Território possui como município sede a cidade de Picos, localizada na região centro-sul, semiárido piauiense. Sua população está estimada em 73.414 (IBGE, 2010). O seu posicionamento geográfico, favorece sua condição de grande polo comercial do Piauí, cortada pela BR 316 (Rodovia Transamazônica), BR 407 e BR 0-20, ocupa o posto de principal entroncamento rodoviário do Nordeste, ligando os estados do Maranhão, Pernambuco, Ceará e Bahia. Destaca-se na produção de mel de abelha. Representa o terceiro maior PIB do estado, seu produto interno bruto atingiu R\$ 1,39 bilhão e fica atrás somente de Teresina e Parnaíba em números absolutos (PICOS, 2017).

Picos destaca-se também por campus universitários, procurados por estudantes das mais variadas regiões do país, dentre os quais: Universidade Estadual

do Piauí (UESPI), Universidade Federal do Piauí (UFPI), Instituto de Ensino Superior R. Sá (IERSA), Centro Universitário Internacional (UNINTER), Instituto Federal do PI (IFPI).

Lima *et al.* (2012) em um estudo onde aborda o processo de regionalização da saúde nos estados brasileiros, no contexto do Pacto pela Saúde, período compreendido entre 2007 a 2010, aponta as condições que favoreceram ou dificultaram esse processo nos estados. Utilizou três dimensões desdobradas em categorias que sintetizam o referencial analítico dos condicionantes da regionalização nos estados. São elas: Contexto (histórico-cultural, político-institucional e conjuntural), direcionalidade (ideologia, objeto, atores, estratégias e instrumentos), características da regionalização (institucionalidade e governança).

Os resultados sobre o Piauí no período entre 2007 e 2010, revelam um contexto histórico-estrutural desfavorável à regionalização (LIMA, 2012). O que não causa surpresa devido à grande carga histórica oligárquica que o estado carrega (BONFIM; SILVA, 2003) expressa na centralização do poder decisório (AMORIM, 2004). Já o contexto político-institucional e conjuntural foram favoráveis, sustentadas pela reeleição do Governador Wellington Dias do PT, que comungava do desenvolvimento integrado de políticas econômicas e sociais, alinhado à gestão federal. Já a governança da regionalização no estado foi classificada como cooperativa com institucionalidade intermediária, marcada por impactos institucionais radicais. A governança cooperativa na regionalização do estado, traduz-se como carente de uma coordenação explícita, presença de fragilidade nos mecanismos de coordenação entre os atores, o que naturalmente confere um papel meramente formalista à CIB (LIMA, 2012).

A partir da criação da lei complementar nº 83/2007, aprovada no segundo mandato de Wellington Dias, o governo tentou avançar na agenda do modelo gerencial de administração pública. Sofrendo influência dos conceitos preconizados pelo Pnafe (Programa de Modernização das Administrações Fiscais dos Estados Brasileiros), pelo Pnage (Programa de Apoio à Modernização da Gestão e do Planejamento dos Estados e do Distrito Federal). Esses programas trazem para o contexto piauiense conceitos e soluções que vinham sendo praticados em outros estados, como por exemplo o modelo de OS (Organização Social), o modelo de gestão por resultados e a proposta do contrato de gestão (FERNANDES; MORAES; NASCIMENTO, 2015).

O Piauí, buscou implementar as políticas de saúde de âmbito nacional, formuladas a partir da criação do SUS, e em consonância com o Pacto pela Saúde. Estando estas expressas no Plano Estadual de Saúde.

Segundo o Plano de Saúde 2008 – 2011:

“O Plano Estadual de Saúde implica no compromisso inequívoco com a repolitização do SUS, rompendo os limites setoriais, de modo que a sociedade organizada participe e se comprometa com as decisões, conjugando esforços na consolidação do SUS. Gestores do SUS assumiram o compromisso público da construção do Pacto Pela Saúde 2006, a ser anualmente revisado com base nos princípios constitucionais do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população. Essas medidas implicam no exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: pacto em defesa do SUS, pacto de gestão e pacto pela vida. Nesse contexto, o Plano Estadual de Saúde constitui elemento fundamental para esse novo pacto, revelando a partir do diagnóstico situacional - parte integrante deste documento aquilo o que é o principal propósito para iniciativas prioritárias [...]” (PIAUÍ, 2007b, p. 6).

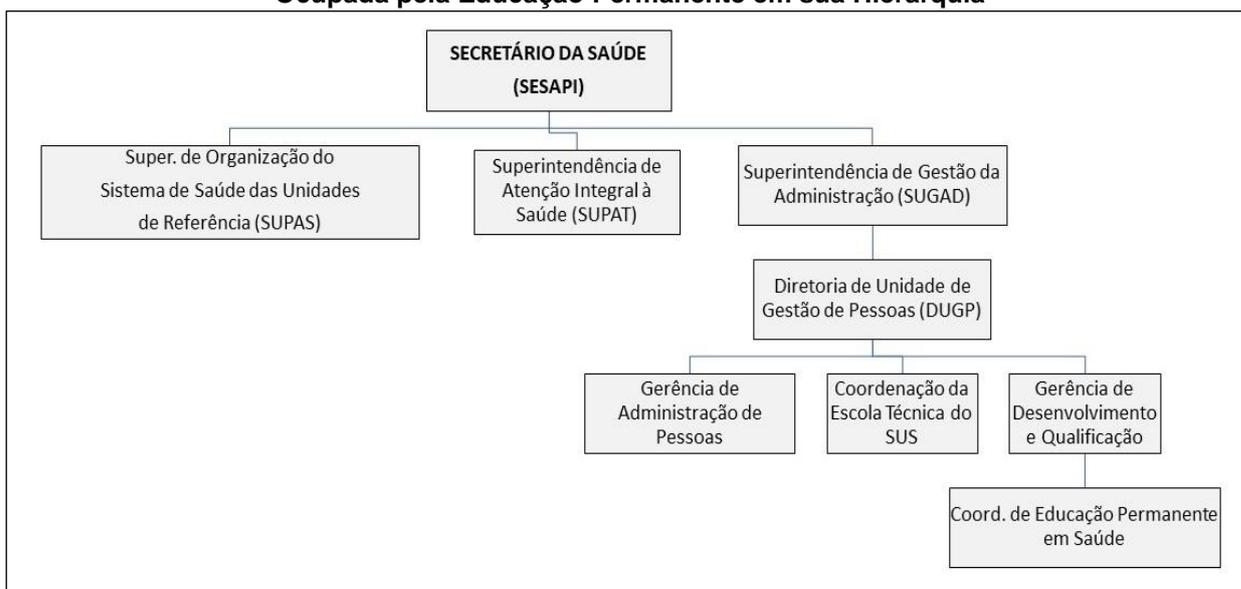
Segundo o plano, as ações da secretaria estadual de saúde visariam:

“Implementar a Política Estadual de promoção à saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis; consolidar e qualificar a estratégia saúde da família como modelo de atenção básica; fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes; reduzir a mortalidade materna e infantil; implementar a política estadual de atenção à saúde da pessoa idosa; aprimorar os mecanismos de gestão, financiamento e controle social, fortalecendo a gestão participativa; ampliar o acesso à atenção com qualificação e humanização; reorganizar a atenção ambulatorial e o atendimento às urgências e emergências; priorizar linhas de cuidado na atenção à saúde bucal, saúde mental, pessoas com deficiência, pessoas submetidas às situações de violência e da saúde do trabalhador; fortalecer a gestão do trabalho no SUS, visando a efetivação da atenção solidária, humanizada e de qualidade; construir uma rede de informação e comunicação para gestão e atenção integral à saúde; reduzir a morbimortalidade por causas externas e garantir o acesso imediato à urgência e emergência; fortalecer o processo de Regionalização da saúde ampliando o acesso por meio do apoio técnico à organização dos sistemas locais de saúde, descentralização de ações e serviços, implantação de redes de atenção, dentre outras.” (PIAUÍ, 2007b, p. 7)

Este Plano faz referência à criação da Diretoria de Gestão de Pessoas, ressaltando que a mesma foi concebida como uma missão desafiadora para a operacionalização da política de gestão de pessoas e de processos. Destacando a necessidade de construção de um sistema de informação da força de trabalho e de uma rede informatizada com vistas à conectividade; realização do estudo de dimensionamento de pessoal na rede progressiva de cuidados em saúde; a incorporação de tecnologias e equipamentos que facilitem o trabalho coletivo; a

revisão e implementação do plano de cargos, carreira e salários e a implantação de um programa de Educação Permanente para todos os níveis de gestão e atenção, além da desprecarização do trabalho. Cabe destacar ainda, o enfoque para as práticas de educação popular em saúde (PIAÚÍ, 2007b).

**Figura 4 – Organograma da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí-SESAPI, Posição Ocupada pela Educação Permanente em sua Hierarquia**



Fonte: Adaptado da Secretaria de Saúde (PIAÚÍ, 2017)

Conforme expresso no organograma da SESAPI, o órgão de RH (Gerência de Desenvolvimento e Qualificação) encontra-se posicionado no terceiro escalão hierárquico, sendo a Educação Permanente uma Coordenação com subordinação à esta, o que lhes confere uma menor aproximação com o núcleo de poder, interferindo diretamente na autonomia decisória. O organograma foi adaptado do organograma geral a fim de garantir melhor visualização do posicionamento da Coordenação de Educação Permanente em Saúde.

O Plano firmou o compromisso de implantação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde, através da seguinte diretriz “Implantar programa de educação permanente e qualificação do trabalho em saúde”. Traçando como metas as seguintes proposições para o período de 2008-2011 (PIAÚÍ, 2007b): Implantar política de educação permanente para o trabalho em saúde; implantar política de integração ensino/serviço (CIES); capacitar os profissionais/ano em áreas técnicas específicas e apoiar a capacitação dos técnicos das secretarias municipais de saúde; apoiar a implantação de programa de residência integrada em saúde nas áreas de

formação de interesse da Saúde Pública, especialmente, da Residência Multiprofissional em Saúde da Família; Implementar processo de Educação Permanente – por meio da realização de processos de Formação através da ETSUS.

Destaca-se o entendimento de que a CIES seria uma política e não uma instância interinstitucional e intersetorial que participa da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde, atuando como uma câmara técnica para efetivação da Política nos âmbitos estadual e regional (BRASIL, 2007). O que demonstra não ter havido uma apropriação plena da concepção que fundamenta a Política, à época.

Porém, a fala de um dos entrevistados expressa o contrário:

O meu processo de gestão dentro da secretaria de saúde, dentro do ensino da saúde, teve um novo significado com a primeira política (que foi a 198) e quando que a gente já trabalhava no polo de educação permanente. Eu fui do grupo de 100 pessoas do Piauí que foram fazer a qualificação de educação permanente no Ceará, nós fizemos e aí foi muito importante, porque quando nasce, né? Quando chega a portaria 1996 a gente já tinha o entendimento da política. Então, foi muito mais fácil a gente entender o que era a CIES a partir da vivência do processo de trabalho desse polo de educação permanente em saúde. Nós tínhamos um polo só (E1).

O estudo de Cunha (2009), onde utilizou os fundamentos do planejamento estratégico situacional, analisando o caso da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí em relação à Política de Educação Permanente em Saúde, demonstrou que a baixa institucionalidade da gestão da educação permanente em saúde no âmbito do SUS no estado, em parte deve-se à falta de clareza dos atores envolvidos, sobre as diretrizes e os objetivos da educação permanente. Aponta ainda, a inadequada forma de seleção e recrutamento interno de trabalhadores, resultando na contratação de perfis inapropriados para o exercício da gestão e gerência da política de educação permanente. Pode-se inferir que pessoas com o perfil técnico para o exercício da função, não ocupava posição estratégica na época.

Outra diretriz presente no Plano, que remete aos preceitos da Educação Permanente em Saúde, está expressa em “Fortalecer o processo de educação popular em saúde com a prática da gestão participativa”. As proposições elencadas, foram: Criar fóruns eventuais e permanentes, fomentando discussões temáticas referentes às questões de vida e saúde, com caráter intersetorial nos níveis local, regional e estadual; efetivar a Política de Educação Popular em Saúde, garantindo

recursos materiais, tecnológicos e metodológicos, envolvendo profissionais qualificados e representantes do segmento de usuários do SUS (PIAUÍ, 2007b).

As mesmas diretrizes e proposições (como meta) elencadas no Plano 2008-2011 também estão expressas no Plano Estadual de Saúde 2012-2015, evidenciando que o período de vigência do plano anterior não foi suficiente para efetivação dessas proposições.

### 7.2.2 Finanças do Setor

Talvez a descentralização financeira da PNEPS seja a questão de mais fácil constatação. A esfera federal, transferiu através de portarias ministeriais, entre 2007 e 2011, recursos para a Educação Permanente em Saúde (PEPS) aos estados, destinados ao nível superior e para a Educação Profissional de nível médio (PROFAPS), pactuados para implementação dessa política, baseados em critérios também pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

**Tabela 4 – Recursos financeiros do Ministério da Saúde para implementação da PNEPS, no período de 2007 a 2011, destinados ao estado Piauí**

PIAUÍ	2007	2008	2009	2010	2011	Total
PNEPS	1.358.316,03	1.319.263,66	1.394.674,56	-	1.429.690,93	<b>5.501.945,18</b>
Ed. Prof.	-	-	-	1.992.392,23	1.200.652,19	<b>3.193.044,42</b>
Técnico	2.158.398,38	1.884.662,38	-	-	2.042.415,62	<b>6.085.476,38</b>
<b>Total</b>	<b>3.516.714,41</b>	<b>3.203.926,04</b>	<b>1.394.674,56</b>	<b>1.992.392,23</b>	<b>4.672.758,74</b>	<b>14.780.465,98</b>

Fonte: Elaborado pela autora a partir das Portarias Federais (BRASIL 2007, 2008, 2009, 2010, 2011)

Observa-se que o governo federal destinou mais de quatorze milhões de reais para financiamento da Política no estado do Piauí.

As dificuldades operacionais das Secretarias Estaduais e Municipais na execução dos recursos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) levaram à substituição da transferência de recursos do Fundo Nacional para os Fundos Estaduais de Saúde, visando à execução de ações de EPS discutidas e pactuadas localmente nas Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), pela oferta centralizada pelo Ministério da Saúde de inúmeros cursos de qualificação e aprimoramento profissional (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015).

Cabe destacar a fala de um entrevistado, referente ao financiamento:

No momento que tinha o recurso a CIES andou, muito, muito bem...ela tinha um volume de cursos muito grande, um movimento de a cada mês se reunir...quando o recurso acaba, ela é desestimulada! O entendimento dos pares era: não tem recurso, porque nós vamos nos reunir? (E1)

A partir de 2011, o Ministério da Saúde interrompeu o repasse dos recursos considerando as inúmeras dificuldades para execução dos mesmos pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, e passou a priorizar a realização de convênios, com foco no formato de cursos e na lógica de bolsas via Universidades (PRÓ-SAÚDE e PET-SAÚDE), com destaque para a estruturação e fortalecimento da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS); enquanto estrutura de Educação à Distância (EaD) e ofertas do MS vinculadas a Redes prioritárias (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015).

Outra fala, corrobora com o entrevistado anterior:

O financiamento é a parte mais difícil, né? No primeiro momento, em 2011 nós tínhamos bastante recurso para desenvolver as ações, foi muito bem gasto, que foi o período de implementação da política, percorremos os 11 territórios e tivemos momentos maravilhosos [...], mas voltando para o momento atual, a dificuldade que a gente encontra hoje é a falta de recurso financeiro, o Ministério tem deixado de mandar recursos para educação permanente e o estado não tem como contribuir muito [...] ele contribui assim...nos disponibiliza carro, ele nos paga diária para o deslocamento até os territórios, mas para outras coisas como material, alimentação..., essas coisas, ele não tem condição (E2).

Os recursos destinados para a Política de Educação Permanente em Saúde, no estado do Piauí, no período de 2007 – 2014, foram os recursos provenientes dos repasses da União, expressos na tabela acima de 2007 a 2011. A fala do entrevistado (E2), expressa que o estado não dispunha de dotação orçamentária própria para a Educação Permanente em Saúde.

Cabe destacar a medida mais consistente no sentido de garantir recursos para o financiamento da saúde, a Emenda Constitucional 29, aprovada em 2000, que define percentuais mínimos de investimento em saúde pela União, estados e municípios. Seus critérios para estabelecer o financiamento, são: Que a União invista o montante do ano anterior mais a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Os estados precisam aplicar 12% do que arrecadam anualmente em impostos. Os municípios precisam investir 15% de sua receita. A aprovação da Emenda 29/2000

não finalizou a discussão visto que havia a necessidade da regulamentação do que são gastos com saúde, pois alguns estados e municípios passaram a incluir como sendo da saúde gastos de áreas conexas. Somente em 2011 foi aprovado o projeto de lei nº 121/2007 com definições claras a respeito dos gastos em saúde.

Apresenta-se a seguir os gastos em saúde do estado Piauí, expressos nos Relatórios Anuais de Gestão, através de dados importados do Sistema de Informação Orçamento Público em Saúde (SIOPS) no período de 2007-2014, escolhido para a pesquisa. O SIOPS é um sistema que propicia insumos para melhoria da gestão, diagnósticos do setor e formulação de políticas públicas, consiste também num importante instrumento que municia a sociedade civil e os conselhos de saúde para o exercício do controle sobre a gestão pública, ao disponibilizar os dados à toda população.

**Tabela 5 – Série Histórica dos Gastos em Saúde aplicados pelo estado do Piauí no período de 2007 a 2014**

<b>ANO DE REFERÊNCIA</b>	<b>GASTOS EM SAÚDE % (EC 29, LC 141)</b>
2007	13,71
2008	12,16
2009	10,06
2010	11,07
2011	9,88
2012	11,64
2013	12,74
2014	13,39

Fonte: A autora a partir de dados da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), Ministério da Saúde, 2016

Nota-se a partir dos dados apresentados, que o estado do Piauí aplicou menos que os 12% de suas receitas de impostos e transferências constitucionais por 4 anos (2009, 2010, 2011, 2012), considerando o período investigado pela pesquisa.

Piola *et al.* (2012) apontam a Emenda Constitucional nº 29/2000 como um importante instrumento para garantir maior estabilidade e crescimento do orçamento da saúde nas três esferas de governo, estabelecendo uma maior participação dos estados e municípios. Segundo os autores, este volume de recursos poderia ser ainda

maior, caso os Estados e a União tivessem observado as diretrizes da EC nº 29/2000 (BRASIL, 2000). A promulgação da referida EC, foi a primeira medida bem-sucedida para reduzir, ainda que modestamente, a instabilidade do financiamento do SUS e aumentar a alocação de recursos para a saúde pública nos orçamentos federal, estaduais e municipais a partir de 2001 (FUNCIA, 2018).

Considera-se importante destacar o quadro de instabilidade política, econômica e financeira enfrentado pelo país, onde o cenário para a saúde pública piorou mediante a aprovação da EC nº 95/2016 (BRASIL, 2016), que instituiu o Novo Regime Fiscal promovendo uma séria restrição aos investimentos em saúde por um período de duas décadas. Rossi e Dweck (2016), alertam que a reforma fiscal apresentada pelo governo não foi um plano de estabilização fiscal, mas sim um projeto de redução drástica do tamanho do Estado. Tal atitude do governo repercutirá em profundos impactos sociais, com a desvinculação de receitas para investimentos em saúde e educação. O que impossibilitará qualquer avanço na saúde e educação públicas no país, permitindo o seu sucateamento e conseqüente eliminação de seu caráter universal.

Funcia (2018) aponta que pela ótica orçamentária-financeira, está em curso um processo acelerado de desmonte do SUS pela restrição orçamentária e pela “asfixia” financeira decorrentes da EC 95/2016, também pela reincidência dos baixos níveis de liquidação de despesas que atingem, inclusive, as transferências federais de recursos fundo a fundo para os estados, Distrito Federal e municípios, representam cerca de 2/3 das despesas anuais do Ministério da Saúde. O mesmo autor, atribui que o lema apropriado para o governo federal na gestão da saúde em meados de 2016 é “Menos trinta anos em três”.

Cohn (2018), informa que o SUS precisa ser defendido contra os ataques do mercado para que não seja atingido de morte, já que a partir do “golpe burocrático-parlamentar” de 2016, os interesses do capital financeiro estão sendo reafirmados e fortalecidos.

Recentemente, o MS lançou a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017a), trata-se de um compêndio estabelecendo as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde e classificando-as, onde a Política de Educação Permanente encontra-se juntamente com a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, Política Nacional de Gestão

de Tecnologias em Saúde e Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) fazendo parte do Capítulo III – Das Políticas de Organização do Sistema Único de Saúde, tendo em seu Anexo XL as bases teóricas e metodológicas da Educação Permanente em Saúde. Em 28 de novembro de 2017, o MS lança a Portaria Nº 3.194 que dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (PRO EPS-SUS), tendo como objetivo geral o estímulo, o fortalecimento e o acompanhamento da qualificação profissional dos trabalhadores da saúde visando a transformação das práticas em consonância com os princípios fundamentais do SUS, a partir da análise coletiva do processo de trabalho e da realidade local.

A mesma portaria estabelece critérios para alocação de incentivo financeiro para estados e municípios, condicionados respectivamente ao número de regiões de saúde e número de equipes de atenção básica. O número de Regiões de Saúde existentes no estado ou Distrito Federal, observadas as seguintes faixas (BRASIL, 2017a):

- I - de 1 (uma) a 10 (dez) regiões de saúde: R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais);
- II - de 11 (onze) a 20 (vinte) regiões de saúde: R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais);
- III - de 21 (vinte e um) a 30 (trinta) regiões de saúde: R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais); ou
- IV - acima de 31 (trinta e uma) regiões de saúde: R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais).

O estado Piauí, para efeitos de planejamento governamental, por meio da Lei Complementar nº 87 de 22 de agosto de 2007, foi regionalizado em 11 Territórios de Desenvolvimento o que equivale a regiões de saúde expressa na portaria, atendendo o critério para recebimento de R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais). O incentivo para os municípios com até 3 (três) Equipes de Atenção Básica R\$ 11.000,00 (onze mil reais), sendo acrescido de R\$ 1.000,00 (mil reais) para cada intervalo de 1 (uma) a 5 (cinco) Equipes.

A Política de Educação Permanente em Saúde sofreu o impacto da diminuição dos investimentos para o setor saúde por ocasião da promulgação da EC 95/2016 (BRASIL, 2016).

### 7.2.3 Problemas de saúde e organização dos serviços

A transformação enfrentada pela sociedade brasileira, sobretudo nas últimas décadas, imprime uma nova ordem social, demográfica, política e econômica. Os impactos gerados, refletem nas condições de vida e saúde da população, o que demanda novas formas de organização para o sistema de saúde, com implicações também para a organização do seu financiamento. A sociedade brasileira tem passado por grandes transformações nas últimas décadas (MENDES; LEITE; MARQUES, 2011). A situação de transformações descritas, foram denominadas por Omran (1971), como “transição epidemiológica”.

Duarte e Barreto (2012) afirmam que novos e velhos desafios se impõem nesse contexto de mudanças, sendo alguns potencializados pela sobreposição de agendas, constituídas de uma transição epidemiológica prolongada, com persistência das doenças transmissíveis, a mudança no estilo de vida da população brasileira com crescimento dos fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis (DNCT) e a forte predominância das ocorrências por causas externas. Esse contexto, pressiona as agendas da Saúde Pública, do Sistema Previdenciário e do Sistema Educacional brasileiro. Portanto, impondo, naturalmente, uma imperiosa transição na atenção à saúde também.

Na perspectiva dessas mudanças, a política nacional de atenção primária à saúde ganhou grande notoriedade com grandes investimentos na ampliação do acesso. Os programas de agentes comunitários de saúde e programa de saúde da família, assumiram posição estratégica para fortalecimento da atenção primária com forte ênfase dada pelo Ministério da Saúde (CASTRO; MACHADO, 2012).

O Ministério da Saúde incorporou diversas ações, políticas e programas para atender às novas demandas. A saber: o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), o Programa Farmácia Popular, os Centros de Atenção Psicossocial, o Programa da Academia da Cidade, o Pacto pela Saúde, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), o Programa Olhar Brasil, o Programa Brasil Sorridente, a Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2010).

Na estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), prioriza-se a organização do sistema com base nas “linhas de cuidado”, sobretudo para as patologias prioritárias no contexto epidemiológico do Piauí, considerados os recortes populacionais quanto

a gênero e faixa etária e aspectos relativos à morbidade e mortalidade, apontando, conseqüentemente, para a necessidade de enfatizar no âmbito das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, doenças tais como: do Aparelho Circulatório, Neoplasias, Diabetes Mellitus e Hipertensão. Dentre os agravos que desafiam a população e os gestores do SUS, destacam-se a Hipertensão e Diabetes Mellitus, o Câncer de Colo de Útero e o Câncer de Mama, enquanto agravos que assumem relevância significativa no perfil de morbimortalidade do estado, bem como, nas condições de acesso a serviços instalados; na qualidade das ações e intervenções desenvolvidas por esses serviços desde o diagnóstico, tratamento e efetivo seguimento (PIAUÍ, 2016).

A incipiência e fragilidade de serviços instalados nos sistemas locais de saúde nas demais Regiões de Saúde do Estado determinam uma concentração desorganizada de demandas para esse tipo de atendimento na Capital, uma vez que também é alarmante o aumento de acidentes com transporte, principalmente motos nos municípios do interior do Estado. Além da importância quanto à estruturação de serviços, torna-se necessário desenvolver processos de sensibilização e educação da população quanto ao comportamento no trânsito, sobretudo para condutores de motocicleta no interior. Acrescenta-se ainda a ocorrência de doenças negligenciadas como: hanseníase, tuberculose, tracoma, doença de chagas, esquistossomose e leishmaniose (PIAUÍ, 2016).

O território de desenvolvimento Vale do Rio Guaribas, em seu arranjo organizativo, possui como município sede a cidade de Picos que possui uma ampla rede pública de atenção à saúde, contando com 100% de cobertura da estratégia saúde da família, com atuação de 36 Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), 04 equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), Programa de Saúde Bucal (PSB), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS –AD), Centro de Testagem e Aconselhamento – Centro de Orientação e Apoio Sorológico (CTA-COAS), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Centro de Especialidades Médicas (CES), Centro de Controle de Zoonoses, Pronto Atendimento Infantil Municipal (PAIM), Clínica Integrada Saúde da Mulher (CLISAM), Centros de Hemodiálise, Hemocentro, Centros Especializados em Reabilitação (CER – Modalidade IV), Posto de Assistência Médica (PAM), seis outros hospitais bem como uma extensa rede privada conveniada ao SUS

de exames laboratoriais, clínicas de fisioterapia/reabilitação e diagnóstico por imagem, que conta com 83 serviços contratualizados ao SUS (PICOS, 2017).

O município de Picos, habilitado na gestão plena do sistema municipal de saúde, além de referência para o território Vale do Rio Guaribas, composta por 42 municípios, pactua com 70 municípios, incluindo ações de média complexidade com os territórios do Vale do Canindé e Vale do Sambito. O Hospital Regional Justino Luz, possui a UTI (Unidade de Terapia Intensiva) sob gestão da FEPISER (Fundação Estatal Piauiense de Serviços Hospitalares). Algumas redes de atenção à Saúde estão ganhando forma no território: Rede Cegonha (RC), Rede de Urgência e Emergência (RUE) e Rede Atenção Psicossocial (RAPS) (PICOS, 2017).

A região é marcada historicamente por diversos conflitos de interesses, sucessivas trocas de gestão e de equipe técnica. Alguns serviços foram instalados (e também deixaram de ser), por forte influência de atores políticos em decisões pautadas em critérios políticos normativos, como vem sendo praticado na maior parte do estado (ROSA; CARVALHO; MACEDO, 2011).

Os interesses de mercado da rede privada conveniada ao SUS parece se sobrepor aos anseios dos cidadãos que necessitam das ações e serviços no território. O desafio é colocar a cidadania acima dos interesses corporativos, sendo esta transformada no principal objetivo da regulação no território, na adoção de políticas públicas, a partir de uma pactuação mais participativa entre os agentes sociais (poder público, empresas e sociedade civil) (VIANA *et al.*, 2007). Sendo a CIR, a CIES e o Conselho Municipal de Saúde atores preponderantes para o rompimento desse paradigma.

Iniciativas nesse sentido, parecem ter se iniciado no território, conforme as falas a seguir:

Já está tendo mais uma participação... os gestores estão mais empenhados... (E6)

A política, ela sofreu uma quebra...não houve continuidade...não era algo conversado num colegiado como tem hoje a CIR, antigamente no núcleo nós não sabíamos quais eram nossas atribuições. (E3)

A educação permanente em saúde é de extrema relevância no contexto desse território, precisa ser priorizada como estratégia para mudança na realidade da operacionalização das ações e dos serviços de saúde, ela tem um potencial não só de está aperfeiçoando os profissionais em termos de conhecimento, mas também de modificar as práticas no cotidiano a partir desse conhecimento adquirido e também das relações de trabalho...ela precisa ser mais valorizada e precisa de mais investimentos, porque consequentemente se eu estou investindo na educação permanente, estou

qualificando os profissionais, os serviços e o Sistema Único de Saúde, fortalecendo as ações e melhorando a assistência para a população. (E8)

Antes de formalizar esse processo era tudo muito solto...não tinha esse entendimento de discussão de uma política no território...com a CIES, melhorou muito isso...o território passou a refletir sobre as necessidades de educação permanente no seu âmbito, mas sem muita organização...sem conhecimento de pauta prévia... (E5)

Então hoje, com a hierarquia do sistema o controle social está mais presente, porque os próprios conselheiros já sabem o que devem fazer, não fiscalizar apenas uma prestação de contas, mas fiscalizar o serviço, a carga horária...então, na política de educação permanente o controle social já está dentro desse sistema, ele já está inserido, ele já faz parte desse processo... o conselho também é um produto da gestão, o gestor deve dar condições para o conselho atuar e trabalhar lado a lado. (E4)

### **7.3 O Processo da Política e seus Atores**

A análise do processo da política de educação permanente em saúde no Piauí, combinou o ciclo da política, baseado em Viana (2008), considerando as seguintes etapas: entrada na agenda, formulação, implantação e avaliação aliado ao institucionalismo histórico (MACHADO; BAPTISTA; LIMA, 2012; MENICUCCI, 2007), articulando a trajetória política aos acontecimentos históricos vivenciados anteriormente e no período que influenciaram a política, assim como o protagonismo dos atores.

#### **7.3.1 Entrada na Agenda**

O debate sobre a Educação Permanente em Saúde no Piauí iniciou-se ainda em 2003, com a realização do I Fórum de Educação Permanente em Saúde no Piauí na data de 19 de setembro de 2003 onde o ensino e serviço estiveram em pauta, visando subsidiar a estruturação do Polo de Educação Permanente em Saúde no Estado. Merece destaque o envolvimento dos atores institucionais: Núcleo de Saúde Pública da UFPI, FACIME (Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual do Piauí), COSEMS, Secretaria Estadual de Saúde do Piauí, SGTES/MS e FACID (Faculdade Integral Diferencial). Como atores individuais destacam-se: O secretário Estadual de Saúde, José Nazareno Fonteles, um dos membros fundadores do PT no estado, médico e professor da UFPI e responsável pela habilitação do estado em gestão plena do Sistema Estadual de Saúde; o representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES/MS), José Ivo dos Santos Pedrosa, a diretora da unidade de gestão de pessoas, Solange Maria; a professora Lis Medeiros

da UFPI, enfermeira, coordenadora do PROFAE-PI. O seminário foi realizado no auditório do departamento de enfermagem da Universidade Federal do Piauí (PIAUÍ, 2003).

O protagonismo dos atores e dos interesses envolvidos no desenvolvimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, fizeram parte do contexto de mudança iniciado quando o presidente Lula foi eleito. O período foi marcante na forma de governar o país, com a incorporação de indivíduos oriundos do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, estudiosos no campo da Saúde Pública, sendo designados para cargos estratégicos no Ministério da Saúde (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013). Destacamos o professor José Ivo dos Santos Pedrosa, piauiense natural de Parnaíba, professor da UFPI, como coordenador geral de ações populares de educação na saúde da SGTES/MS no período de 2003-2010.

O Ministério da Saúde configurou-se um ator institucional preponderante para proporcionar as transformações necessárias, demandantes do novo momento político. Sua reorganização com a criação da SGTES e a formulação da PNEPS foi determinante para inserção da educação na saúde como campo de ação estratégica, sendo sua construção encarada como fenômeno contemporâneo e complexo (RODRIGUES, 2015).

Analisando a conjuntura, observa-se que estamos diante, do que Baptista e Rezende (2011) denominou de uma situação de oportunidade mediante o “clima político”.

### 7.3.2 Formulação

A equipe estadual da unidade de gestão de pessoas começou a trabalhar de forma estratégica no sentido de transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização dos serviços, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores para atuação na rede de serviços do SUS no Piauí (PIAUÍ, 2014).

A formulação da política no Piauí, aconteceu obedecendo os seguintes passos:

A Rede Estadual de Educação Permanente em Saúde organizou, junto com representantes do Ministério da Saúde, encontros coletivos entre as instituições que compõem o quadrilátero da EPS, para construção de onze CIESC (Comissão de Integração Ensino Serviço Comunidade);

Como resultante dos encontros, foram definidos quatro Pólos de Educação Permanente em Saúde, através de Resolução, estes Polos foram distribuídos nas quatro macrorregiões (Litoral, Meio Norte, Semiárido, Cerrados); Em 2004, a Secretaria de Estado da Saúde do Piauí criou a Coordenação de Educação Permanente em Saúde (CEPS) responsável pela articulação da PNEPS no estado; Entre os anos de 2007 a 2009, a Coordenação de Educação Permanente do Estado, atendendo ao Pacto de Gestão e a Portaria GM/MS nº 1.996/07(BRASIL, 2007), desenvolveu um processo de renovação das comissões que se organizaram em torno dos polos. Buscando conformidade com Lei Complementar nº 87, de 22 de agosto de 2007 (PAUÍ, 2007a), que trata da regionalização da saúde no estado, foram criadas onze CIES, de acordo com deliberação Intergestores Bipartite (CIB) nº 119/11 (PIAUÍ, 2014).

Cunha (2009), aponta como favorável o contexto político, econômico, administrativo e gerencial ao desenvolvimento de uma agenda positiva para Saúde Pública no estado no período que compreende 2007 a 2010. Atribui tal fato à posição estratégica de secretário estadual de saúde ocupada pelo deputado estadual licenciado Francisco de Assis Carvalho Gonçalves (2007-2010), evidenciando a sua força política e experiência administrativa e ressaltando a sua postura de certa imparcialidade frente às categorias profissionais, sobretudo as mais hegemônicas.

A gestão da Política de Educação Permanente no âmbito Estado do Piauí está sob responsabilidade da Gerência de Desenvolvimento e Qualificação, composta por uma Coordenação de Educação Permanente em Saúde e uma Coordenação da Escola Técnica do SUS.

Ficou demonstrado que o processo de tomada de decisão e formulação da Política de Educação Permanente em Saúde, no estado do Piauí, aconteceu a partir de uma visão pluralista aberta (ARAÚJO Jr.; MACIEL FILHO, 2001). Essa visão, na perspectiva dos autores, o “poder” é compartilhado e distribuído entre grupos, instituições e indivíduos dentro da sociedade. Reforça-se ainda, que o processo aconteceu num ambiente favorável onde o governo com características democráticas ocupavam a esfera federal e estadual, aliados ao fato da Política ser tema adotado pela academia, incrementada pela articulação nacional de movimentos e práticas de educação popular em saúde (ANEPS).

Diante do cenário favorável, estava aberta a janela de oportunidades (KINGDOM, 1995) para implantação da educação permanente em saúde no estado do Piauí.

### 7.3.3 Implementação

Em 2007, houve a publicação da Portaria nº 1.996/07 pelo MS dispondo de novas diretrizes e estratégias para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Considera-se um avanço com relação a realidade anterior à sua publicação, onde se seguia um modelo pautado na celebração de convênios entre o governo federal com estados e municípios, passando para um modelo mais democrático, baseado na análise de projetos debatidos com diversos atores na modalidade de repasse financeiro “fundo a fundo” (PINTO, 2016).

Para operacionalizar a Política no estado, a coordenação desenvolveu um instrumento diagnóstico sob as bases do planejamento estratégico situacional de Carlos Matus (1993). Tal iniciativa, garantiu a identificação de demandas regionais de educação permanente e uma estimativa de sua magnitude (PIAÚÍ, 2014).

O processo de regionalização da execução da política, conforme os preceitos expressos na PNEPS, demandou um grande esforço de cada CIES no detalhamento das necessidades de formação, capacitação e outras iniciativas de educação permanente em saúde no âmbito dos territórios de desenvolvimento, esses esforços foram concentrados no ano de 2011.

As falas dos entrevistados a seguir, expressa o momento vivenciado:

A gente fazia as rodas de conversa, para exatamente discutir como era que nós iríamos operacionalizar a política no estado. Como no estado, na época eram 17 diretorias regionais de saúde e logo após veio a questão do planejamento, que utiliza os territórios de desenvolvimento sustentável, que foram os 11 territórios e daí começou a fazer oficinas de educação permanente em cada território desse (E3).

A gente ia em cada território, juntava o quadrilátero e fazíamos grandes movimentos...a gente chegava a ter 100 pessoas no território, né? Então, passou esse período...chega o recurso, a gente começa a trabalhar no processo de educação permanente dentro dos territórios. Exatamente, constituindo as CIES, fazendo as oficinas de planejamento estratégico, a gente conseguiu fazer...é ... provocando, fazendo, desenvolvendo os cursos, a execução dos cursos (E2).

No início (2011), foi aquele movimento de instalação mesmo, de implantação da política, né? E de implementação da política. A partir de 2014, iniciou-se um processo de reestruturação dessas CIES e de funcionamento das mesmas... a gente acompanhava as reuniões das CIR's, as CIES instaladas dentro dos espaços das CIR's, onde acontecem as discussões e depois a gente discutia internamente na secretaria de saúde e a partir daí a gente implementava as ações (E1).

O diagnóstico realizado pela coordenação estadual de educação permanente nos territórios, revelou as seguintes dificuldades colocadas pelas onze CIEs, seguindo a ordem de prioridade:

Dificuldade de operacionalização do financiamento e processos administrativos da PNEPS;  
Dificuldades para elaboração, execução e avaliação de projetos de Educação Permanente em Saúde;  
Dificuldades para realização de ações de educação permanente em saúde que fortaleçam a Política de Saúde Mental;  
Dificuldades para a realização de ações a partir dos pressupostos da Política Nacional de Humanização;  
Dificuldades de envolvimento das Instituições de Ensino Superior nas CIEs;  
Dificuldades para realização de ações e atividades de capacitação para operação dos sistemas de informação em saúde;  
Dificuldades para implementar ações seguindo os princípios da PNEPS;  
Dificuldades para o desenvolvimento de atividades de capacitação em atenção às Urgências e Emergências;  
Dificuldade para realizar atividades de qualificação de processos no âmbito da gestão do SUS (PIAUI, 2014).

A dificuldade de operacionalização do recurso aparece em primeiro lugar como preocupação das CIEs, corroborando com os estudos sobre análises da implementação da política nos estados e municípios realizados pelo Deges (diagnósticos 2013, 2014 e 2015) e por vários autores (FRANÇA *et al.*, 2017; FERRAZ *et al.*, 2014; NICOLETTO *et al.*, 2013) onde também foram apontadas dificuldades na utilização dos recursos financeiros. Os referidos estudos apontam também como dificuldades enfrentadas a pouca articulação entre gestores, trabalhadores, controle social e IES; a reduzida implantação das CIEs regionais; a participação incipiente dos gestores municipais e a indefinição de parâmetros para construção dos projetos. Percebe-se que as dificuldades enfrentadas no processo de implementação da política de educação permanente no estado do Piauí se assemelha às dificuldades enfrentadas pelas demais secretarias estaduais e municipais do país.

Há ainda que se considerar, os desafios específicos da realidade local, em função do Piauí ser um dos estados de menor capacidade financeira da federação, apresentar baixa capacidade gerencial e níveis incipientes de desempenho institucional, inclusive para execução dos projetos e programas do governo federal (MACEDO; DIMENSTEIN, 2012).

A fala do entrevistado, colocada a seguir, reconhece as dificuldades enfrentadas para capilaridade da política locorregional e compara o estágio de

implementação da política no estado com a implementação ocorrida nos demais estados da federação:

Apesar de muitas dificuldades, aqui no Piauí... nós estamos bem, quando se fala de CIES, a gente tem conseguido instalar em todos os territórios uma CIES funcionando, umas mais e outras menos ..., mas a gente olha para outros estados maiores e mais desenvolvidos, tem deles que nem sequer formaram suas CIES, apesar de desenvolver ações de educação permanente [ ... ]. Mas, a estrutura que nós temos eles não têm ainda. (E2)

Contrastando com a fala anterior, um entrevistado expõe seu ponto de vista sobre o processo de implementação da política no território Vale do Rio Guaribas:

Acho que a política de educação permanente no Piauí deixa muito a desejar...ela é, digamos...desarticulada com o que a política preconiza, a exemplo da CIES Vale do Rio Guaribas que é uma câmara técnica, mas as pessoas não valorizavam...e a parte do estado, eles não colaboravam com o funcionamento da CIES, fizeram até um seminário para instituir a CIES... só, que depois, abandonaram. E em termos locais, os gestores não tinham a preocupação de manter essa comissão funcionando, enfim... não tínhamos condição de trabalho. Se levássemos uma proposta para os gestores, falássemos sobre a CIES...era como se fosse algo que não despertasse o interesse deles. Para os gestores, o mais importante era ter exames, consultas especializadas, procedimentos...do que estar discutindo educação permanente. (E7)

Analisando o posicionamento dos entrevistados, os contrastes evidenciados, permite inferir que o fato da CIES encontrar-se em funcionamento não garantia o desenvolvimento da política no território. A aproximação entre a CIES e a CIR necessitava de fortalecimento, sendo necessário inventar dispositivos para essa aproximação avançar. Na tentativa de avançar no desenvolvimento da política no território, foi solicitado aos gestores em reunião de CIR as necessidades de educação permanente em saúde em seus municípios, porém a CIES não recebeu devolutiva. Obedeceu-se a mesma lógica dos polos, execução das ações recomendadas pelo nível central pautadas na oferta de “cursos” prontos.

Durante a dinâmica de grupo realizada na Oficina de Planejamento Estratégico Situacional de Educação Permanente em Saúde do Piauí em 2011, os problemas apontados pela CIR e CIES do Vale do Rio Guaribas para implementação da PNEPS no território foram as seguintes: dificuldades de operacionalização do financiamento e processos administrativos, participação incipiente das IES na CIES; dificuldade na elaboração, execução e avaliação dos projetos e pouca participação da comunidade/movimentos sociais (PIAÚÍ, 2014).

A fala dos atores a seguir, expressa sobre a presença das IES na composição da CIES Vale do Rio Guaribas e sobre a dinâmica de trabalho emprestando suas impressões a respeito:

[...] o que percebo é que deve ter uma interação maior, um elo maior entre as instituições para que o que esteja sendo pautado na academia seja o que está realmente necessitando lá para o usuário, lá na ponta, independente de qual seja o serviço assistencial. (E9)

Não sei porque os próprios profissionais, fazem ou veem, uma distância entre a assistência e o ensino...é como se fossem eixos diferentes, abismos diferentes em que não existisse ponte...é como se o que tivesse pontuando ou pautado na academia, fosse totalmente diferente para ser aplicado na prática, como se fosse alguma coisa surreal. (E10)

Havia muitas mudanças de quem estava na coordenação estadual...então, ia tentar entender como é que estava o fluxo e a composição...mudava também os outros membros e não comunicavam...era como se a cada encontro, fossemos recomeçar...sempre tentando retomar às discussões, o que gerava muito desgaste porque você não se sentia motivado [...] você não via o serviço avançando. (E4)

Ficou evidenciada que a forma de implementação da política foi protagonizada pela coordenação estadual, expressa numa maneira tradicionalista de implementação, ou seja, de cima para baixo. Nesta forma, opera-se a implementação no sentido vertical, caracterizando-se por uma tarefa gerencial e administrativa do nível central para o local, o que é apontado na literatura clássica das ciências políticas como forma *Top Down*. Baseada numa concepção mais normativa e pragmática, a política aproximou-se do modelo de desenvolvimento Racional. A abordagem estratégica também foi utilizada, na medida em que procurou encontrar ações que funcionassem como mediação, alterando pouco a realidade, porém viáveis na execução (ARAÚJO Jr.; MACIEL FILHO, 2001).

#### 7.3.4 Avaliação

A atividade de avaliação não pode ser considerada um fim em si mesmo, acontecer isoladamente. Esta atividade deve se fazer presente em todo processo de planejamento das políticas e programas governamentais, permitindo a geração de informações como guia para novas escolhas; analisando os resultados e refletindo sobre reorientações das ações em busca dos objetivos almejados (CUNHA, 2018).

Os atores reconhecem a sua importância, porém apontam fragilidades nessa ação:

Para mim ela é uma ferramenta muito potente de gestão [...] a gente pode trabalhar o planejamento das ações, tem como medir, avaliar e monitorar, né? E aí, a gente ter resultados próprios. Eu acho muito importante, assim [...] A política de educação permanente, para mim, enquanto ferramenta de gestão foi uma das coisas mais importantes que aconteceu nos últimos tempos (E1). O monitoramento das ações é uma coisa, que até o momento, a gente não tem feito. O grande desafio para nós, nesse momento, é estar realizando esse monitoramento (E6).

O monitoramento das ações a gente não tem feito muito bem ainda...temos monitorado, simplesmente, o funcionamento das CIESs, porque nós somos uma equipe pequena, dentro da secretaria de saúde (que trabalha a educação permanente), e como a gente tem 11 territórios de desenvolvimento e cada um possui uma CIES, a gente não tem pernas para ficar acompanhando todos os momentos nos 11 territórios...quando a gente pensa em voltar...já terminou o ano, entendeu? (E2)

Na época não teve monitoramento das ações e o estado se omitiu de tudo, o estado sumiu. A minha maior chateação com a CIES, foi que eu me vi sozinho com alguns colegas tentando tocar o barco...não tínhamos apoio dos gestores e o estado nos abandonou, não dava suporte de forma alguma (E7).

Por iniciativa do DEGES, em parceria com o CONASS, CONASEMS, Conselho Nacional de Saúde (CNS), Escolas Técnicas do SUS (ETSUS), Escolas de Saúde Pública (ESP), IES, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e demais secretarias do MS, foi realizada uma primeira reunião técnica preparatória em Brasília, no dia 18 de maio de 2017, com o objetivo de debater de forma coletiva a atualização da PNEPS que completara dez anos. Ficando acordado a realização de oficinas regionais para avaliação do processo de implementação da Política de Educação Permanente em saúde nos estados.

No período entre 5 de outubro e 5 de dezembro de 2017, foram realizadas seis oficinas regionais, reunindo cerca de 380 participantes. Seus resultados revelaram, dentre outros aspectos, que praticamente todos os estados expressaram dificuldades em monitorar e avaliar as ações de EPS, apontando a ausência de indicadores que superem a mera quantificação dos cursos e outras atividades realizadas (BRASIL, 2018).

Como proposta nas oficinas, sugeriram o estabelecimento de mecanismos de monitoramento e avaliação da execução dos planos estaduais e regionais de EPS com indicadores de processo e resultado; estimular as áreas técnicas para registro e divulgação das ações de EPS; dimensionar/mapear os pontos de educação da rede estadual.

Serapioni (2016), analisando a literatura internacional sobre avaliação de políticas públicas, resume que ela surge no sentido de formular juízos sobre o valor ou mérito de uma intervenção com vistas a transformar a realidade social das

comunidades; carrega ênfase na sistematicidade e rigorosidade dos procedimentos de coleta de dados que comportem o julgamento do mérito e do valor das ações; constitui-se numa ferramenta indispensável para a tomada de decisões, já que oferece aos gestores informações necessárias para o aprimoramento do processo de planejamento e de gestão dos programas, serviços e políticas.

Diante do exposto, a avaliação da política de educação permanente em saúde deve ser colocada em prática pelo estado e pelo território, num movimento conjunto de esforços, amparados na iniciativa do Deges/MS.

#### **7.4 O conteúdo da política em âmbito nacional**

A política nacional de educação permanente em saúde (PNEPS), formulada em 2003, foi instituída em 2004 pela Portaria 198 (BRASIL, 2004). Em 2007, teve suas diretrizes de implementação publicadas na Portaria GM/MS nº 1.996/2007 (BRASIL, 2007a), buscando adequar-se à implantação do Pacto pela Saúde, momento em que a SGTES, em parceria com o CONASS e CONASEMS, promoveu uma ampla discussão no sentido de fazer reformulações nos marcos regulatórios pelos atores do SUS nos territórios, onde foram incluídos os aspectos relacionados ao financiamento das ações de Educação Permanente em Saúde (EPS).

A PNEPS, passou a assumir o princípio da regionalização da gestão do SUS, como base para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas para o enfrentamento das carências e necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). O fomento da condução regional da política e a participação interinstitucional, foi garantida com a criação das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES). Também foi definido orçamento para projetos e ações, com estabelecimento de critérios de alocação transparentes e explícitos (BRASIL, 2018).

No anexo II da portaria GM/MS n. 198/2004 (BRASIL, 2004), que trata da operacionalização da educação permanente, o Ministério da Saúde aponta a seguinte definição:

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e a trabalho. Propõe-se que os processo de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004, p. 38).

O objetivo da política também está expresso no anexo II da portaria GM/MS n. 198/2004 (BRASIL, 2004):

O objetivo do Ministério da Saúde é a construção de uma política nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais de saúde, principalmente por meio da constituição de Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instâncias interinstitucionais e locais/regionais/rodas de gestão) com a elaboração de projetos de: mudança na educação técnica, na graduação, nas especializações em serviço, nas residências médicas ou outras estratégias de pós-graduação; desenvolvimento dos trabalhadores e dos gestores de saúde; envolvimento com o movimento estudantil da saúde; produção de conhecimento para a mudança das práticas de saúde e de formação, bem como a educação popular para a gestão social das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004, p.38).

A regionalização sendo assumida como princípio, coloca o papel das secretarias de saúde dos estados como protagonistas, porém condiciona à implantação da política o papel a ser desempenhado pelos Colegiados Gestores Regionais (CGR)/Comissão Intergestores Regional (CIR) e também pela CIES, a elaboração dos Planos de Ação Regionais de Educação Permanente em Saúde (STROSCHEIN; ZOCHE, 2012).

A portaria trouxe um reforço ao conceito de educação permanente como prática educativa, considerando o trabalho e valorizando o conhecimento prévio dos trabalhadores, pautada na transformação da prática a partir da problematização da realidade. A lógica de pactuação das atividades, envolvendo diversos atores prevaleceu, tanto do setor saúde (gestores, trabalhadores e usuários) como da educação (gestores, instituições de ensino, estudantes de cursos da área de saúde) (GIGANTE; CAMPOS, 2016).

Gigante e Campos (2016) apontam que a Política Nacional de Educação Permanente proposta pelo Ministério da Saúde permitiu a construção e a institucionalização de espaços coletivos de cogestão, possibilitando a reflexão e análise das práticas no cotidiano do setor saúde, visando transformá-las e qualificá-las. Porém, não necessariamente puderam inserir ativamente os trabalhadores e usuários nesses espaços.

Como estratégia para mudanças na formação, a Educação Permanente em Saúde, esteve presente nas discussões ao longo do processo da Reforma Sanitária Brasileira e da construção do campo da Saúde Coletiva no período da década de 1980, sendo difundida pela OPAS, para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de

saúde. Sob forte influência da Educação Popular, do Movimento Institucionalista e de experiências concretas desenvolvidas por trabalhadores (CECCIM, 2005).

Santin e Hillesheim (2013) apontam que as condições para a emergência da Educação Permanente em Saúde estão colocadas em todo o processo que culminou com a constituição do SUS e não como uma política posterior ele. As autoras colocam em evidência que seu surgimento, só foi possível em função das rupturas nos modos de poder sobre a vida, onde todo o corpo social é passível de se tornar objeto de governo.

A mudança no mecanismo de poder se evidencia onde o interesse, já não é mais em ter um trabalhador disciplinado, com um corpo mero reprodutor de tarefas; não existe mais separação entre o trabalhador e o seu processo de gestão do trabalho. O trabalhador ocupa papel central, onde seu espaço de formação é o próprio trabalho e as demandas de educação permanente são provenientes das reflexões dos próprios trabalhadores (SANTIN; HILLESHEIM, 2013).

Zepeda (2016) nos informa que a política pública tem o papel de ampliar a potência, o alcance, a sustentabilidade das práticas “espontâneas”, através de estratégias como identificação e valorização de experiências locais, ou de colaboração horizontal entre serviços e municípios.

## **7.5 O conteúdo da política no estado do Piauí**

A Política de Educação Permanente em Saúde no estado do Piauí, seguiu o que está estabelecido no âmbito nacional como parâmetro.

Somente no final de 2014 foi, oficialmente, finalizada a diretriz de uma política estadual para educação permanente em saúde. Ela foi formulada no âmbito da secretaria estadual de saúde, na Coordenação de Educação Permanente em Saúde (PIAÚÍ, 2014).

Na diretriz estadual para educação permanente em saúde no Piauí, estão expressos os seguintes objetivos:

- Identificar e estabelecer a relação entre os problemas de saúde e as necessidades de educação permanente em saúde no âmbito do SUS incluídos nos PAREPS e identificados na Oficina Estadual para elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Estado do Piauí em 2011;

- Definir critérios para o compartilhamento de responsabilidades na execução da política de EP para o estado, regiões de saúde e dos municípios;
- Fomentar a melhoria da qualidade dos serviços de saúde e o fortalecimento do SUS por meio da integração ensino-serviço;
- Propor ações de educação permanente em saúde no curto, médio e longo prazo, para o enfrentamento das necessidades identificadas, estabelecendo as metodologias de execução;
- Fortalecer o processo de regionalização através da ação integrada das CIEs com as CIRs;
- Monitorar e avaliar periodicamente o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, visando a qualidade das ações ofertadas, bem como seu impacto na atenção à saúde das dificuldades apresentadas nos PES-EPS regionais e pelo resultado dos debates e indicações realizadas na Oficina.
- As demandas regionais serão atendidas com os recursos da Portaria nº 2.200/GM/MS, de 14 de setembro de 2011 e com os saldos dos recursos de educação permanente não utilizados nos exercícios anteriores. (PIAUI, 2014. p. 10)

No entanto, desde o ano de 2011, diversas ações, atividades e eventos foram propostos, mas nem todos foram executados. A aprovação da criação das onze CIEs, consta como deliberação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nº 119/2011. Considera-se que esboços de política foram formulados, de forma parcial.

Ressaltamos a importância do registro da realização do I Seminário Estadual de Educação Permanente em Saúde, como ação desenvolvida anteriormente a 2011, no dia 16 de dezembro de 2009, no Atlantic City, em Teresina. Registrou-se a participação de 200 pessoas, onde foi discutido como painel a “Gestão estratégica e participativa: Defender, fortalecer e ampliar os agentes na defesa e no fortalecimento do SUS”.

Conforme documento anexo ao relatório de gestão (RAG), o detalhamento das atividades desenvolvidas em 2011, na área de educação permanente em saúde, possui o objetivo de Implementar a Política de Formação e Desenvolvimento no âmbito do SUS e das ações e estratégias relativas à educação na saúde. Apresenta como diretriz de alinhamento com o Pacto pela Saúde a seguinte: Fortalecimento da gestão do trabalho e educação na saúde; como prioridade no Plano Estadual de Saúde encontra-se: Fortalecer a política de educação permanente para o SUS no âmbito do Piauí. As seguintes propostas de ação foram elencadas:

- Realizar monitoramento e avaliação de todas as ações de Educação Permanente em Saúde nos Territórios de Desenvolvimento;
- Realizar a implantação das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIEs) nos Territórios;
- Realizar o Planejamento Estratégico Situacional – PES nos Territórios de Desenvolvimento;
- Constituir a Comissão de Integração Ensino Serviço – CIEs estadual;

Realizar oficina de monitoramento e avaliação da Política de Educação Permanente nas Comissões de Integração Ensino -Serviço - CIES dos Territórios de Desenvolvimento, para fortalecer o cumprimento das metas planejadas (PIAUÍ, 2011b).

A execução dessas propostas aconteceu de forma parcial, como detalharemos a seguir:

Realizado monitoramento nos territórios da Planície Litorânea, Carnaubais, Tabuleiros dos Rios Piauí e Itaueira e Tabuleiros do Alto Parnaíba, sendo realizado apenas em 4 dos 11 existentes e programados, a ação não contemplou o Território Vale do Rio Guaribas;  
 Implantação da CIES em dois Territórios: Cocais e Vale do Sambito, dentre os onze existente, novamente o Território Vale do Rio Guaribas não foi contemplado;  
 Realização de 6 planejamentos nos Territórios: Cocais, Entre Rios, Vale do Sambito, Vale do Canindé, Serra da Capivara e Chapada das Mangabeiras. Novamente, a ausência do Território do Vale do Rio Guaribas se estabelece;  
 Pactuado no II Seminário Estadual de Educação Permanente em Saúde que a CIES do Território Entre Rios, representaria a CIES Estadual;  
 Realizada 8 oficinas de monitoramento e avaliação da Política de Educação Permanente nas Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), os territórios contemplados são: Planície Litorânea, Carnaubais, Cocais, Vale do Rio Guaribas, Vale do Canindé, Tabuleiros dos Rios Piauí e Itaueira, Tabuleiros do Alto Parnaíba (PIAUÍ, 2011b).

No elenco das atividades programadas e não realizadas, encontram-se:

Realizar Seminário e Oficinas para o fortalecimento do controle social;  
 Realizar curso de aperfeiçoamento para a atenção primária;  
 Realizar curso de especialização em gestão do trabalho e da educação na saúde;  
 Realizar curso de informática;  
 Oficina de capacitação na prevenção ao uso de álcool e outras drogas;  
 Capacitação em AIDPI (atenção integrada às doenças prevalentes na infância);  
 Atualização para prevenção das DSTs / AIDS;  
 Realização de curso introdutório para as novas equipes habilitadas na ESF dos municípios que compõem os Territórios de Carnaubais e Vale do Rio Guaribas;  
 Oficinas de humanização nos serviços de saúde em Campo Maior;  
 Realizar oficinas de capacitação de conselheiros para os municípios que compõem o Território de Carnaubais e Alto Parnaíba;  
 Realizar oficinas para a implementação da Política Nacional de Humanização direcionadas para municípios que compõem os Territórios Vale do Rio Guaribas e Alto Parnaíba (PIAUÍ, 2011b).

Observa-se que a maioria das proposições não foram realizadas, evidenciando o descompasso entre o que se planeja e o que realmente é efetivado na prática. O protagonismo da operação e condução da política encontra-se no âmbito da gestão estadual. As ações que foram realizadas parcialmente, representam menos da

metade daquelas que deixaram de ser realizadas, apontando ser urgente a revisão das ações de planejamento/avaliação/monitoramento.

O Território do Vale do Rio Guaribas aparece pouco tanto no planejamento das ações e mais ainda na efetivação dessas ações, demonstrando o caráter de centralidade da política de educação permanente em saúde no estado e pouca capilaridade no território (LIPSKY, 2010; MACEDO; DIMENSTEIN, 2012).

Chama atenção o fato da CIES Entre Rios responder também como CIES Estadual. No nosso entendimento, tal configuração carrega em si maior chance de indefinição de papéis, bem como reforça o papel de centralidade que a política de educação permanente em saúde assume no estado, desconsiderando a lógica descentralizadora e ascendente da PNEPS (BRASIL, 2004).

Analisando as ações propostas, percebe-se número significativo das ofertas de EPS serem “cursos”. Reconhecemos a importância dos cursos, mas conforme colocado por Pinto (2016) a PNEPS não pode se resumir a um somatório de cursos, é preciso a incorporação de estratégias articuladas às necessidades, realidades e aos processos locais.

Encontra-se ainda, o registro de dois cursos específicos realizados para os profissionais vinculados à estratégia saúde da família no território do Vale do Rio Guaribas, são eles: Curso de realização de diagnóstico da hanseníase, envolvendo 88 participantes e o curso de prevenção de incapacidades físicas na hanseníase, envolvendo 87 participantes. Os cursos foram realizados pela área técnica Coordenação/Supervisão de Hanseníase sem o envolvimento com a Coordenação de Educação Permanente.

O termo educação permanente ainda ocorre em outras ações das áreas técnicas, sendo utilizado em suas ações sem o envolvimento da coordenação de educação permanente do estado. Evidenciando a necessidade de articulação entre a coordenação estadual de educação permanente e as demais áreas técnicas (CUNHA, 2009).

Essa falta de articulação entre a Educação Permanente Estadual e as Áreas Técnicas pode ter origem na disputa por recursos financeiros. Fazemos essa inferência, a partir da fala de um ator.

As áreas técnicas têm recurso para implementação de ações de educação permanente, mas aqui ainda funciona assim: cada um no seu quadrado! Esse recurso é meu, não vou repassar para ninguém...e fica assim mesmo. (E2)

Destacamos a ação de implementar atendimento multiprofissional aos trabalhadores, apontada pela Diretoria de Vigilância Sanitária com a participação de 200 trabalhadores em nível de estado. Aparece ainda relacionado à PNAISH (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem), na realização do Seminário no Território Vale do Sambito, com a participação 50 profissionais.

A Escola Técnica do SUS, ETSUS/PI também apresentou no mesmo relatório o detalhamento de suas ações realizadas no período, são elas:

Conclusão do curso técnico em radiologia, referindo participação de 70 alunos, fazendo referência a abrangência em 42 municípios, porém sem detalhamento do território de referência;  
 Aperfeiçoamento em hemoterapia, fazendo referência a abrangência em 12 municípios, com participação de 140 alunos. Não há detalhamento dos municípios contemplados e nem referência ao território;  
 Aperfeiçoamento em maternidade. Abrangência de 12 municípios, não havendo referência quando ao número de participantes, território ou município contemplados;  
 Início do curso técnico em saúde bucal, tendo como abrangência o território Entre Rios, 60 participantes;  
 Complementação da qualificação profissional dos auxiliares de enfermagem em técnicos de enfermagem, fazendo referência a 19 municípios sem detalhamento do território, com o número expressivo de 1.000 alunos distribuídos em 19 turmas (PIAUÍ, 2011b).

Fica evidente a intenção do estado do Piauí, através dos seus Planos de Gestão, de realizar a implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no estado, mesmo com pouca capilaridade nos 11 territórios, sobretudo no território do Vale do Rio Guaribas. Nos chama atenção a forma fragmentada de condução da Política, que parece acontecer de três formas: a Escola Técnica do SUS é responsável pela formação técnica, e a Coordenação de Educação Permanente em Saúde é responsável pelas ações voltadas ao público de nível superior ou capacitações/atualizações de nível técnico, assim como as áreas técnicas da SESAPI também executam essas mesmas ações da Coordenação Estadual de Educação Permanente. A necessidade de se refletir sobre estratégias de diálogo entre esses atores torna-se urgente na tentativa de avanço na implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no estado.

Essa necessidade de diálogo foi identificada na fala de um ator:

Eu acredito no diálogo, eu acredito no encontro [...] eu acredito que a partir dessas duas grandes potências (do diálogo e do encontro), impulsionados pela Educação Permanente, a gente possa fazer grandes movimentos dentro da saúde pública e desenvolver melhor a resolutividade do sistema. (E1)

**Quadro 3 – Análise das deliberações da 5ª Conferência Estadual de Saúde presentes no Plano Estadual de Saúde 2008-2011**

Área	Deliberações da 5ª Conferência Estadual de Saúde 2007	PES 2008-2011	RAG 2010	6ª CES 2011	RAG 2011
Educação Popular em Saúde	Apoiar os processos de educação popular em Saúde, visando ao fortalecimento da participação social no SUS	NÃO	IND	NÃO	NR
	Promover trabalho educativo junto à população, através de divulgação no rádio, jornal, palestras nas escolas e em outros meios de comunicação, objetivando informá-la dos conhecimentos acerca dos SUS	NÃO	IND	NÃO	NR
	Realizar trabalhos educativos e de conscientização da população sobre os perigos da não preservação ambiental para evitar destruições como queimadas, acúmulos de resíduos e desmatamentos, entre outras ações destruidoras através de programas de rádios, panfletos	NÃO	IND	NÃO	NR
	Promover a educação em saúde como ferramenta para apropriação de informações sobre as ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, visando a melhoria de qualidade de vida da população	NÃO	IND	NÃO	NR
	Realização de trabalho educativo de combate ao uso indiscriminado de agrotóxico com intervenção junto a produtores, organismos financiadores e órgãos públicos, responsáveis pela elaboração e implementação de política agrícola no Estado e municípios	NÃO	IND	NÃO	NR
Educação Permanente	Garantir uma política de estágio que aproxime a instituição formadora do serviço – Educação Permanente em Saúde	NÃO	IND	NÃO	A
	Implementar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nos serviços de saúde possibilitando a construção de rodas de educação permanente nos serviços para a ampliação do cuidado integral aos funcionários, usuários e demais atores envolvidos no processo	SIM	IND	NÃO	A
	Institucionalizar um plano de desenvolvimento dos trabalhadores baseados em competência (conhecimentos, habilidades, atitudes e valores); na regulação dos processos educativos e laborais do campo da saúde; na reorientação e melhoria da qualidade da formação, na graduação e na pós-graduação; na qualificação técnico-profissional e em um programa de educação permanente	NÃO	IND	NÃO	A
	Fortalecimento das Escolas Técnicas da Saúde transformando-as em verdadeiros centros de referência regional/estadual para a formação técnica em Saúde	SIM	IND	NÃO	RP
Controle Social	Promover campanhas que esclareçam a população quanto ao financiamento do SUS através dos meios de comunicação como as rádios comunitárias	NÃO	IND	NÃO	NR
	Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS	NÃO	IND	NÃO	NR
	Reproduzir e divulgar os direitos dos usuários do SUS em todas as instancias e serviços da saúde no Estado e outros serviços	SIM	IND	SIM	NR
	Maior divulgação e transparência do orçamento da saúde, das três esferas de Governo, garantido o reajuste de acordo com a inflação anual	NÃO	IND	NÃO	NR
	Garantir e apoiar através da política da educação permanente do SUS o processo de qualificação dos conselheiros de saúde	NÃO	IND	SIM	A
	Estimular o processo de discussão do controle social na saúde	NÃO	IND	NÃO	NR
	Apoiar os processos de educação popular em Saúde, visando ao fortalecimento da participação social no SUS	SIM	IND	NÃO	A
	Contribuir para efetivar a política nacional de educação permanente para o controle social no SUS com a organização de fórum temático que possibilite um amplo debate	SIM	IND	NÃO	A

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos Relatórios de Gestão, Conferências Estaduais de Saúde (PIAUÍ, 2007; 2010; 2011)

Legenda: IND = indisponível NR = não realizado; R = realizado; PR = parcialmente realizado; A = em andamento;

A partir da análise do quadro acima, observa-se que a maioria das propostas apresentadas na plenária da 5ª Conferência Estadual de Saúde, realizada em 2007, ano em que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi revisada e suas diretrizes foram instituídas, não foram incluídas no Plano Estadual de Saúde como prioridade para gestão. O Relatório Anual de Gestão de 2010 não foi disponibilizado, impossibilitando sua análise sendo descrita a ausência na tabela como IND, indisponível. Já no RAG 2011, das dezesseis propostas presentes na 5ª Conferência Estadual de Saúde, apenas seis foram consideradas em andamento, e uma parcialmente realizada. Das dezesseis propostas presentes na 5ª Conferência, apenas três continuaram como propostas para implementação/fortalecimento da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde.

A partir dos dados analisados é possível perceber a pouca importância dada à Política de Educação Permanente em Saúde no estado, sendo quase desconsideradas no Plano Estadual de Saúde, instrumento máximo de planejamento para o gestor público em saúde. A relevância da atuação do controle social para monitorar a utilização dos instrumentos de gestão pelo gestor mostra-se esvaziada, assim como de controle que até onde pode-se perceber os instrumentos como PES não foram objeto de apreciação quadrienal e os RAG de apreciação anual.

**Quadro 4 – Atividades de educação permanente em saúde estruturadas a partir dos PAREPS do Estado do Piauí programadas e executadas nos anos de 2012 a 2014 segundo as unidades de análise adaptadas do estudo de Peduzzi (continua)**

Necessidades de Ações EPS	Situação	Unidades de análise do estudo						
		Tipo de atividade educativa	Público Alvo	Estratégias de Ensino (Ativas)	Estratégias de Ensino (Tradicional)	Local da Atividade	Origem da Demanda	Duração
1. Controle de Infecção Hospitalar / Biossegurança	P	-	-	-	-	-	-	-
2. Política Nacional de Humanização e Ética	E	1	2	SR	SR	2	1	SR
3. Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde	P	-	-	-	-	-	-	-
4. Oficina para profissionais Téc. Enf. e agentes comunitários de saúde da ESF em Saúde da Mulher em oncologia	P	-	-	-	-	-	-	-
5. Atendimento de Urgências e Emergências	E	3	2	SR	SR	2	1	SR

**Quadro 4 – Atividades de educação permanente em saúde estruturadas a partir dos PAREPS do Estado do Piauí programadas e executadas nos anos de 2012 a 2014 segundo as unidades de análise adaptadas do estudo de Peduzzi (conclusão)**

Necessidades de Ações EPS	Situação	Unidades de análise do estudo						
		Tipo de atividade educativa	Público Alvo	Estratégias de Ensino (Ativas)	Estratégias de Ensino (Tradicional)	Local da Atividade	Origem da Demanda	Duração
6. Qualificação de gestores (ferramentas administrativas em saúde, gestão do SUS)	P	-	-	-	-	-	-	-
7. Sistema de informação em saúde (APIWEB técnicos)	E	3	1	-	2	2	1	1
8. Planejamento, controle/avaliação e auditoria	P	-	-	-	-	-	-	-
9. Capacitação dos conselheiros municipais de saúde	P	-	-	-	-	-	-	-
10. Oficina de sensibilização, estabelecimento de diretrizes sobre a PNEPS, troca de experiências sobre ações de EPS e intersectorialidade	E	1	2	2	-	2	1	1
11. Política de Saúde Bucal	E	1	1	-	2	2	1	1
12. Atualização em DSTs e HIV/AIDS	E	1	2	-	2	2	1	1
13. Informática básica para agentes comunitários de saúde	E	3	1	-	2	2	1	1
14. Introdução Estratégia Saúde da Família	P	-	-	-	-	-	-	-
15. Qualificação em sala de vacina	E	3	1	-	2	2	1	1
16. Curso introdutório de agente de combate às endemias	E	3	1	-	2	2	1	1
17. Saúde do Trabalhador	P	-	-	-	-	-	-	-
18. Gerenciamento de projetos	P	-	-	-	-	-	-	-
19. Vigilância em Saúde	E	1	2	-	2	2	1	1
20. Classificação de risco e acolhimento dos hospitais regionais	E	3	1	-	2	2	1	1
21. Atualização em unidade de terapia intensiva	E	3	1	-	2	2	1	1
22. Seminários Formação Continuada para enfrentamento ao crack, álcool e outras drogas e para prevenção do suicídio	E	1	1	2	-	2	1	1

Fonte: Elaborado pela autora  
 Legenda: E – Executada; P – Programada

Observa-se que das vinte e duas ações descritas, foram executadas treze, quase metade das ações planejadas deixaram de acontecer, obedecendo o mesmo padrão do ano de 2011. As informações apresentadas no quadro acima, referem-se especificamente ao Território do Vale do Rio Guaribas.

Dentre as treze atividades realizadas no período, seis atividades se aproximaram da EPS por incorporar atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças, e recuperação da saúde, baseadas no princípio da integralidade do SUS e conseqüentemente da PNEPS. Sete ações se aproximaram da última categoria sendo interpretada como mais próximas da EC por pressupor ações de caráter individualizado, voltado para profissionais em áreas específicas do conhecimento, sem contextualização com o seu cenário de atuação (BRASIL, 2007; MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004; PEDUZZI *et al.*, 2009), em consonância com uma prática histórica. Para a unidade de análise do público alvo, oito das treze atividades executadas tiveram como público alvo profissionais por categoria específica, distanciando-se do que se definiu como expressão da educação permanente em saúde, que as atividades devem envolver todos os trabalhadores do serviço ou os trabalhadores das equipes de ESF e NASF. É sabido que a EPS orienta as transformações a partir de intervenções com a equipe de trabalho e não com os profissionais de saúde individualmente (BRASIL, 2009; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Relacionadas à estratégia de ensino, observa-se que duas das atividades não fizeram referência a estratégia utilizada, outras duas optaram por referência as metodologias ativas (um seminário e uma oficina). Houve predominância das ações que optaram pela estratégia de ensino tradicional, mediante aula expositiva, sendo nove ações realizadas. A PNEPS estimula a mudança de uma concepção educacional tradicional para uma mais participativa que tem o trabalhador como um ser protagonista das ações educativas diretamente envolvido no processo, com o foco na problematização como estratégia para transformação do processo de trabalho. Assim, as metodologias ativas definidas no instrumento foram indicativas da EPS. Já as tradicionais, por trabalharem de maneira vertical e fragmentada, estavam voltadas para EC (BRASIL, 2009). Quanto ao local de serviço, todas as atividades realizadas foram fora do local de trabalho e quanto a origem da demanda, em sua totalidade partiram do nível central, sendo em sua maioria de curta duração.

No período de 2012, o termo Educação Permanente em Saúde aparece pouco nos documentos de monitoramento/planilha de metas prioritárias - RAG. São elas:

Articulação com Educação Permanente para capacitação em Saúde Mental; Qualificar a gestão e a prestação de serviços assistências nas unidades hospitalares sob gerenciamento estadual. Em fase de elaboração do Projeto

e articulada reunião com a área de educação permanente para viabilização do financiamento e inclusão do Projeto na Política de Educação Permanente do Estado;  
Implementar processos de Educação Permanente em Saúde voltados para qualificação dos profissionais da secretaria estadual e das secretarias municipais de saúde em consonância com as políticas setoriais do SUS e demandas dos serviços (PIAUI, 2012, p. 13).

As seguintes propostas foram apresentadas como previstas, não havendo qualquer referência sobre número de participantes, estratégias de ação, territórios ou municípios a serem contemplados. Vale ressaltar que a formatação do documento diverge totalmente da apresentada em 2011, ficando evidente a falta de padronização nos instrumentos para acompanhamento/monitoramento das metas propostas pela gestão.

#### 7.5.1 Plano Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) do Vale do Rio Guaribas – A Intervenção

A construção do PAREPS Vale do Rio Guaribas, consistiu num projeto de intervenção cujo método utilizado foi a pesquisa-ação definida como:

“Um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo” (THIOLLENT, 2000, p.14).

A ausência de um plano regional de educação permanente para nortear as ações da CIES do Vale do Rio Guaribas, representou um problema visualizado pela pesquisadora como passível de intervenção. Está expresso como objetivo 4 desta pesquisa.

A sua construção foi realizada em parceria com a Coordenação Estadual de Educação Permanente em Saúde, num esforço conjunto do grupo de trabalho composto por membros da CIES Vale do Rio Guaribas. As propostas contidas no PAREPS, foram fruto da oficina de planejamento estratégico situacional (PES) realizada em 4 de julho de 2018 na cidade de Picos. O plano encontra-se finalizado na sua versão preliminar, com aprovação na CIR em 14 de agosto de 2018, sua versão na íntegra encontra-se no APENDICE C. Vale ressaltar que o PAREPS Vale do Rio Guaribas, o único finalizado no estado até o momento, está servindo como parâmetro

para a construção dos Planos nos demais territórios de desenvolvimento do Piauí, sendo a dinâmica de sua elaboração socializada durante a realização do III Seminário Estadual de Educação Permanente em Saúde, na cidade de Teresina em 11 de dezembro de 2018 como troca de experiência.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise de políticas públicas constitui-se num poderoso instrumento de gestão capaz de compreender, fazer diagnósticos e mobilizar atores na reflexão de seus papéis, configurando-se em verdadeira intervenção na realidade. Neste estudo assumimos alguns pressupostos relacionados à política de educação permanente em saúde no Piauí, que puderam se confirmar a partir da análise dos resultados lançando mão do instrumental de análise de políticas, baseado no modelo compreensivo de Walt e Gilson (1994), permitindo algumas conclusões.

Relacionadas ao contexto, no Piauí, no Brasil e no território, pela análise no nosso estudo demonstrou-se bastante favoráveis a inovações e mudanças. Quando Wellington Dias assumiu o governo do estado do Piauí em seu primeiro mandato, uma série de movimentos, ações e atividades no âmbito do Estado rumo a modernização da gestão aconteceram, dentre elas a intenção de implementar a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde, porém foi possível perceber que isto foi feito de forma assistemática. A primeira iniciativa que se pode destacar, foi a realização do I Fórum de Educação Permanente em Saúde no Piauí, ainda em 2003, mesmo antes da instituição nacional da política.

Considera-se que o processo de tomada de decisão e formulação da Política de Educação Permanente em Saúde, no estado do Piauí, aconteceu a partir de uma visão pluralista aberta, considerando a divisão de poder estabelecida e o protagonismo de alguns atores da academia e gestão, os quais destacam-se: o professor José Ivo Pedrosa, que exerceu cargo estratégico como coordenador geral de ações populares de educação na saúde da SGTES/MS no período de 2003-2010, a Professora Lis Medeiros, UFPI responsável pelo PROFAE e NEPS – UFPI (Núcleo de Educação Permanente em Saúde), Iolete Cunha que com a pesquisa de mestrado impulsionou a realização das oficinas do PES nos territórios. No entanto, a forma de implementação ocorreu no sentido vertical, caracterizando-se por uma tarefa gerencial e administrativa do nível central para o local, denominada forma *Top Down*.

Observa-se que mesmo diante desse alinhamento de intenções entre o governo estadual e federal, a institucionalização regional da Política para os territórios de desenvolvimento ainda se encontra em curso. A primeira iniciativa de institucionalização da Política no Piauí pode ser representada a partir da realização do I Seminário Estadual de Educação Permanente em Saúde em 2009 na cidade de

Teresina. Oficinas territoriais aconteceram utilizando o planejamento estratégico situacional, gerando o diagnóstico de necessidades, garantindo a identificação de demandas regionais de educação permanente.

As oficinas de Planejamento Estratégico Situacional (PES) ocorreram de maio a novembro de 2011, sendo esse ano também a resolução CIB nº 119/2011 que institui as 11 CIES em todo território piauiense. A diretriz estadual foi instituída no ano de 2014. Tem acontecido de forma irregular entre os territórios, notadamente com maior impulso ocorreu nos anos de 2012 a 2014.

Um fato que merece destaque é o estabelecimento da CIES do território Entre Rios operando ao mesmo tempo como CIES estadual, contrariando a lógica da PNEPS onde o papel de cada instância e de cada ator na condução da política deve se estabelecer com clareza.

O estudo aponta que houve avanço, mesmo que discreto na relação entre o estado e o território Vale do Rio Guaribas, buscando superar a tradicional relação hierárquica concentrada no nível central em direção à prática efetiva da lógica ascendente que legitima a proposta da Política de Educação Permanente em Saúde, fortalecendo a relação de apoio institucional.

A necessidade de valorizar a participação do controle social também foi demonstrada como ponto a ser fortalecido, além da necessidade de aumentar a capacidade de planejamento e gestão com a utilização racional dos instrumentos de gestão como norteadores para ação, tendo a CIES um papel preponderante na organização de processos educativos que permitam a reflexão dos conselheiros e gestores no exercício efetivo de seus papéis.

A aproximação entre a academia e os serviços de saúde no território ainda é um processo em construção, evidenciado através das entrevistas o necessário estreitamento dos laços em direção ao fortalecimento de processos formativos em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Apresenta-se como sugestão a criação de um fórum permanente entre a CIES e as instituições de ensino no território para promoção da revisão dos processos formativos em saúde.

O estudo não identificou iniciativas com movimentos populares no território, demonstrando a necessidade de desenvolvimento de novos estudos para mapeamento desses dispositivos no território, a fim de estabelecer parcerias no fortalecimento da educação popular em saúde.

O apoio da gestão torna-se imperioso para que a Política atinja capilaridade plena no território, permitindo sua continuidade. À CIES cabe o papel de sempre divulgar a Política e esclarecer sobre o seu caráter transversal, assim como envolver os gestores em torno da importância da CIES na articulação de processos para desenvolvimento dos trabalhadores, gestores e controle social com vistas à melhoria nas condições dos serviços e de saúde da população no território.

A elaboração do PAREPS Vale do Rio Guaribas, pode ser reconhecida como nova janela de oportunidade para a institucionalização da Política de Educação Permanente em Saúde no território, assim como a destinação de recursos financeiros advindos do PRO EPS/SUS que mesmo sendo ínfimo confere clareza quanto ao orçamento, cabendo a CIES o planejamento, acompanhamento/coordenação e execução das ações a fim de conferir maior dinamismo aos processos, agora mais do que nunca, necessita de atuação crítica e criativa. A união de esforços em defesa da educação permanente e do próprio SUS deve se tornar bandeira a ser hasteada diariamente.

Pode-se afirmar que a educação permanente em saúde ganhou visibilidade no território, mobilizou os atores, incentivou à análise crítica, reflexão e construção de conhecimentos sobre a realidade local, assim como deixou em evidência a importância do conhecimento e utilização dos instrumentos de gestão.

Em meio a nova dinâmica da agenda governamental no âmbito federal e à instabilidade política e econômica vivenciada nos últimos tempos, a sustentabilidade da PNEPS e do próprio Sistema Único de Saúde, configura-se como o principal desafio a ser destacado.

## REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F. L.; GAETANI, F. Avanços e perspectivas da gestão pública nos estados: agenda aprendizado e coalizão. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO (Brasil). **Avanços e perspectivas da gestão pública dos estados**. Brasília, 2006. p. 42 - 44.
- ALVES, J. S.; ASSIS, M. M. A. Gestão do trabalho: abordagens teóricas e políticas no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador, v. 35, supl. 1, p. 55 - 67, 2011.
- AMORIM, A. M. M. N. E. **Limites e possibilidades de um planejamento descentralizado e participativo nas instâncias colegiadas de gestão do SUS – Piauí**. 2004. 274 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) - Centro de Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2004.
- ARANTES, F.; LOPREATO, F.L.C. O novo consenso em macroeconomia no Brasil: A política fiscal do plano real ao segundo governo Lula. **Revista de Economia Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p.1 - 34, set./dez. 2017.
- ARAÚJO JÚNIOR, J. L. C. **Health sector reform in Brazil, 1995-1998: an health policy analysis of a developing health system**. 2000. Tese (Doutorado) - University of Leeds, Nuffield Institute for Health, Leeds, 2000.
- ARAÚJO JÚNIOR, J. L. C.; MACIEL FILHO, R. Development an operational framework for health policy analysis. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 1, n. 3, p. 203 - 221, 2001.
- ARRETCHE, M. T. S. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. **Dados: Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 45. 2002. <http://dx.doi.org/10.1590/S0011-52582002000300004>.
- ARRETCHE, M. T. S. Dossiê Agenda de Pesquisa em Políticas Públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 7-10, 2003.
- AZEVEDO, R. G.; CIFALI, A. C. Política criminal e encarceramento no Brasil nos governos Lula e Dilma, elementos para um balanço de uma experiência de governo pós-neoliberal. **Civitas: Revista de Ciências Sociais**, Porto Alegre, v.15, n. 1, p. 105 - 127, jan./mar. 2015.
- BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas desaúde**, Rio de Janeiro: IMS - UERJ, 2011. Disponível em: <[www.ims.uerj.br/ccaps](http://www.ims.uerj.br/ccaps)> Acesso em: 24 abr. 2018.
- BARBOSA, N.; SOUZA, J. A. P. A Inflexão do Governo Lula: Política Econômica, Crescimento e Distribuição de Renda, In: SADER; E.; GARCIA, M. A. (Org.) **Brasil entre o Passado e o Futuro**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/Boitempo. 2010. p. 57 - 110.
- BARBOSA, N. Oportunidades e desafios criados pelo desenvolvimento chinês ao Brasil. In: FUNDAÇÃO ALEXANDRE GUSMÃO. **Brasil e China no reordenamento**

**das relações internacionais:** desafios e oportunidades. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 2011. p. 269 - 285.

BARDACH, E. **Los Ocho Pasos para el Análisis de Políticas Públicas.** México: CIDE, 1998. 150 p.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Descritores em Ciência da Saúde.** Disponível em: <<http://decs.bvs.br>> Acesso em: 5 jul. 2017.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)> Acesso em: 24 fev. 2017.

BRASIL. Constituição (1988). **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000.** Dispõe sobre recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília: Senado, 2000.

BRASIL. Constituição (1988). **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016.** Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília: Senado, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Recursos Humanos para o SUS:** balanço e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM 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 formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AprenderSUS:** o SUS e os cursos de graduação da área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 19 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Memórias da Saúde da Família no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 146 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>> Acesso em: 2 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documentos preparatórios para 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão,** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 76 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências, Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.813 de 20 de novembro de 2008.** Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e dá outras providências. Brasília, 2008. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2813\\_20\\_11\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2813_20_11_2008.html)>. Acesso em: 6 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.953 de 25 de novembro de 2009.** Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e dá outras providências. Brasília, 2009. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2953\\_25\\_11\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2953_25_11_2009.html)>. Acesso em: 6 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.033 de 17 de dezembro de 2010.** Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e dá outras providências. Brasília, 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4033\\_17\\_12\\_2010.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4033_17_12_2010.htm)>. Acesso em: 6 jun. 2017.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Nota MDS. **O perfil da extrema pobreza no Brasil com base nos dados preliminares do universo do Censo 2010.** Brasília, maio, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.200 de 14 de setembro de 2011.** Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e dá outras providências. Brasília, 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2200\\_14\\_09\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2200_14_09_2011.html)>. Acesso em: 6 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 44p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.127, de 04 de agosto de 2015.** Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/23/COAPES-PORTARIA-INTERMINISTERIAL-N1.127%20-DE-04%20DE-AGOSTO-DE-2015.pdf>> Acesso em: 23 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica: banco de dados.** Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>> Acesso em: 12 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília, 2017a. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/10\\_Portaria\\_de\\_Consolidacao\\_n\\_2\\_2017\\_Contratualizacao\\_COSEMS.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/10_Portaria_de_Consolidacao_n_2_2017_Contratualizacao_COSEMS.pdf)> Acesso em: 23 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.194 de 28 de novembro de 2017.** Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema único de Saúde – PRO EPS-SUS. Brasília, 2017b. Acesso em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3194\\_30\\_11\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3194_30_11_2017.html)>  
Acesso em: 23 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 78 p.

BOBBIO, N. **Política**. In: BOBBIO, N.; MATEUCCI, N.; PASQUINO, G. Dicionário de Política. Brasília: Ed. UnB, 2002. p. 954 - 961.

BONFIM, W. L. S.; SILVA, I. N. Instituições políticas, cidadania e participação: a mudança social ainda é possível? **Revista de Sociologia Política**, Curitiba, n. 21, p. 109 -123, nov., 2003.

CAGNIN, R. F. *et al.* A gestão macroeconômica do governo Dilma (2011-2012). **Novos estudos – CEBRAP**, São Paulo, n. 97, p. 169 -185, nov. 2013.

CAIADO, C. V. **A educação continuada sob o olhar da supervisora de enfermagem**. 2002. 151 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

CAMPOS, F. E. *et al.* Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 41 - 51, 2006.

CAMPOS, G. W. S.; CUNHA, G. T.; FIGUEIREDO, M. D. **Práxis e formação Paideia: apoio e cogestão em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. 406 p.

CARDOSO JR, J. C.; NAVARRO, C. A. **O planejamento governamental no Brasil e a experiência recente (2007 a 2014) do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC)**. (Texto para discussão n. 2174). Brasília: Ipea, 2016.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679 -684, out./dez. 2006.

CARVALHO, M.; SANTOS, N. R.; CAMPOS, G. W. S. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 372 – 387, 2013.

CASTRO, J. L. **Protagonismo silencioso: a presença da OPAS na formação de recursos humanos em saúde no Brasil**. 2008. 208 f. Tese (Doutorado em Educação) – Centro de Ciências Sociais e Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Natal, 2008.

CASTRO, A. L. B; MACHADO, C. V. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 477 - 506, 2012.

CECCIM, R. B.; ARAMANI, T. B. Gestão da educação em saúde coletiva e gestão do Sistema Único de Saúde. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (Org.). **Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Dacasa, 2002. p.143 -161.

- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975 - 986, 2005.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 41 - 65, 2004.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9., n.16, p. 161 - 77, 2005.
- CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008. p. 162-167.
- CINTRA, M.; ACIOLY, L. O financiamento das contas externas brasileiras: 2003-2010. In: MONTEIRO, A. *et.al.* **Brasil em desenvolvimento 2011**. Brasília: IPEA, 2012. p. 391 - 430.
- COHN, A. "Caminhos da Reforma Sanitária", revisitado. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 32, n. 93, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v32n93/0103-4014-ea-32-93-0225.pdf>> Acesso em: 15 jan. 2019.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 4., 1967, Rio de Janeiro. **Anais...**Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1967. 320 p.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA SAÚDE, 2., 1993, Brasília. **Relatório Final...** Brasília: Ministério da Saúde, 1993. 60 p.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução nº 335, de 25 de novembro de 2003**. Aprova a Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde e a estratégia de Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde como instâncias locais e interinstitucionais de gestão da educação permanente. Brasília: CNS, 2003. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2004/Reso335.doc>> Acesso em: 15 jul. 2017.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Atenção Primária: Seminário do Conass para construção de consensos**. Brasília: CONASS, 2004. 44 p. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/geral/conass\\_documenta2.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/conass_documenta2.pdf)> Acesso em: 8 abr. 2017.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **2º levantamento da Organização, Estrutura e Ações da área de Recursos Humanos das Secretarias Estaduais de Saúde**. Brasília: CONASS, 2015.180 p. Disponível em: <[http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Conass\\_Documenta\\_29.pdf](http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Conass_Documenta_29.pdf)> Acesso em: 15 set. 2016.
- COUTINHO, R. C. Publicidade e discurso: uma leitura sobre as relações de poder e a individualização do sujeito. **Estudos Linguísticos**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 1298 – 1307, set./dez. 2014.

CUNHA, I. S. **Educação Permanente em Saúde e Planejamento Estratégico**

**Situacional:** o caso da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí. 2009. 112 f. Dissertação (Mestrado em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2009.

CUNHA, C. G. S. Avaliação de políticas públicas e programas governamentais: tendências recentes e experiências no Brasil. **Revista Estudos de Planejamento: Planejamento e Gestão em Perspectiva**, Porto Alegre, n. 12, p. 27 - 57, 2018.

CURADO, M. Por que o governo Dilma não pode ser classificado como novo-desenvolvimentista? **Revista de Economia Política**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 130-146. 2017.

DALFIOR, E. T.; LIMA, R. C. D.; ANDRADE, M. A. C. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 210 - 225, jan./mar. 2015.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **The SAGE Handbook of Qualitative Research**. Thousand Oaks, CA: Sage. 2011. 766 p.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. A. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1613 -1624, 2013.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a epidemiologia e serviços de saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 529 - 532, 2012.

DUSSAULT, G.; SOUZA, L. E. **Gestão de recursos humanos em saúde**. Montreal: Departamento de Administração da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade de Montreal, 1999.

DYE, T. R. **The policy analysis**. Alabama: The University of Alabama Press, 1992.

FARAH, B. F. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? **Revista Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 6, n. 2, p. 123-125, jul./dez., 2003.

FERLA, A. A.; POSSA, L. B. Gestão da educação e do trabalho na saúde. **Revista Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 927- 928, 2013.

FERNANDES, A. S. A.; MORAES, D. B.; NASCIMENTO, A. M. Reformas administrativas nos estados brasileiros: o caso da reforma administrativa do estado do Piauí. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v. 20, n.67, jul./dez. 2015.

FERRAZ, L; VENDRUSCULO, C.; MARMETT, S. Educação Permanente na Enfermagem; uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 2, p. 196-207, maio/ago. 2014.

FEUERWERKER, L. C. M. **Formação de facilitadores de educação permanente em saúde:** uma oferta para os Pólos e para o Ministério da Saúde. Documento do

Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FIGUEIREDO, E. B. L. *et al.* Dez anos da educação permanente como política de formação em saúde no Brasil: um estudo das teses e dissertações. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p. 147 - 162, jan./abr. 2017.

FUNCIA, F. R. Sistema Único de Saúde – 30 anos: do subfinanciamento crônico para o processo de desfinanciamento decorrente da emenda constitucional 95/2016. In: BORGES, A. M. M. (Org.) **30 anos seguridade social: avanços e retrocessos**. Brasília: ANFIP, 2018. p. 89 - 104.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23 - 64.

FRANÇA, T. *et al.* Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1817 - 1828, 2017.

FREIRE, P. Ideologia e Educação: Reflexões sobre a não neutralidade da educação. In: GADOTTI, M. **A educação contra a educação**. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984. p. 15 - 19.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. 107 p.

FREY, K. **Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil**, Rio de Janeiro: Ipea, 2000. p. 211 – 259.

FUNDAÇÃO CENTRO DE PESQUISAS ECONÔMICAS E SOCIAIS DO PIAUÍ. **Piauí – Conjuntura Econômica, Boletim Analítico Anual**. Teresina: CEPRO, 2012. 67 p.

GADOTTI, M. **Pensamento Pedagógico Brasileiro**. 2. ed. São Paulo: Ática, 1987. 160 p.

GADOTTI, M. **A Educação contra a Educação**. 5. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1992. 172 p.

GARCIA, A. C. P. **Gestão do trabalho e da educação na saúde: uma reconstrução histórica e política**. 2010. 171 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

GATTI, B.A. Análise das políticas públicas para formação continuada no Brasil, na última década. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 13, n.37, p. 57 - 70, jan./abr. 2008.

GELINSKI, C. R.; SEIBEL, E. J. Formulação de Políticas: questões metodológicas relevantes. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, v. 42, n. 1/2, p. 237 - 240, abr./out. 2008.

GIGANTE, L. R.; CAMPOS, G. W. S. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 747 – 763, 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184p.

GOMES, M. H. A; SILVEIRA, C. Sobre o uso de métodos qualitativos em saúde coletiva, ou a falta que faz uma teoria. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 160 -165, 2012. Disponível em: <<http://dy.doi.org/10.1590/S0034-89102012000100020>> Acesso em: 20 abr. 2017.

HADDAD, A. E. *et. al.* Política nacional de educação em saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 32, supl. 1, p. 98 – 114, 2008.

HADDAD, J. Q.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. **Educación Permanente de Personal de Salud**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1994. 247p. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 100).

HAM, C.; HILL, M. **The policy process in the modern capitalist state**. 2. ed. London: Harvester Wheatsheaf, 1993. 224 p.

HECLO, H. Policy Analysis. **British Journal of Political Science**, London, v. 2, n. 1, p. 83 - 108, 1972.

IBGE. **Dados do Censo 2010**. Rio de Janeiro. 2010. Disponível em: <[www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pi](http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pi)>. Acesso em: 10 mar. 2017.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2009**. Rio de Janeiro, 2009. 131 p.

KHAN, M. M.; VAN DEN HEUVEL, W. The impact of political context upon the health policy process in Pakistan. **Public Health**, London, v. 121, p. 278 - 286, 2006.

KINGDOM, J. W. **Agendas, Alternatives and Public Policies**. 2. ed. New York: Addison-Wesley Educational Publishers, 1995.

LEMOS, M.; FONTOURA, M. A integração da educação e trabalho na saúde e a Política de Educação Permanente em Saúde do SUS-BA. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 33, n. 1, p. 113 -120, jan./mar. 2009.

LEMOS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 913 - 922, 2016.

LIPSKY, M. **Street-level Bureaucracy: dilemmas of the individual in public services**. New York: Russel Sage Foundation, 2010.

LIMA, L. D. *et al.* O Pacto Federativo brasileiro e o papel do gestor estadual no SUS. In: UGÁ, M. A. *et. al.* (Org.) **A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 27- 58.

LIMA, L. D. *et al.* Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2881- 2892, 2012.

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

LYRA, T. M.; ARAÚJO JÚNIOR, J. L. A. C. Análise de política: estudo da política pública de saúde ambiental em uma metrópole do nordeste brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3819 - 3828, set. 2014.

MACEDO, J. P; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica em contextos periféricos: O Piauí em análise. **Revista Memorandum**, Belo Horizonte, n. 22, p. 138 -164, abr. 2012.

MACHADO, C. V. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde nos anos 90. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 23, p. 2113 - 2126, set. 2007.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. (Org.) **Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 324 p.

MACHADO, M. H. Gestão do trabalho em saúde no contexto de mudanças. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 133 - 146, jul./ago. 2000.

MACHADO, M. H. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n.1, p. 13 - 28, 2006.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. S.; MOYSES, N. M. N. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: PIERANTONI, C.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. (Org.). **O Trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. Rio de Janeiro: CEPESC, UERJ, 2011, v. 001, p. 101-116.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. Gestão do Trabalho II. **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 47, p. 10 - 12, 2012.

MANCIA, J. R.; CABRAL, L. C.; KOERICH, M. S. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 605 - 610, set./out. 2004.

MANZINI, E. J. **Entrevista semiestruturada**: análise de objetivos e de roteiros. In: seminário internacional sobre pesquisa e estudos qualitativos, 2, 2004, Bauru. A pesquisa qualitativa em debate. Disponível em: <[https://marilia.unesp.br/Home/Instituicao/Docentes/EduardoManzini/Manzini\\_2004\\_entrevista\\_semiestruturada.pdf](https://marilia.unesp.br/Home/Instituicao/Docentes/EduardoManzini/Manzini_2004_entrevista_semiestruturada.pdf)> Acesso em: 22 fev. 2017.

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

MARANHÃO, T; MATOS, I. B. Vivências no Sistema Único de Saúde (SUS) como marcadoras de acontecimentos no campo da Saúde Coletiva. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 55 - 66, 2018.

MARCONDES, M. A. V.; BRISOLA, E. M. A. Análise por triangulação de métodos: um referencial para pesquisas qualitativas. **Revista Universidade do Vale do Paraíba (Univap)**, São José dos Campos, v. 20, n. 35, p. 201- 208, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18066/revunivap.v20i35.228>> Acesso em: 25 mai. 2018.

- MARIN, A. J. Educação continuada: introdução a uma análise de termos e concepções. In: COLLARES, C. A. L., MOYSÉS, M. A. A. (Org.) **Educação Continuada**. Campinas: Papyrus, 1995. p. 13 - 20. (Cadernos Cedes n. 36).
- MARQUES, R. M.; XIMENES, S. B.; UGINO, C. K. Governos Lula e Dilma em matéria de seguridade social e acesso à educação superior. **Revista de Economia Política**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 526 - 547, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0101-35172018-2784>> Acesso: 23 dez. 2018.
- MATTEI, L.; MAGALHÃES, L.F. A política econômica durante o Governo Lula (2003-2010): cenários, resultados e perspectivas. In: PAULA, M. (Org.) **“Nunca antes na história desse país”...? Um balanço das políticas do Governo Lula**. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Böll, 2011. p. 134-151.
- MATUS, C. El plan como Apuesta. **Revista PES (Planeación Estratégica Situacional)**, Caracas, n. 2, p. 9 - 59, abr.1993.
- MENDES, A.; LEITE, M. G.; MARQUES, R. M. Discutindo uma Metodologia para a alocação equitativa de recursos federais para o Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n.3, p. 673 - 690, 2011.
- MENICUCCI, T. A implantação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Org.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 303 - 325.
- MENICUCCI, T. M. G. A política de saúde no Governo Lula. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 522 - 532, 2011.
- MERHY, E. E. **A cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p.
- MIELITZ NETTO, C.G.A. Agricultura familiar no contexto das políticas públicas brasileiras. In: MANZANAL, M.; NEIMAN, G. **Las agriculturas familiares del Mercosur: trayectorias, amenazas y desafíos**. Buenos Aires: CICCUS, 2011. p. 61-77.
- MINAYO, M. C. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. 80. p.
- MINAYO, M. C.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.) **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 244. p.
- MORA, C. T. R.; RIZZOTTO, M. L. F. Gestão do trabalho nos hospitais da 9ª região de saúde do Paraná. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1018 - 1032, out./dez. 2015.
- MORAES, K. G.; DYTZ, J. L. G. Política de educação permanente em saúde: análise de sua implementação. **Revista ABCS Health Sciences**, Santo André, v. 40, n. 3, p. 263 - 269, out. 2015.
- MORAIS, L.; SAAD-FILHO, A. Da economia política à política econômica: o novo-desenvolvimentismo e o governo Lula. **Revista de Economia Política**, São Paulo, v. 31, n. 124, p. 507 - 527, out./dez. 2011.

- NICOLETTO, S. C. S. *et. al.* Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1094 - 1105, 2013.
- NORONHA, J. C.; SOARES, L.T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 445 - 450, 2001.
- OLIVEIRA, J. M. O. **Análise da implementação da Política de Gestão do Trabalho na Saúde no município de Recife – PE**. 2013. 174 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.
- OMRAM, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Milbank Memorial Fund Quarterly**. New York, v. 49, n. 3, p. 509 - 538, 1971.
- ORLANDI, E. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. Campinas: Pontes, 2015. 100. p.
- PAIM, J. S. Burocracia y aparato estatal: implicaciones para la planificación e instrumentación de políticas de salud. In: FLEURY, S. (Org.). **Estado y políticas sociales em America Latina**. Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana, 1992. p. 293 - 311.
- PAIM, J. S. **Saúde política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS, ISC, 2002. 447. p.
- PAIM, J. S. A Constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n.10, p. 1927 - 1953, out. 2013.
- PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, p. 1819-1829, 2007.
- PAULANI, L. **Brasil delivery**. São Paulo: Boitempo, 2008. 152. p.
- PAULINO, V. C. P. *et. al.* Ações de educação permanente no contexto da estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 312 - 316, jul./set. 2012.
- PEDUZZI, M. *et. al.* Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo, Brasil. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.13, n.30, p.121 - 34, jul./set. 2009.
- PERES, E. S. R.; BAGNATO, M. H. S. Análise das concepções de educação contínua na produção científica na área da saúde. In: BUENO *et. al.* (Org.). **Enfermeiro Professor e o Ensino Médio em Enfermagem**. Ribeirão Preto: Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1998. p. 187 - 195.
- PEREIRA, L. D. A gestão da força de trabalho em saúde na década de 90. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 363 1- 382, 2004.

PEREIRA-PEREIRA, P. A. Utopias desenvolvimentistas e política social no Brasil. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 112, p. 729-753, out./dez. 2012.

PIAUÍ. Governo do Estado. **Lei Complementar nº 87, de 22 de agosto de 2007**. Estabelece o Planejamento Participativo Territorial para o Desenvolvimento Sustentável do Estado do Piauí e dá outras providências. Teresina, 2007a. Disponível em: <[http://www.antigoseplan.pi.gov.br/uapr/lei87\\_22-08-2007.pdf](http://www.antigoseplan.pi.gov.br/uapr/lei87_22-08-2007.pdf)>. Acesso em: 25 fev. 2017.

PIAUÍ. Secretaria de Estado da Saúde. Assessoria de Comunicação. **Sesapi realiza o 1 Fórum do Polo de Educação Permanente em Saúde**. Teresina, 17 set. 2003. Disponível em: <<http://www.saude.pi.gov.br/noticias/2003-09-17/176/sesapi-realiza-o-i-forum-do-polo-de-educacao-permanente-em.html>> Acesso em: 5 dez. 2018.

PIAUÍ. Secretaria Estadual da Saúde. Diretoria de Unidade de Planejamento. **Plano Estadual de Saúde 2008 – 2011**. Teresina, 2007b. 103 p.

PIAUÍ. Secretaria Estadual da Saúde. Diretoria de Unidade de Planejamento. **Plano Estadual de Saúde 2012 – 2015**. Teresina, 2011a. 73 p.

PIAUÍ. Secretaria Estadual da Saúde. Diretoria de Unidade de Planejamento. **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2011**. Teresina, 2011b. 29 p.

PIAUÍ. Secretaria Estadual da Saúde. Diretoria de Unidade de Planejamento. **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2012**. Teresina, 2012. 16 p.

PIAUÍ. Secretaria Estadual da Saúde. Diretoria de Unidade de Planejamento. **Plano Estadual de Saúde 2016 – 2020**. Teresina, 2016. 86 p.

PIAUÍ. Secretaria de Planejamento. **Plano de Desenvolvimento Econômico Sustentável do Piauí (Piauí 2050)**: macrotendências de investimento produtivo e em infraestrutura nos segmentos estratégicos. Teresina, 2013. 292 p.

PIAUÍ. Secretaria Estadual da Saúde. **Diretriz Estadual de Educação Permanente em Saúde**. Teresina, 2014. 20 p.

PIAUÍ. Secretaria Estadual da Saúde. **Organograma**: Secretaria Estadual da Saúde – SESAPI. Disponível em: [http://www.mppi.mp.br/internet/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1023&catid=156&Itemid=120](http://www.mppi.mp.br/internet/index.php?option=com_content&view=article&id=1023&catid=156&Itemid=120)> Acesso em: 5 jan. 2018.

PICOS. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2017**. Picos, 2017. 34 p.

PIERANTONI, C. R. VARELLA, T. C., FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: BARROS, A. F. R.; SANTANA, J. P.; SANTOS NETO, P. M. (Org.) **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**, Brasília: Ministério da Saúde, 2004, v. 2, p. 51-70.

PINELL, P. **Análise sociológica das Políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. 252. p.

PINTO, H. A. Política nacional de educação permanente em saúde: aprender para transformar. In: GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. (Org.). **A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para produção de saberes e práticas**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. p. 23 - 65.

PIOLA, S. F. *et. al.* Financiamento do Sistema Único de Saúde: trajetória recente e cenários para o futuro. **Revista Análise Econômica**, Porto Alegre, ano 30, n. especial, p. 9 – 33, set., 2012.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; IPEA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Atlas de desenvolvimento humano do Brasil de 2013**. 2013. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>>. Acesso em: 22 maio, 2017.

PORTES, L. H. **A política de controle do tabaco no Brasil de 1986 a 2016: contexto, trajetória e desafios**. 2017. 159 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

RAMOS, M. N. **Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, UFRJ, 2010. 290 p.

RODRIGUES, S. G. **A emergência do “campo” da educação permanente em saúde no Brasil: o ordenamento da formação de recursos humanos no Sistema Único de Saúde, 2003 – 2007**. 2015. 123 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

ROSA, L.C.S.; CARVALHO, M. E.; MACEDO, J. P. **Política e ações de saúde mental no Piauí: 2000 a 2010**. Teresina: EDUFPI, 2011. 244 p.

ROSSI, P.; DWECK, E. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, p. 1 - 5. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/esp/v32n12/1678-4464-esp-32-12-e00194316.pdf>> Acesso em: 15 jan. 2019.

RÓVERE, M.R. Gestión estratégica de la educación permanente em salud. In: HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M.C. **Educación permanente de personal de salud**. Washington: OPAS, 1994. Disponível em: <http://hist.library.paho.org/Spanish/DRH/17399.pdf>.> Acesso em 17 mai. 2017.

RUA, M. G. **Políticas Públicas**. Brasília: Capes: UAB, 2009. 134. p.

SÁ-SILVA, J. R; ALMEIDA, C.D de; GUINDANI, J.F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, São Leopoldo, v. 1, n. 1, p. 1-15, jul. 2009.

SANDES-FREITAS, V. E. V. **Alianças partidárias nos estados brasileiros: das coligações às coalizões de governo (1986-2010)**. 2015. 317 f. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015.

SANTOS NETO, P. M. **Análise da política de recursos humanos em saúde: o caso da rede observatório de recursos humanos em saúde do Brasil**. 2012. 206 f.

Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

SANTOS, M. A presença brasileira na América do Sul: ações e instrumentos de política externa. **Revista Análisis Político**, Bogotá, n. 77, p. 95 - 210, jan./abr. 2013.

SANTIN, G.; HILLESHEIM, B. Educação Permanente em Saúde e Governamentalidade Biopolítica: uma Análise Genealógica. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 43 - 60, 2013.

SAYD, J. D.; VIEIRA JÚNIOR., L.; VELANDIA, I. C. Recursos humanos nas conferências nacionais de saúde (1941 a 1992). **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 165 - 198, 1998.

SCHOTT, M. **Educação Permanente em Saúde: implementação da Política no Estado de São Paulo**. 2013. 336 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, 2013.

SCHMITTER, P. Reflexões sobre o Conceito de Política. In: BOBBIO, Norberto *et al.* **Curso de Introdução à Ciência Política**. Brasília: UnB, 1984. p. 31 - 39.

SECCHI, L. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2. ed. Florianópolis: Cengage Learning, 2013. 188 p.

SERAFIM, M.; DIAS, R. Análise de política: uma revisão da literatura. **Cadernos Gestão Social**, Salvador, v. 3, n. 1, p. 121-134, jan./jun. 2012.

SERAPIONI, M. Conceitos e métodos para a avaliação de programas e políticas públicas. **Sociologia: Revista da Faculdade de Letras do Porto**, Porto, v. 31, p. 58 – 80, 2016.

SILVA, L. A.; LEITE, M. T.; PINNO, C. Contribuições das comissões de integração ensino-serviço na educação permanente em saúde. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 403 - 424, maio/ago. 2014.

SINGER, A. Cutucando Onças Com Varas Curtas. **Revista Novos Estudos Centro Brasileiro de Análise e Planejamento**, São Paulo, n. 102, p. 43-71, jul. 2015.

SISTEMA FIRJAN. **Anexo Metodológico do IFGF: índice FIRJAN de gestão fiscal**. Rio de Janeiro, 2012 (Ano base 2010).

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Revista Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20 - 45, jul./dez. 2006.

STROSCHEIN, K. A.; ZOCHE, D. A. A. Educação Permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 505-519, fev. 2012.

TEIXEIRA, R. A.; PINTO, E. C. A economia política dos governos FHC, Lula e Dilma: dominância financeira, bloco no poder e desenvolvimento econômico. **Revista Economia e Sociedade**, Campinas, v. 21, p. 909 - 941, dez. 2012.

TEIXEIRA, R. A. Rentismo, fissuras no bloco no poder e as eleições. In: PALHARES, J. (Org.). **A internacional do Capital Financeiro**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2014. p. 99 - 106.

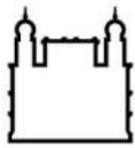
- THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-Ação**. São Paulo: Cortez, 2000. 132 p.
- TUZZO, S. A.; BRAGA, C. F. O processo de triangulação da pesquisa qualitativa: o metafenômeno como gênese. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 4, n. 5, p. 140 - 158, ago. 2016.
- VARELLA, T. C.; PIERANTONI, C. R. Mercado de trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A década de 90 em destaque. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p. 521 - 544, 2008.
- VIANA, A. L. D. *et. al.* Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **Revista São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92 - 106, jan./jun. 2008.
- VIANA, A. L. D. (Coord.) **Recursos humanos e regionalização da saúde: programa de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Educação Permanente: relatório**. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2010. 255 p.
- VIANA, A. L.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA *et al.* (Org). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 65 - 105.
- VIANA, A. L.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA *et al.*, (Org). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 59 - 87.
- VIEIRA, M. **Recursos Humanos em Saúde**. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. p. 343 - 347.
- WALT, G.; GILSON, L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. **Health Policy and Plannin**, Oxford, v. 9, n. 4, p. 353 - 370, 1994.
- YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e método**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015. 320 p.
- ZEPEDA, J. Comentários sobre o texto “contribuições ao debate sobre a revisão da política nacional de educação permanente”, de Emerson Merhy e Luciano Gomes. In: GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. **A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para produção de saberes e práticas**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 93 - 106.

## APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
IDADE	
GENERO	( ) M      ( ) F
ESCOLARIDADE	Ensino Médio Completo ( ) Ensino Universitário Completo ( ) Especialização ( )
FORMAÇÃO EM: _____	Mestrado ( ) Doutorado ( )
REPRESENTAÇÃO NA CIES	
TEMPO DE ATUAÇÃO NA CIES	

### Questões

- 1) Qual o seu entendimento sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
- 2) Como ela é operacionalizada no Estado do Piauí?
- 3) Qual a composição da CIES e da CIR que você possui representação?
- 4) São realizadas reuniões para o debate desta Política na CIR e ou CIES? Com que frequência?
- 5) Se sim, quais são os atores e instituições que participam destas reuniões?
- 6) Como estão definidas as pautas destas reuniões? Como estão sendo tratadas as demandas por educação?
- 7) Como acontece o monitoramento e avaliação dos processos de educação com relação às atividades programadas e executadas?
- 8) Quais os mecanismos utilizados para identificação das necessidades e prioridades de saúde para esta Política?
- 9) Quais os critérios para definição das ações/processos educacionais da Política e seu financiamento?



## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa **“Política de Educação Permanente em Saúde no Piauí: análise a partir da atuação da comissão de integração ensino serviço (CIES) do Vale do Rio Guaribas”**, desenvolvida pelo Instituto Aggeu Magalhães, da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ - PE) vinculada ao programa de pós-graduação em Saúde Pública, como parte da dissertação de mestrado de Juliana Katarina Cadena da Silva, sob a orientação do Prof. Dr. Pedro Miguel dos Santos Neto.

O objetivo geral da pesquisa é analisar a política de educação permanente no estado do Piauí a partir da atuação da CIES do Vale do Rio Guaribas, uma vez que tal instância desempenha papel preponderante para efetivação da política.

A sua participação será voluntária e consistirá em conceder entrevista. A sua seleção se deve à sua inserção em uma das instâncias participativas que integram esse processo através da formulação, condução, acompanhamento e avaliação da política e sua participação trará uma imensa contribuição para o conhecimento em profundidade da política. Porém, não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar.

Caso você esteja de acordo, a entrevista será gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. Entretanto, ela não será disponibilizada e você pode solicitar à pesquisadora que interrompa a gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista. Os arquivos de áudio e as transcrições foram armazenadas pela pesquisadora do projeto e usados somente para a pesquisa em questão, sendo garantida a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas.

A metodologia da pesquisa envolve uma série de estratégias metodológicas, incluindo as entrevistas, análise documental e de bases de dados secundários.

Sua entrevista ajudará para o conhecimento em profundidade da política de educação permanente em saúde no Piauí, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá informações sobre pensamentos, ações e sentimentos que expressam a realidade individual

vivenciada, servindo para explicar, justificar e questionar essa realidade contribuindo para o aprimoramento da política. Os riscos serão mínimos, como: possível constrangimento, desconforto com alguma pergunta da entrevista, a fim de minimizá-lo você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado (a). Sinta-se absolutamente à vontade em deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer justificativa e sem prejuízos e implicações para sua atividade profissional.

Esclarecemos que as informações obtidas por meio da sua entrevista serão processadas e analisadas em conjunto com as demais entrevistas e material de outras fontes de pesquisa e que os resultados da análise são de responsabilidade da pesquisadora; que citações diretas e falas, que permitam sua identificação por intermédio do seu papel/função institucional, serão evitadas.

A pesquisadora e o seu orientador serão os únicos a ter acesso aos dados oriundos das entrevistas e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo e confidencialidade das informações, mas sempre existe a remota possibilidade da quebra de sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da legislação vigente.

Os resultados serão divulgados a partir da divulgação da dissertação, dos artigos científicos produzidos e da apresentação da pesquisa em eventos acadêmicos e institucionais.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam os dados da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães – FIOCRUZ/PE para que possa tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação a qualquer momento.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da FIOCRUZ/PE. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

<p>Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães - FIOCRUZ PE:  Tel. e Fax: (0XX) 81- 2101.2639  E-mail: <a href="mailto:comiteetica@cpqam.fiocruz.br">comiteetica@cpqam.fiocruz.br</a>  Instituto Aggeu Magalhães – FIOCRUZ/PE  Av. Prof. Moraes Rego, S/N, Campus da UFPE – Cidade Universitária, Recife PE  CEP: 50.740-465</p>	<p>Juliana Katarina Cadena da Silva  Rua Francisco das Chagas Fortaleza, 185  Centro Pio IX - PI  CEP: 64.660-000  Secretaria Municipal de Saúde de Pio IX – PI  E-mail: <a href="mailto:julianakadena@gmail.com">julianakadena@gmail.com</a>  Tel.: (89) 3453.1120 (Institucional)  (89) 99974.5923 (Pessoal)</p>
---	--

**Assinale se concorda em participar da pesquisa:**

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

**Assinale a sua opção quanto à autorização para gravar a entrevista:**

- Sim, autorizo a gravação da entrevista.  
 Não autorizo a gravação da entrevista.

**Em relação à sua identificação como participante dessa pesquisa, assinale abaixo a opção que lhe for mais conveniente:**

- Autorizo a identificação de meu nome como participante da pesquisa em uma relação geral de entrevistados e, eventualmente, vinculado a informações fornecidas;  
 Autorizo a identificação de meu nome como participante da pesquisa somente em uma relação geral de entrevistados;  
 Não autorizo a identificação de meu nome como participante da pesquisa.

---

Juliana Katarina Cadena da Silva

Mestranda em Saúde Pública/ IAM-Fiocruz/PE. Pesquisadora Responsável.

LOCAL E DATA

**Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.**

---

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante:

## APÊNDICE C – PAREPS VALE DO RIO GUARIBAS – A INTERVENÇÃO



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE – SESAPI

IX DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE - PICOS

COMISSÃO DE INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO (CIES) – VALE DO RIO  
GUARIBAS

# PLANO REGIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE - PAREPS VALE DO RIO GUARIBAS 2018

*(VERSÃO PRELIMINAR)*

PICOS-PI  
2018



*“Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando,  
refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar.”*

*(Paulo Freire)*



Governo do Estado do Piauí  
**José Wellington Barroso de Araújo Dias**

Secretário de Saúde do Estado do Piauí  
**Florentino Neto**

Diretoria de Unidade de Gestão de Pessoas  
**José Richardson da Rocha Soares**

Gerência de Qualificação e Desenvolvimento  
**Maria de Jesus Dias Araújo**

Coordenação Estadual de Educação Permanente em Saúde  
**Jivanilde Magalhães de Figueirêdo**

Apoio técnico especializado da SESAPI  
**José Antônio Almendra de Carvalho**

Coordenação da ETSUS  
**Francisca Josellia Moreira**

Coordenação Regional de Saúde – IX DRS Picos  
**Raimunda Marival Silva Araújo**

Coordenador CIR – Vale do Rio Guaribas  
**Luís Pereira de Alencar**

Coordenação da CIES do Território- Vale do Rio Guaribas  
**Katharini Maria Barbosa Teixeira Rocha**



### **Equipe de elaboração/ Grupo de Trabalho:**

Ana Karla Sousa de Oliveira  
Cinthya Maria Santiago Ribeiro  
Erika Santos Holanda  
Gerdane Celene Nunes Carvalho  
Juliana Katarina Cadena da Silva  
Katharini Maria Barbosa Teixeira Rocha  
Tânia Maria Santos Luz  
Walquyria Maria Pimentel Santos Lopes

#### **FICHA CATALOGRÁFICA**

Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES) Vale do Rio Guaribas. Plano Regional de Educação Permanente em Saúde 2018. IX Diretoria Regional de Saúde – Picos/CIR Vale do Rio Guaribas: Julho/2018. 41p.

1. Planejamento 2. Regionalização 3. Educação Permanente em Saúde


**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO TERRITÓRIO DO VALE DO GUARIBAS-CIR**

MUNICÍPIO	CÓDIGO IBGE	POPUL. (CENSO 2010)	PREFEITO (APPM/ 2017-2020)	SECRETÁRIO DE SAÚDE
Acauã	220005	6.749	Reginaldo Raimundo Rodrigues	Joaquim Rodrigues
Alagoinha do Piauí	220025	7.341	Jorismar José da Rocha	Maria Amélia Lima de Sá Rocha
Alegrete do Piauí	220027	5.053	Marcio Willian Maia de Alencar	Rayara da Silva Carvalho Alencar
Aroeira do Itaim	220095	2.240	Wesley Gonçalves de Deus	Larici Barbosa de Deus
Belém do Piauí	220157	3.284	Ademar Aluísio de carvalho	Jocenildo de Carvalho Boeira
Betânia do Piauí	220173	6.015	Fabio de carvalho Macedo	Lásara Emmanoella Sousa Santana
Bocaina	220180	4.369	Erivelto de Sá Barros	Edilberto Dantas Lima
Caldeirão do Piauí	220209	5.671	João Vianney de Sousa Alencar	Marcos de Sousa Alencar
Campo Grande do Piauí	220213	5.592	João Batista de oliveira	Francisco Frota Ramos
Caridade do Piauí	220255	4.826	Antoniél de Sousa Silva	Mércia Juscielly Silva Sousa
Curral Novo	220327	4.869	Abel Francisco de oliveira Júnior	Vander Lucia Cavalcante de Lira
Dom Expedito Lopes	220340	6.569	Valmir Barbosa de Araújo	Wenersâmio Araújo de Moura Luz
Francisco Macedo	220415	2.879	Raimundo nonato de Alencar	Cristovão Antão de Alencar
Francisco Santos	220420	8.592	Luis José de Barros	Ana Vilma Joaquina Rodrigues Silva
Fronteiras	220430	11.117	Maria José Ayres de Sousa	Alexander Lucena Sampaio
Geminiano	220435	5.475	Erculano Edimilson de Carvalho	José Genival de Sousa
Ipiranga do Piauí	220480	9.327	José Santos Rêgo	Tiago Leal Souza
Itainópolis	220500	11.109	Paulo Lopes Moreira	Matias Lopes Moreira
Jacobina	220515	5.722	Gederlanio Rodrigues de Oliveira	Verônica Rodrigues de Oliveira
Jaicós	220520	18.035	Ogilvan da Silva Oliveira	Audeli Coutinho Veloso Ramos
Marcolândia	220595	7.812	Francisco Pedro de Araújo	Gilmar Rodrigues Coutinho
Massapê do Piauí	220605	6.220	Francisco Epifânio carvalho Reis	Maria Lucia de Carvalho
Monsenhor Hipólito	220650	7.391	Zenon de moura bezerra	Joyce Pinheiro Bezerra



Padre Marcos	220720	6.657	José Valdinar da silva	Maria Lúcia da Silva
Paquetá	220755	4.147	Thales Coelho Pimentel	Maria dos Remédios Gonçalves
Patos do Piauí	220777	6.105	Agenilson Teixeira dias	Edvânia de Sousa Pires Rodrigues
Paulistana	220780	19.785	Gilberto José de melo	Isabel Cristina Oliveira Ramos Cavalcanti
Picos	220800	73.419	José Valmir de lima	Valéria Albuquerque de Sousa
Pio IX	220820	17.671	Regina Coeli Viana de Andrade e Silva	Luís Pereira de Alencar
Queimada Nova	220865	8.553	Raimundo Júlio coelho	Maria Nazaré Coelho Carvalho
Santa Cruz do Piauí	220910	6.027	Francisco Barroso de C. Neto	Murilo Clementino Santos
Santana do Piauí	220935	4.917	Maria José de Sousa Moura	Francisco José de Carvalho
Santo Antônio de Lisboa	220940	6.007	Wellington Carlos Silva	Priscilla Graziela
São João da Canabrava	220985	4.445	Mércia de Araújo Abreu	Maykiane Abreu Luz
São José do Piauí	221020	6.591	João Bezerra Neto	Alana Borges Cavalcante
São Julião	221030	5.675	Jonas Bezerra de Alencar	Nilza Maria Bezerra Alencar Nunes
São Luís do Piauí	221037	2.561	Raimundo Renato Vicente de A. Sousa	Kelsimar de Abreu Sousa
Simões	221070	14.180	Jose Wilson de Carvalho	Isamaria de Carvalho Dantas
Sussuapara	221093	6.229	Edvardo Antonio da Rocha	Naerton Silva Moura
Vera Mendes	221150	2.986	Milton da Silva Oliveira	Gardênia da Silva Oliveira
Vila Nova do Piauí	221160	3.076	Edilson Edmundo de Brito	Almerinda Tadeuza da Luz Leal
Wall Ferraz	221170	4.280	Danilo Araújo Nunes Martins	Edilson Feitosa Pimentel



## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>10</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>11</b>
<b>4 CONTEXTO DE REGIONALIZAÇÃO DO ESTADO.....</b>	<b>12</b>
<b>5 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS DO VALE DO GUARIBAS .....</b>	<b>16</b>
<b>6 PROBLEMAS EPIDEMIOLÓGICOS .....</b>	<b>18</b>
<b>7 INDICADORES .....</b>	<b>19</b>
<b>7.1 Mortalidade.....</b>	<b>19</b>
<b>7.2 Mortalidade materno-infantil.....</b>	<b>22</b>
<b>8 REGULAÇÃO .....</b>	<b>22</b>
<b>8.1 Rede Hospitalar .....</b>	<b>23</b>
<b>8.2 Serviços De Urgência.....</b>	<b>25</b>
<b>9 REDES DE ATENÇÃO .....</b>	<b>28</b>
<b>9.1 Rede de Urgência e Emergência- RUE .....</b>	<b>28</b>
9.1.1 Ponto de Atenção de Picos:.....	28
9.1.2 Ponto de Atenção de Fronteiras.....	28
9.1.3 Ponto de atenção de Pio IX:.....	28
9.1.4 Ponto de Marcolândia: .....	29
9.1.5 Ponto de Atenção de Jaicós.....	29
9.1.6 Ponto de Atenção de Simões.....	29
9.1.7 Ponto de Atenção de Paulistana .....	29
9.1.8 Linha de Cuidado ao Trauma .....	30
<b>9.2 Rede Cegonha.....</b>	<b>30</b>
<b>9.3 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - PICOS¹.....</b>	<b>35</b>
9.3.1 PACTUAÇÕES COM MUNICÍPIOS DA REGIÃO DO VALE DO GUARIBAS .....	36
<b>10 GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE .....</b>	<b>38</b>
<b>11 ESTRATÉGIAS DE EXECUÇÃO.....</b>	<b>40</b>
<b>12 FINANCIAMENTO .....</b>	<b>41</b>



---

<b>13 INTERFACES .....</b>	<b>42</b>
<b>14. CRONOGRAMA DAS ESTRATÉGIAS DE AÇÃO COM BASE NO PES (PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL) – OFICINA PROEPS SUS NO TERRITÓRIO .....</b>	<b>43</b>
<b>15 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO .....</b>	<b>48</b>
<b>16 COMENTÁRIO FINAL .....</b>	<b>49</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>50</b>



## 1 APRESENTAÇÃO

A Educação Permanente em Saúde tornou-se política pública no Brasil em 2004, instituída pela Portaria nº 198 como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Após três anos, nova Portaria foi publicada (Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007) pelo Ministério da Saúde, estabelecendo diretrizes para sua implementação em consonância com o Pacto pela Saúde e de Gestão.

Esta política fundamenta-se nos pressupostos da aprendizagem significativa e desenvolve-se a partir dos problemas reais enfrentados diariamente pelos profissionais de saúde, levando em consideração e valorizando o saber preexistente da equipe, sendo a atualização técnico-científica apenas um dos aspectos da transformação e não seu foco central (BRASIL, 2004). No conceito de Educação Permanente difundido por Ceccim (2005), a educação não visa à transmissão de conhecimento, mas estimula a interação, cuja consequência é a influência de um sujeito sobre o outro, entre os contextos culturais, criando contextos educacionais.

Para implementação dessa política, cabe ao gestor desempenhar suas responsabilidades, orientado pelas diretrizes pactuadas para a gestão da educação na saúde. Segundo essas diretrizes, a gestão da educação permanente em saúde deve ser orientada pela integração dos processos educativos em âmbito local e regional, numa lógica ascendente, de forma que todos os processos de educação estejam integrados à política, participando do seu financiamento (BRASIL, 2009).

Reconhecendo o papel preponderante da CIES como instância intersetorial e interinstitucional permanente que participa da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde, a partir de 2017 a Coordenação Estadual de Educação Permanente em Saúde em conjunto com atores no território, impulsionou o processo de reestruturação da CIES Vale do Rio Guaribas com a recomposição de seus membros e revisão do regimento interno. No segundo semestre de 2018, esta mesma coordenação iniciou o processo para viabilizar a construção dos Planos de Ação Territorial/Regional, a estratégia consistiu na realização de oficina para Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no



SUS, sendo realizada em nossa região no dia 04 de julho de 2018, sendo este Plano fruto deste processo.

O Plano será executado na Região do Território do Vale do Rio Guaribas com população estimada em 359.268 (IBGE 2010), formada por 42 municípios. Os municípios irão elaborar seus Planos de Educação Permanente e em seguida, a CIES consolidará esses planos através deste Plano Regional. Os envolvidos neste plano serão os prefeitos, os secretários municipais de saúde, técnicos de saúde, apoiadores do MS, o Núcleo de Educação Permanente do HRJL e a Comissão de Integração Ensino –Serviço- CIES.

A metodologia de trabalho desenvolvida pelo grupo constará dos seguintes aspectos:

1. Reunião com a presença dos gestores municipais para a importância da elaboração dos Planos Municipais de Educação Permanente;
2. Oficina dos apoiadores da SESAPI com os gestores municipais e apoiadores técnicos dos Municípios para elaboração do planejamento estratégico em saúde do Território;
3. Reuniões do Grupo de trabalho da CIES para sistematizar as informações, elaboração do Plano de Ação da Regional de Educação Permanente do Vale do Guaribas e criação de um cronograma de reuniões do grupo.

Este documento foi elaborado com base em análise situacional da saúde no que se refere ao Território do Vale do Rio Guaribas, onde foram levantados seus principais indicadores de saúde tais como: morbidade, mortalidade, condições epidemiológicas do território, rede de assistência à saúde desde a atenção primária a especializada bem como as ações necessárias para resolução das problemáticas existentes nos processos de trabalho dos trabalhadores de saúde.



## **2 JUSTIFICATIVA**

O Plano Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) é fruto de esforço conjunto para assegurar e socializar processos pactuados entre a Comissão Intergestores Regional (CIR) e a comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES) da Região do Vale do Rio Guaribas – PI, voltados à organização e estruturação dos espaços de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) no âmbito regional, em consonância com o arcabouço legal vigente e sob os preceitos da Educação Permanente em Saúde, tendo como eixo norteador a integralidade, na busca do desenvolvimento coletivo de um pensar crítico e reflexivo sobre a realidade local numa perspectiva para proposição de ações transformadoras.

O presente Plano é parte estruturante para efetivação da política de educação permanente em saúde no âmbito regional, norteador da realização das ações de educação permanente em saúde em conformidade com o financiamento definido na Portaria nº 3.194, de 28 de novembro de 2017, que dispõe sobre o programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde – PRO EPS – SUS.



### 3 OBJETIVOS

- ✓ Promover a formação e desenvolvimento dos trabalhadores no SUS, a partir dos problemas cotidianos referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho em saúde;
- ✓ Contribuir para a identificação de necessidades de Educação Permanente em Saúde dos trabalhadores e profissionais de saúde, para a elaboração de estratégias que visam qualificar a atenção e a gestão em saúde, tendo à atenção básica como coordenadora do processo, e fortalecer a participação do controle social no setor, de forma a produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva;
- ✓ Fortalecer as práticas de Educação Permanente em Saúde, no âmbito regional, em consonância com as necessidades para qualificação dos trabalhadores e profissionais de saúde;
- ✓ Promover articulação intra e interinstitucional de modo a criar compromissos entre as diferentes redes de gestão, de serviços de saúde e educação e do controle social, com o desenvolvimento de atividades educacionais e de atenção à saúde integral, possibilitando o enfrentamento criativo dos problemas e uma maior efetividade das ações de saúde e educação;
- ✓ Estimular o planejamento, execução e avaliação dos processos formativos, compartilhados entre instituições de ensino, programas de residência em saúde e serviços de saúde, tendo os Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino Saúde (COAPES), como dispositivo norteador para favorecer a integração das ações de formação aos processos de educação permanente da rede de saúde.



#### 4 CONTEXTO DE REGIONALIZAÇÃO DO ESTADO

O Estado do Piauí possui área de 251.576,64 km<sup>2</sup>, distribuídos em 224 municípios que juntos somam uma população de 3.118.360 habitantes (IBGE-CENSO/2010), apresenta 11 Territórios Macrorregionais subdivididos para melhor planejamento das ações, considerando o nível desenvolvimento dos municípios, em tecnologia, acesso a informações e capacidade de respostas a estímulos vinculados a esse.

O Território do Vale do Guaribas compõe juntamente com o Território do Vale do Canindé, 106.548 habitantes e o Território do Vale do Sambito, 105.085 habitantes, uma população de 579.681 habitantes, a Macrorregião do Semiárido.

**Tabela 2 – Distribuição populacional por regiões de saúde da Macrorregião do Semiárido**

MACRORREGIÃO SEMIÁRIDO					
REGIÕES DE SAÚDE	Nº MUNICÍPIOS POR REGIÃO	POPULAÇÃO POR REGIÃO	POPULAÇÃO GERAL MACRO	DISTRIBUIÇÃO POPULACIONAL	
				< 20.000 hab	De 20.000 a 100.000 hab
Vale do Guaribas	42	368.048	579.681	40	02
Vale do Canindé	14	106.548		13	01
Vale do Sambito	14	105.085		13	01
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>579.681</b>	<b>579.681</b>	<b>66</b>	<b>04</b>

Fonte: Censo estimado de 2016/IBGE

O Território do Vale do Guaribas ocupa uma área superior a 22.726 km<sup>2</sup> com população de 368.048 habitantes (IBGE/2010), com densidade demográfica de 14,9 habitantes/km<sup>2</sup>. A população do Território do Vale do Rio Guaribas, ao longo das décadas, passou por mudanças consideráveis. Nos anos 80, a pirâmide populacional tinha ápice estreito e base larga, em 2010 toda pirâmide foi achatada. Isto confirma que a taxa de natalidade diminuiu e que nos últimos anos a população está envelhecendo.



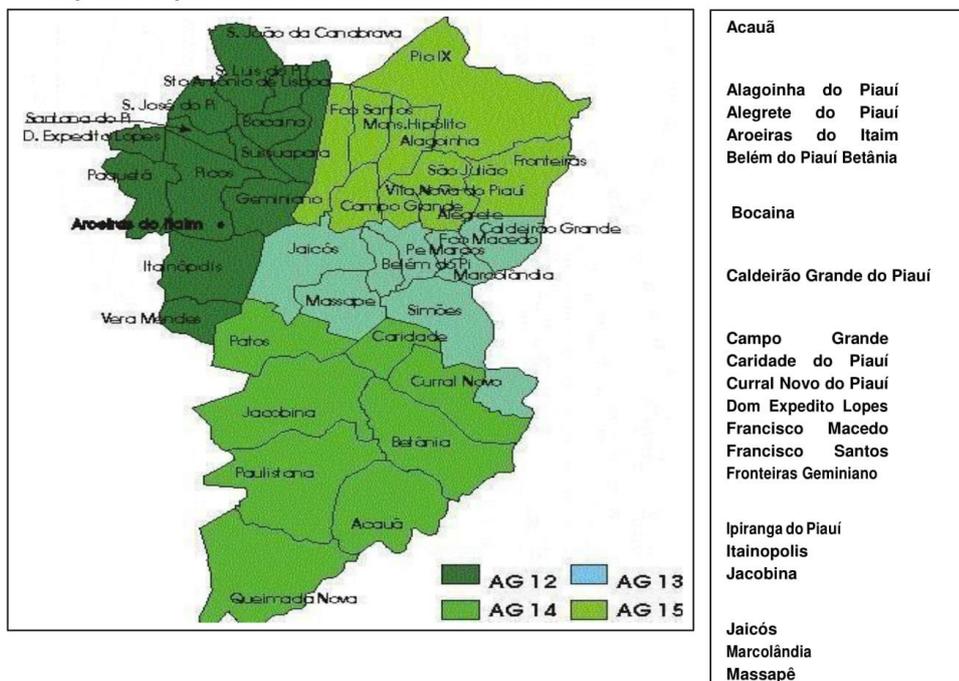
Figura 1: Território do Vale do Guaribas



É composto de 42 municípios, agrupados em quatro Aglomerados (AG 12, AG 13, AG 14 e AG 15) conforme pactuado na CIB - Comissão Intergestora Bipartite.



Figura 2: Aglomerados do Território do Vale do Guaribas





**Paquetá; Patos; Paulistana, Picos, PíolIX, Queimada Nova, Santa Cruz do Piauí, Santanado Piauí, Santo Antônio de Lisboa, São João da Canabrava, São José do Piauí, São Julião, São Luís do Piauí, Simões, Sussuapara, Vera Mendes, Vila Nova do Piauí, Wall Ferraz.**

Os recursos hídricos são formados principalmente pelos rios Itaim, Guaribas, Canindé e Riachão e pelas barragens de Ingazeiras, Salgadinha, Estreito, Pedra Redonda, Poço Marruá, Bocaína, Piaus, Barreiras e Cajazeiras.

A dinâmica econômica do Território se dá em virtude da melhor estruturação dos Arranjos Produtivos Locais - APL da apicultura, cajucultura, ovino, caprinocultura e mandiocultura. Outras atividades se fazem presentes a exemplo da piscicultura e bovinocultura de leite. Vale ressaltar a importância das várias instituições e organizações sociais que potencializam a convergência de esforços para o fortalecimento dos APL.



## 5 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS DO VALE DO GUARIBAS

O território Vale do Guaribas apresentou crescimento econômico nos últimos anos, em razão de um melhor desempenho de algumas cidades. No entanto, o território ainda precisa avançar nos aspectos sociais e econômicos. A seguir, são elencados os indicadores socioeconômicos, Produto Interno Bruto (PIB), Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e o Índice GINI, baseado nos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O PIB é um dos indicadores mais utilizados e reflete atividade econômica por somar de bens e serviços produzidos em uma região por um período. O PIB do Território Vale do Guaribas, de acordo com os dados do IBGE, foi crescente nos últimos anos, a saber, R\$ 23,7, R\$ 26,5 e R\$ 31,4 milhões para os anos de 2004, 2005 e 2006, respectivamente.

No entanto, cabe destacar que esse avanço não ocorreu de forma equânime entre os municípios, constatado por Picos, que apresentou em 2016 um PIB 13,8 vezes superior à média do Território, dentre outros municípios como Belém do Piauí, Santo Antônio de Lisboa e Fronteiras, que apresentaram um bom desempenho e crescimento na economia.

Comparando-se os avanços do território do Vale do Guaribas com o Piauí destaca-se um resultado insatisfatório, visto que o PIB per capita do território não ultrapassou 67,5% do PIB Estadual e este representa o menor PIB do Nordeste. Entretanto, a economia territorial foi responsável por 8,9% de toda a riqueza produzida no Piauí.

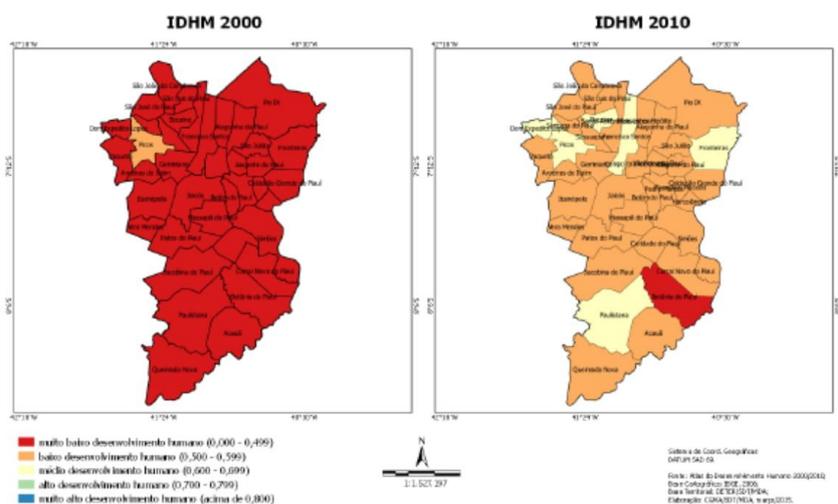
Dentre as atividades que impulsionam a economia do território, destacam-se: pecuária (grande e pequeno porte), agricultura tradicional (milho, feijão e mandioca), agricultura irrigada, comércio, avicultura, apicultura, fruticultura, produção de alho, mineração, indústria de móveis, produção de gado leiteiro, piscicultura, hortaliças, artesanato, extrativismo, prestação de serviços (saúde e educação), construção civil, indústria de confecções, ceramista e derivados do leite. (CEPRO, 2007).

Quanto ao IDH, que representa a qualidade de vida e desenvolvimento econômico de uma população, houve um avanço entre 2000 a 2010 (IBGE). No ano de 2000, apenas o município de Picos apresentava IDHM baixo de 0,545 e todos os outros municípios do Território apresentaram IDHM muito baixo (0,000 – 0,499). Em 2010, seis municípios apresentavam IDHM médio, a saber, Picos (0,698), Dom Expedito Lopes (0,601), Paulistana (0,600), Bocaína (0,632), Fronteiras (0,619)



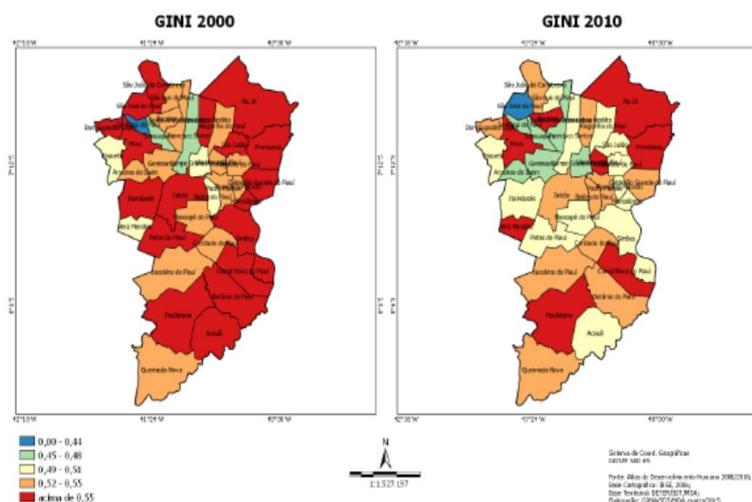
e Francisco Santos (0,608), apenas Betânia permaneceu o IDHM muito baixo (0,489) e a maioria dos municípios tiveram o IDHM baixo (Mapa 1).

**Mapa 1:** Evolução Comparativa do Índice de Desenvolvimento Humano dos Municípios do Território Vale do Guaribas de acordo com Censo do IGBE, 2000 e 2010.



Em se tratando do índice GINI, que mensura as desigualdades de renda, houve uma maior desigualdade em 2010, com dezoito municípios com índice GINI acima de 0,55 em 2000, sendo que esse número caiu para oitos municípios em 2010. Os municípios que apresentaram índice GINI com maiores desigualdades foram, Picos, Bocaína, Pio IX, Vila Nova do Piauí, Fronteiras, Curral Novo do Piauí, Paulistana e Vera Mendes, com índice GINI de 0,56, 0,58, 0,56, 0,60, 0,56, 0,58, 0,60 e 0,58, respectivamente (Mapa 2)

**Mapa 2:** Evolução Comparativa do Índice GINI dos Municípios do Território Vale do Guaribas de acordo com Censo do IGBE, 2000 e 2010.



## 6 PROBLEMAS EPIDEMIOLÓGICOS

Os principais problemas epidemiológicos do Território Vale do Guaribas assemelham-se com os problemas no Estado do Piauí, em que se destaca a incidência de dengue, tuberculose, a prevalência de hanseníase, doenças negligenciadas (esquistossomose e tracoma), AIDS, hepatites virais, algumas doenças imunopreveníveis, doenças de transmissão hídrica e alimentar, zoonoses, além das doenças crônicas e agravos não transmissíveis e das violências e acidentes (BRASIL, 2011). Em destaque ao Território, a esquistossomose é uma doença focal, limitada ao município de Picos, e o tracoma apresenta-se com elevada prevalência (> 10%) no município de Alegrete.



## 7 INDICADORES

### 7.1 Mortalidade

A partir dos dados obtidos através das declarações de óbito, é possível acompanhar o perfil da mortalidade em uma determinada região.

O número de óbitos, segundo causa/ CID 10, de 2014 a 2016 no TD Vale do Guaribas, totalizam por doenças circulatórias, um quantitativo de 2361; por doenças do aparelho respiratório, 589; doenças do aparelho digestivo, 297; afecções no período perinatal, 172; anomalias cromossômicas, 68; sintomas e sinais clínicos e laboratoriais, 279 e por causas externas de morbidade e mortalidade, 940. (tabela 04)

**Tabela 3 – Óbitos do TD Guaribas de 2014 a 2016**

ÓBITOS TD GUARIBAS 2014 A 2016				
Óbitos - Brasil				
Frequência por Ano do Óbito segundo Causa (CID10)				
Causa (Cap CID10)	2014	2015	2016	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	96	79	57	232
II. Neoplasias (tumores)	301	297	295	893
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	20	12	13	45
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	184	237	181	602
V. Transtornos mentais e comportamentais	23	24	20	67
VI. Doenças do sistema nervoso	44	55	44	143
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	1	1
IX. Doenças do aparelho circulatório	756	859	746	2361
X. Doenças do aparelho respiratório	177	209	203	589
XI. Doenças do aparelho digestivo	91	106	100	297
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	7	7	4	18
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	3	3	8	14
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	24	31	35	90
XV. Gravidez parto e puerpério	8	4	6	18
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	60	59	53	172
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	24	15	29	68
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	71	82	126	279



XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	293	309	338	940
Total	2182	2388	2259	6829

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

O quantitativo de óbitos no TD Guaribas em 2016 por faixa etária revela um maior número de óbitos por tumores (neoplasias) nas faixas etárias de 60-69 e 70-79 anos, 68 e 73 óbitos, respectivamente; de doenças metabólicas, na faixa etária de acima de 80 anos com 74 óbitos; de doenças do aparelho circulatório, acima de 80 anos, 303 óbitos; doenças do aparelho respiratório, acima de 80 anos, 104 óbitos e por causas externas de 20 a 29 anos, 72 óbitos. ( Tabela 05 )



Tabela 4 – Quantitativo de óbitos TD Guaribas por causa- CID 10 x faixa etária- ano 2016

OBITOS TD GUARIBAS 2016													
Óbitos - Brasil													
Frequência por Faixa Etária (13) segundo Causa (Cap CID10)													
Causa (Cap CID10)	< 01a	01-04a	05-09a	10-14a	15-19a	20-29a	30-39a	40-49a	50-59a	60-69a	70-79a	80 e+	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5	4	0	1	0	0	4	6	5	7	9	16	57
II. Neoplasias (tumores)	0	2	5	1	3	4	6	28	47	68	73	58	295
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0	0	0	1	0	0	1	3	1	1	3	3	13
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0	0	0	0	0	3	5	2	21	32	44	74	181
V. Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	0	0	3	6	6	2	2	1	20
VI. Doenças do sistema nervoso	0	0	0	0	1	4	5	0	6	3	9	16	44
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
IX. Doenças do aparelho circulatório	2	0	0	0	4	6	15	37	66	111	202	303	746
X. Doenças do aparelho respiratório	2	1	1	3	1	1	5	8	10	28	39	104	203
XI. Doenças do aparelho digestivo	0	0	0	0	0	4	10	14	14	14	21	23	100
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	1	0	4
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	3	0	8
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0	0	0	0	0	0	0	4	6	5	7	13	35
XV. Gravidez parto e puerpério	0	0	0	0	2	2	2	0	0	0	0	0	6
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	53	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	53
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	24	2	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	29
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	3	1	0	1	0	7	7	4	6	19	25	53	126
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1	4	2	12	32	72	61	47	47	24	16	20	338
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>21</b>	<b>44</b>	<b>103</b>	<b>125</b>	<b>163</b>	<b>237</b>	<b>315</b>	<b>454</b>	<b>685</b>	<b>2259</b>

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM



## **7.2 Mortalidade materno-infantil**

De acordo com a Secretaria de Saúde do Estado do Piauí (SESAPI, 2012), o número de nascido vivo em 2009 foi de 5.309, 3% inferior ao ano de 2008. A taxa de mortalidade infantil (TMI) foi de 21,28/1000 nascidos vivos, superior ao do Estado do Piauí e com mais de 75% desses óbitos ocorridos no período neonatal.

No que se refere à mortalidade materna, no ano de 2008 ocorreram 7 óbitos e esse número cresceu para 10 em 2010, ocorrendo um óbito nos municípios de Caridade do Piauí, Curral Novo do Piauí, Francisco Santos, Ipiranga do Piauí, Marcolândia, Massapê do Piauí, Picos, Pio IX, Santa Cruz do Piauí e Simões (SESAPI, 2012).

## **8 REGULAÇÃO**

As secretarias municipais de saúde do Território encaminham suas demandas através de seus pontos de marcações de exames e consultas especializadas para a Central de Marcação da Secretaria Municipal de Saúde de Picos que oferece os serviços contratualizados por prestadores de serviços aos municípios do Território através da PPI/2009 e de vagas calculadas proporcionalmente ao porte populacional de cada município. É consensual para todos os gestores municipais da Região Vale do Guaribas, a necessidade de uma revisão e adequação dos quantitativos de procedimentos e, conseqüentemente, dos recursos financeiros constantes da PPI/2009, relativos ao custeio das ações e serviços de média complexidade ambulatorial e hospitalar para atendimento às atuais demandas da população. Dessa forma, já se iniciou nesse ano (2018), o processo de relocação destes recursos com o objetivo de evitar resíduos no bloco de financiamento da média e alta complexidade.



Guaribas

Plano Regional de Educação Permanente em Saúde – CIES Vale do Rio

### 8.1 Rede Hospitalar

A situação da rede hospitalar e seus leitos qualificados estão descritos na tabela abaixo, por unidades hospitalares e número de leitos, em seus respectivos municípios, totalizando em 880 leitos do SUS e 24 leitos complementares do SUS em todo o Território do Vale do Rio Guaribas.

Os municípios de Alagoinha, Bocaina, Francisco Santos, Fronteiras, Ipiranga, Itainópolis, Jaicós, Monsenhor Hipólito, Padre Marcos, Pio IX, Santa Cruz do Piauí, Santo Antônio de Lisboa, São José do Piauí e São Julião possuem Unidades Mistas e HPPs com produções ambulatoriais e hospitalares.

**Tabela 5 – Rede Hospitalar do Piauí/Território de Desenvolvimento/Região de Saúde - Vale do Rio Guaribas**

Municípios	CNES	Unidades hospitalares	N. de leitos existentes /SUS	N. de leitos complementares/SUS
Alagoinha do Piauí	4008081	Unidade Mista Salomão Caetano	12	-
Bocaina	2766698	Unidade Mista Saúde de Bocaina	12	-
Francisco Santos	2324504	UMS de Francisco Santos	14	-
Fronteiras	2694301	Hospital Municipal Norberto A Pereira	25	1
Ipiranga do Piauí	2694212	UMS de Ipiranga	15	
Itainópolis	2694220	Unidade Mista de Itainópolis	21	
Jaicós	2365375	Hospital Florisa Silva	31	
Marcolândia	2777673	Hospital de Marcolândia	38	
Monsenhor Hipólito	2323591	UMS Emília de Sa Bezerra	20	
Padre Marcos	2324601	Centro de Doenças Tropicais Ltda	45	
	2323699	UMS de Padre Marcos	36	
Paulistana	2364913	Hospital Regional Mariana Pires Ferreira	21	2



Plano Regional de Educação Permanente em Saúde – CIES Vale do Rio  
Guaribas

	2365022	Hospital e Maternidade Petronila Cavalcanti	38	1
Picos	2365405	Hospital Geral de Picos	-	-
	2365529	Hospital Dia de Picos	desativado	
	2694603	Maternidade e Casa de Saúde São Jose Ltda	46	5
	2694700	Clinica Infantil de Picos CLINP	48	1
	2694719	Clinica Materno Infantil Anizinha Luz	32	0
	2766876	Hospital Memorial do Carmo	49	1 2
	3205282	Clinica de Urgência de Picos	14	2
	4009622	Hospital Regional Justino Luz	133	
	7474261	HGPAJO Hospital	48	
	2364980	C Saude e Mat N Sra Remedios SC	Desativado	
5075416	C Saude e Mat N Sra Remedios	0		
Pio IX	2490781	Hospital Local D Lourdes Mota	35	
Santa Cruz do Piauí	2364905	UMS Jandira Nunes Martins	11	
	2324113	Hospital Carolina Duarte Ltda	10	
	2364948	Hospital Santa Isabel	9	
Santo Antônio de Lisboa	6217621	Hospital Municipal Pedro Vicente	6	
São José do Piauí	4009894	UMS de São José do Piauí	8	
São Julião	2365227	UMS David Bezerra de Alencar	17	
	2490471	Hospital Luis Gonzaga da Rocha	12	
Simões	2324040	Hospital Municipal Zuca Batista	25	



Guaribas

Plano Regional de Educação Permanente em Saúde – CIES Vale do Rio

	2365235	CLIMEGESI Ltda	19	
	2766671	UMS Josias Carvalho	8	
Wall Ferraz	2323613	Hospital e Mat Dr Wilson Martins	19	
<b>Total</b>			<b>880</b>	<b>24</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

## 8.2 Serviços De Urgência

Os grandes serviços de urgência no TD do Vale do rio Guaribas situam-se no Município de Picos e Paulistana, Hospital Regional Justino Luz e Hospital Regional Mariana Ferreira. Apresentamos os relatórios de atendimentos dessas unidades:

### RELATÓRIO DE ATENDIMENTOS – HRJL-PICOS/ ANO 2016- PRODUÇÃO AMBULATORIAL

O relatório de atendimentos do Hospital Regional Justino Luz demonstra o quantitativo de 2.547 atendimentos de urgência com observação 24 horas, 87.606 atendimentos de urgência em atenção especializada, 49444 exames laboratoriais 22333 radiografias, 3776 ultrassonografias, 1802 eletrocardiogramas, 1606 tomografias e 4652 procedimentos.

**Tabela 6 – Quantitativo dos atendimentos por classificação.**

CLASSIFICAÇÃO	QUANTITATIVO
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA COM OBSERVAÇÃO 24 HORAS	2547



27



GOVERNO DO PIAUÍ  
 Plano Regional de Educação Permanente em Saúde – CIES Vale do Rio  
 Guaribas

Lagoa do Barro	X	01	X	X	X	X	X	02	-
Outros	X	X	X	X	X	X	X	50	04
<b>Total Geral</b>	<b>x</b>	<b>505</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>28</b>	<b>x</b>	<b>187</b>	<b>14.192</b>	<b>186</b>

Fonte: Dados coletados pelo Hospital Regional Mariana Pires Ferreira/2015



Guaribas

Plano Regional de Educação Permanente em Saúde – CIES Vale do Rio

## **9 REDES DE ATENÇÃO**

### **9.1 Rede de Urgência e Emergência- RUE**

#### **9.1.1 Ponto de Atenção de Picos:**

O ponto de Atenção de Picos compreende os 41 municípios pertencem ao Vale do Guaribas que agrega nesta proposta todos eles, considerando a malha viária bem como o fluxo natural do paciente, caso precise ser referenciado para a capital. O município deverá ter como Porta de Entrada o Hospital Regional Justino Luz para pacientes de trauma com um quantitativo de leitos de Retaguarda, 16 leitos e 10 leitos psiquiátricos. Este ponto de atenção contará com o suporte de 01 (uma) UPA nova habilitada no município de Picos que servirá de unidade intermediária as urgências e emergências clínicas e pediátricas. Terá a abertura da Unidade de terapia Intensiva que contará com 10 leitos adultos, 20 de cuidados intermediários pediátricos e 10 leitos de unidade de terapia intensiva neonatal.

Além disso, faz-se importante mencionar que o município de Picos, conta ainda com outras Unidades Hospitalares na Rede Assistencial que executam serviços clínicos e cirúrgicos. Todos esses hospitais fazem atendimento nas clínicas básicas, realizam internações e cirurgias – que fazem internação e clínica. Todos esses hospitais são porta de entrada para média complexidade.

#### **9.1.2 Ponto de Atenção de Fronteiras**

A população do Ponto de atenção de Fronteiras, 11.117 habitantes, terá sala de estabilização para referenciar os casos mais graves para o HRJL e leitos de cuidados prolongados, 08, para receber a contra referência, descentralizando os cuidados, sendo interface para a ESF.

#### **9.1.3 Ponto de atenção de Pio IX:**



A população do Ponto de Atenção de Pio IX limita-se com o Ceará, 17.671 habitantes. Terá sala de estabilização para referenciar os casos mais graves para o HRJL e leitos de cuidados prolongados, 08, para receber a contra referência, descentralizando os cuidados, sendo interface para a ESF.

#### **9.1.4 Ponto de Marcolândia:**

A população do Ponto de Atenção de Marcolândia, 7,812 habitantes, faz fronteira com o Pernambuco que deverá ter sala de estabilização com seu fluxo direcionado para o município de Picos, HRJL e será contra referência com oito leitos de cuidados prolongados, descentralizando o cuidado e tendo interface à ESF.

#### **9.1.5 Ponto de Atenção de Jaicós**

A população do Ponto de Atenção de Jaicós, 18.035 habitantes, terá sala de estabilização para referenciar para o HRJL e leitos de cuidados prolongados, 08, para receber a contra referência, descentralizando os cuidados, sendo interface para a ESF.

#### **9.1.6 Ponto de Atenção de Simões**

A população do Ponto de Atenção de Simões, 14.180 habitantes, terá sala de estabilização para referenciar os casos mais graves para o HRJL e leitos de cuidados prolongados, 08, para receber a contra referência, descentralizando os cuidados, sendo interface para a ESF.

#### **9.1.7 Ponto de Atenção de Paulistana**

O Ponto de Atenção de Paulistana, 19.785 habitantes, será referência em porta de entrada hospitalar para os dez municípios circunvizinhos: Acauã, Jacobina, Betânia, Patos, São Francisco, Conceição do Canindé, Queimada Nova, Curral Novo, Caridade e Lagoa do Barro. Poderá referenciar para o HRJL,



em Picos, os casos que necessitarem de UTI e de assistência mais especializada.

Para tanto, estes Pontos de Atenção elaborarão suas propostas de intervenção, envolvendo reorientação da estrutura do sistema, modificação, ampliação ou criação de novos serviços. Os investimentos que deverão ocorrer para a ampliação ou implantação de serviços serão baseados nas necessidades assistenciais da região.

#### **9.1.8 Linha de Cuidado ao Trauma**

As ações de prevenção ao trauma devem ocorrer na UBS com acolhimento por classificação de risco e vulnerabilidade ao usuário vítima de trauma, realizando o cuidado inicial, encaminhando-o, seguindo o fluxo de referência e contra referência, por meio do SAMU a sala de estabilização ou UPA 24 horas que estabilizará o paciente e se necessário o encaminhará para Hospital de trauma ou Geral que garanta retaguarda e assistência de leitos de UTI. Após alta de enfermagem poderá ser deslocado para unidades de cuidados prolongados referenciada que fará interface a ESF com atenção domiciliar, serviços de reabilitação, centro de especialidades e serviços de reinserção social.

#### **9.2 Rede Cegonha**

A rede Cegonha é uma rede temática instituída através da Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011, consistindo em uma rede de cuidados com a finalidade de assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, assim como garantir à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.



No território do Vale do Rio Guaribas a Rede Cegonha encontra-se estruturada através de serviços de Atenção Básica e de Hospitais Locais e Regionais. Na Atenção Básica os serviços são organizados de forma a contemplar as ações de planejamento reprodutivo, pré-natal, puerpério e saúde da criança. Os hospitais locais e regionais ofertam serviços de assistência ao trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, como também atendimento às intercorrências, urgências e emergências obstétricas

Sabemos que a Atenção Básica desempenha importante papel no acompanhamento Pré-Natal, com oferta de exames, testes rápidos, acompanhamento médico, de enfermagem, odontológico e com profissionais do NASF, e encaminhamentos para outros pontos de atenção da rede, quando necessário.

Desta forma, as equipes da Estratégia de Saúde da Família dos municípios do território realizam acompanhamento de Pré-natal de baixo e moderado risco, sendo que os casos de gestação de alto risco são encaminhados para acompanhamento em Picos, na Clínica de Saúde da Mulher (CLISAM) ou em Teresina, na Maternidade Evangelina Rosa.

No quadro abaixo estão relacionados os municípios do território, bem como o respectivo número de equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e NASF. Podemos observar que a Atenção Básica no território conta com 175 equipes da Estratégia de Saúde da Família distribuídas nos 42 municípios, bem como 166 equipes de Saúde Bucal, 48 Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e 911 Agentes Comunitários de Saúde. De acordo com o Departamento de Atenção Básica (DAB), na competência Abril/2018, a estimativa de população coberta pela Atenção Básica no território Vale do Guaribas era de 100%.



Município	População	Teto de ACS	ACS implantados	Teto de ESF	ESF implantadas	ESB implantados	NASF implantados
01 - Acauã	6.951	17	18	3	3	3	1 (TIPO 2)
02 - Alagoinha do Piauí	7.515	19	19	4	4	4	1 (TIPO 2)
03 - Alegrete do Piauí	4.835	12	13	2	3	3	1 (TIPO 3)
04 - Aroeiras do Itaim	2.460	6	7	1	1	1	1 (TIPO 3)
05 - Belém do Piauí	3.485	9	8	2	2	2	1 (TIPO 3)
06 - Betânia do Piauí	6.102	15	18	3	3	3	1 (TIPO 2)
07 - Bocaina	4.440	11	11	2	2	2	1 (TIPO 3)
08 - Caldeirão Grande do Piauí	5.680	14	15	3	3	3	1 (TIPO 3)
09 - Campo Grande do Piauí	5.823	15	14	3	3	3	1 (TIPO 2)
10 - Caridade do Piauí	5.012	13	12	3	2	2	1 (TIPO 3)
11 - Curral Novo do Piauí	5.152	13	13	3	2	2	1 (TIPO 3)
12 - Dom Expedito Lopes	6.774	17	17	3	3	3	1 (TIPO 2)
13 - Francisco Macedo	3.113	8	7	2	1	1	1 (TIPO 3)
14 - Francisco Santos	9.108	23	21	5	4	4	1 (TIPO 2)
15 - Fronteiras	11.405	29	26	6	6	6	1 (TIPO 1)
16 - Geminiano	5.337	13	14	3	3	3	1 (TIPO 2)
17 - Ipiranga do Piauí	9.626	24	24	5	5	5	1 (TIPO 2)
18 - Itainópolis	11.375	28	29	6	6	6	1 (TIPO 1)
19 - Jacobina do Piauí	5.671	14	15	3	3	3	1 (TIPO 2)
20 - Jaicós	18.725	47	46	9	9	9	1 (TIPO 1)
21 - Marcolândia	8.299	21	20	4	4	4	1 (TIPO 2)
22 - Massapê do Piauí	6.332	16	17	3	3	3	1 (TIPO 2)
23 - Monsenhor Hipólito	7.605	19	19	4	4	4	1 (TIPO 2)



24 - Padre Marcos	6.753	17	19	3	3	3	1 (TIPO 2)
25 - Paquetá	3.893	10	12	2	2	2	1 (TIPO 3)
26 - Patos do Piauí	6.271	16	16	3	3	3	1 (TIPO 2)
27 - Paulistana	20.198	50	46	10	9	7	2 (TIPO 1)
28 - Pio IX	18.095	45	43	9	8	7	1 (TIPO 1)
29 - Picos	76.749	192	179	38	36	30	6 (TIPO 1)
30 - Queimada Nova	8.821	22	24	4	4	4	1 (TIPO 2)
31 - Santa Cruz do Piauí	6.134	15	15	3	3	3	1 (TIPO 2)
32 - Santana do Piauí	4.552	11	12	2	2	2	1 (TIPO 3)
33 - Santo Antônio de Lisboa	6.270	16	15	3	3	3	0
34 - São João da Canabrava	4.529	11	11	2	2	2	1 (TIPO 3)
35 - São José do Piauí	6.606	17	17	3	3	3	1 (TIPO 2)
36 - São Julião	6.253	16	15	3	3	3	1 (TIPO 2)
37 - São Luís do Piauí	2.597	6	7	1	1	1	1 (TIPO 3)
38 - Simões	14.384	36	35	7	7	7	1 (TIPO 1)
39 - Sussuapara	6.581	16	16	3	3	3	1 (TIPO 2)
40 - Vera Mendes	3.028	8	7	2	1	1	1 (TIPO 3)
41 - Vila Nova do Piauí	2.947	7	8	1	1	1	1 (TIPO 1)
42 - Wall Ferraz	4.383	11	11	2	2	2	1 (TIPO 3)
<b>Total</b>	<b>369.869</b>	<b>925</b>	<b>911</b>	<b>183</b>	<b>175</b>	<b>166</b>	<b>48</b>



Os hospitais locais e regionais do território realizam o acolhimento da gestante com intercorrências e/ou em trabalho de parto. Poucos hospitais do território realizam assistência ao parto normal e apenas três realizam parto cesárea, sendo que um elevado percentual de gestantes é encaminhado para o Hospital Regional Justino Luz na cidade de Picos/PI. Casos de maior complexidade são referenciados para a Maternidade Evangelina Rosa em Teresina.

De acordo com dados do Sistema de Informações Hospitalares, os seguintes hospitais públicos do território Vale do Guaribas apresentaram informações sobre a realização de parto:

<b>CNES</b>	<b>NOME DO ESTABELECIMENTO</b>	<b>MUNICÍPIO</b>	<b>TIPOS DE PARTO</b>
4009622	HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ	PICOS/PI	NORMAL E CESÁREA
2364913	HOSPITAL REGIONAL MARIANA PIRES FERREIRA	PAULISTANA/PI	NORMAL E CESÁREA
2365375	HOSPITAL FLORISA SILVA	JAICÓS/PI	NORMAL
2694301	HOSPITAL MUNICIPAL NORBERTO ANGELO PEREIRA	FRONTEIRAS/PI	NORMAL E CESÁREA
2490781	HOSPITAL LOCAL DONA LOURDES MOTA	PIO IX/PI	NORMAL
2324040	HOSPITAL MUNICIPAL ZUCA BATISTA	SIMÕES/PI	NORMAL

Percebemos que a oferta de serviços da rede cegonha no território ainda é insuficiente. Poucos hospitais do território realizam assistência ao parto, resultando no fato de que a maioria das parturientes acaba sendo encaminhadas ao Hospital Regional Justino Luz em Picos. O mesmo acontece em relação às intercorrências, urgências e emergências obstétricas.



Em relação à estrutura física, no território não existem vários dispositivos preconizados pela rede cegonha. O território não possui, por exemplo, leitos neonatais de UTI. Alguns serviços, no entanto, estão em fase final de implantação, como é o caso da casa da gestante e do Centro de Parto Normal, ambos no município de Picos/PI.

A Casa da gestante possui 10 leitos e está construída, aguardando incentivo financeiro para que seja viável o seu funcionamento. Quanto ao Centro de Parto Normal, este também já está com espaço físico pronto, dentro do Hospital Regional Justino Luz, aguardando também recursos financeiros para iniciar suas atividades.

Desta forma, analisando a assistência ao pré-natal, parto e puerpério no território, bem como as ações de saúde da criança, torna-se imperativo a oferta de ações de educação permanente para os profissionais envolvidos no cuidado às gestantes, puérperas e crianças, de forma a possibilitar o aumento da capacidade técnica das equipes envolvidas no cuidado desta população.

### 9.3 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - PICOS<sup>1</sup>

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Picos-PI é hoje composta por serviços e equipamentos que atuam articulados no sentido de garantir a integralidade da atenção na abordagem ao sofrimento psíquico. Não obstante, sua construção tem se dado de forma contínua, buscando-se sempre o adequado atendimento às demandas de saúde dos usuários dos serviços e da população como um todo, respeitando sua complexidade e dinamicidade.

A RAPS do município de Picos é constituída pelos seguintes componentes e respectivos pontos de atenção:

COMPONENTE	PONTOS DE ATENÇÃO
Atenção Básica em Saúde	- Unidades Básicas de Saúde (UBS) - Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)
Atenção Psicossocial Especializada	- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) - Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II)



Atenção de Urgência e Emergência	- SAMU 192 - Atenção à urgência/pronto socorro no Hospital Regional Justino Luz (HRJL) - Unidades Básicas de Saúde.
Reabilitação psicossocial.	Iniciativas de geração de trabalho e renda

Ademais, considerando as especificidades de cada um dos dispositivos do componente de Atenção Psicossocial Especializada, tem-se ainda como equipamentos da RAPS: ações intersetoriais com a justiça, segurança pública, assistência social (CRAS e CREAS), cultura, esporte e lazer, além de associações de moradores, conselhos tutelares, igrejas e Instituições de Ensino Superior públicas e privadas.

### 9.3.1 PACTUAÇÕES COM MUNICÍPIOS DA REGIÃO DO VALE DO GUARIBAS

O processo de pactuação de ações e serviços especializados em Saúde Mental do município de Picos com outros municípios ocorre de forma contínua. Atualmente tem-se um total de 17 municípios pactuados, a saber<sup>1</sup>: Santa Cruz do Piauí; Campo Grande do Piauí; Santana do Piauí; Itainópolis; São João da Canabrava, Alagoinha do Piauí, Bocaina, Pio IX, Alegrete do Piauí, Fronteiras, Aroeiras do Itaim, Massapé do Piauí, Sussuapara, Vera Mendes, Geminiano, São José do Piauí, Ipiranga do Piauí.

A pactuação é estabelecida por meio da assinatura de um Termo de Adesão e Compromisso de Responsabilidades pelo secretário municipal de saúde/ou prefeito de cada parte interessada. Uma vez formalizada, o município de Picos assume o compromisso de prestar assistência não ambulatorial e multidisciplinar, nas modalidades não intensiva, semi-intensiva e intensiva, em consonância com a portaria Nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Compete, por sua vez, aos municípios pactuados: garantir a continuidade do cuidado mediante oferta de transporte para deslocamento de seus munícipes da sua cidade de origem até a sede do dispositivo pactuado e seu retorno ao domicílio, além do fornecimento de um “kit básico” por usuário, destinado ao preparo das refeições fornecidas nos dispositivos e à higiene

<sup>1</sup> Informação fornecida pela Coordenação de Saúde Mental do município de Picos em 30/07/2018.



GOVERNO  
DO PIAUÍ

Plano Regional de Educação Permanente em Saúde – CIES Vale do Rio Guaribas

---

corporal dos usuários, composto por: 02 (dois) quilos de arroz, 01 (um) quilo de feijão, 01 litro de óleo de soja, 10 (dez) embalagens de sardinha, 02 pacotes de macarrão, 02 quilos de farinha, 02 pacotes de flocos de milho, 01 sabonete, 01 shampoo, 01 condicionador, 01 creme dental e 01 escova de dentes.



## 10 GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

A gestão do trabalho pressupõe a garantia de requisitos para a valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho, tais como: PCCS, vínculos de trabalho com proteção social, espaços de discussão e negociação do trabalho, educação permanente, humanização da qualidade do trabalho, dentre outros, tendo como foco central a participação do trabalhador como fundamental para a efetividade e eficiência do SUS (MACHADO; XIMENES NETO, 2018).

No território existem fragilidades relacionadas a valorização do trabalhador, sobretudo relacionados aos vínculos de trabalho inseguros gerando alta rotatividade dos profissionais. Tal situação gera instabilidade nos postos de trabalho, perda da qualidade no mercado de trabalho e consequências sociais desastrosas para população, assim como os processos educacionais são descontinuados. Também desconhecemos iniciativas de qualquer espaço de negociação entre gestores e trabalhadores no território.

Dos 42 municípios do território, 33 elaboraram o Plano Municipal de Educação de Educação Permanente, uma adesão de 79% às ações de Educação Permanente em Saúde demonstrando sensibilidade dos gestores às questões relacionadas à Educação Permanente em Saúde. Dos 33 municípios, apenas 18 informaram sua força de trabalho, sendo que na sua maioria não foram informados os vínculos. Tal situação, sugere a CIES juntamente com a CIR a realização de um levantamento para avaliar a real força de trabalho do SUS no território e propor ações de fortalecimento da Gestão do Trabalho.

Os principais problemas elencados nos Planos Municipais de Educação Permanente foram: dificuldades na operacionalização/avaliação dos sistemas de informação em saúde, sobretudo do e-SUS AB; falta de acolhimento ao usuário; dificuldades técnicas em imunização; manejo clínico não adequado do tratamento da tuberculose e hanseníase, necessidades de aprimoramento da assistência ao pré-natal, parto e puerpério, falta de capacitação específica para agentes comunitários de saúde e conselheiros municipais de saúde. Tais problemas, geram demanda para



GOVERNO  
DO PIAUÍ

Plano Regional de Educação Permanente em Saúde – CIES Vale do Rio Guaribas

---

ações de educação permanente em saúde no território, devendo essas serem consideradas no planejamento regional.



## 11 ESTRATÉGIAS DE EXECUÇÃO

As estratégias de execução do presente plano devem incentivar a produção e difusão de conhecimentos voltados às discussões acerca dos processos de trabalho, formulação de estratégias para o ensino, assim como para o aprimoramento da gestão setorial, a qualificação da organização da atenção em linhas de cuidado, o fortalecimento do controle social e o investimento na intersectorialidade. Nesse sentido, apresenta-se como principais estratégias as que se seguem:

- ✓ Planejamento das ações de forma compartilhada com diversos atores que compõem a RAS (Rede de Atenção à Saúde) no território;
- ✓ Atualização periódica das demandas de formação e capacitação dos profissionais e trabalhadores do SUS, gestores e conselheiros, no âmbito do território, visando o planejamento anual;
- ✓ Aprimoramento do fluxo de comunicação da IX Diretoria Regional de Saúde e municípios do território, com vistas a garantir divulgação das atividades a serem realizadas, ampliando o acesso da informação ao público-alvo deste Plano;
- ✓ Consolidação das parcerias entre ensino/serviço/comunidade, tomando a realidade de saúde como objeto de ação;
- ✓ Elaboração de agenda de atividades, com base nos percursos formativos e nas diferentes ações de capacitação, reconhecendo as particularidades de gestores, trabalhadores e conselheiros, considerando seus saberes, aptidões, interesses e as necessidades inerentes à operacionalização do SUS no território.

GOVERNO  
DO PIAUÍPlano Regional de Educação Permanente em Saúde – CIES Vale do Rio Guaribas

---

## **12 FINANCIAMENTO**

Este plano será financiado pelo recurso da educação permanente em saúde, expresso na Portaria nº 3.194, de 28 de novembro de 2017 que dispõe sobre o Programa para O Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema único de Saúde – PRO EPS-SUS. De acordo com os critérios estabelecidos na referida portaria, o estado do Piauí receberá incentivo financeiro no valor de R\$ 200.000,00 para execução de ações de educação permanente no estado, considerando possuir 11 Regiões de Saúde/Territórios de Desenvolvimento. Este plano também poderá ser incrementado por recursos advindos de políticas específicas, de repasses estaduais e federais e de contrapartidas de convênios.



### 13 INTERFACES

No sentido de dar viabilidade a este Plano, propõe-se a interface e a parceria com os seguintes atores e espaços:

- ✓ Trabalhadores, gestores e usuários dos municípios que compõem o território;
- ✓ Secretaria municipal de saúde e demais secretarias municipais, secretaria estadual de saúde;
- ✓ Ministério Público, Comitês e Conselhos;
- ✓ Instituições formadoras – UFPI, UESPI, IFPI, SENAC, CEPROSP;
- ✓ Movimentos Sociais (Conselho Tutelar, Sindicatos, Associações, Assentamentos, ONGS);
- ✓ ETSUS-PI, CIES Regional e Estadual, SESAPI.


**14. CRONOGRAMA DAS ESTRATÉGIAS DE AÇÃO COM BASE NO PES (PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL) – OFICINA PROEPS SUS NO TERRITÓRIO**

GRUPO DE TRABALHO/ REPRESENTAÇÃO DO QUADRILÁTERO	IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	OBJETIVO	META	AÇÕES / ATIVIDADES PROPOSTAS
Atenção / Controle Social	Deficiência no acolhimento da ESF e dos serviços de urgência e emergência	Ampliar e qualificar o acesso	Melhorar a resolutividade da Atenção Básica para 80-90% (Preconizado pelo MS)	Capacitar os profissionais para implementar o acolhimento com classificação de risco  Implementar o Serviço de Ouvidoria nos serviços de referência regional
	Atendimento individualizado/não compartilhado pelos profissionais da ESF e NASF	Promover o atendimento compartilhado e implantar a linha de cuidado em articulação com as redes temáticas de assistência à saúde	100% das ESF e NASF praticando o atendimento compartilhado	Reuniões em equipe  Projeto Terapêutico Singular (PTS);  Plano de cuidado.



GRUPO DE TRABALHO/ REPRESENTAÇÃO DO QUADRILÁTERO	IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	OBJETIVO	META	AÇÕES / ATIVIDADES PROPOSTAS
Atenção / Controle Social	Não cumprimento na carga horária por parte de alguns profissionais	Estabelecer o efetivo comprometimento do gestor e profissionais	Cumprimento da carga horária em 100% das equipes	Estimular o gestor a cobrar a carga horária estabelecida  Aplicação do ponto eletrônico
Gestão / Ensino	Falta de transparência de contas e serviços sobre a oferta de serviços para o território de acordo com a PPI/PGAS	Viabilizar mecanismos para promoção da transparência de oferta de serviços no território	100% dos municípios com garantia de transparência conforme pactuado na PPI/PGAS	Realizar oficina de capacitação dos gestores acerca da PPI/PGAS no território  Estabelecer através da CIR a apresentação quadrimestral em CIR, pelo município executor, da oferta de serviços no território  Promover reunião semestral para revisão dos serviços ofertados para o território (PPI/PGAS)



GRUPO DE TRABALHO/ REPRESENTAÇÃO DO QUADRILÁTERO	IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	OBJETIVO	META	AÇÕES / ATIVIDADES PROPOSTAS
Gestão / Ensino	Desconhecimento de profissionais, gestores e usuários sobre os dispositivos da RAS do território	Desenvolver ações de qualificação para gestores e profissionais sobre os dispositivos da Rede	100% de profissionais e gestores capacitados sobre os dispositivos da RAS no território e 50% dos usuários informados sobre os dispositivos da rede	<p>Capacitação dos profissionais sobre as redes de atenção à saúde, por meio de oficinas e seminários</p> <p>Realizar o Processo de Planificação no território</p> <p>Elaboração de fluxogramas e linhas de cuidado prioritárias para as patologias mais recorrentes (organizando os serviços);</p> <p>Publicizar os dispositivos da RAS no território, através de fluxogramas nas unidades de saúde</p>



				Realizar atividades de educação em saúde para os usuários, em relação ao percurso do usuário na rede
GRUPO DE TRABALHO/ REPRESENTAÇÃO DO QUADRILÁTERO	IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	OBJETIVO	META	AÇÕES / ATIVIDADES PROPOSTAS
Gestão / Ensino	Formação Profissional Técnica, não voltada para o SUS	Contribuir para processos formativos em consonância com os princípios e diretrizes do SUS	100% das IES e cursos técnicos sensibilizados para a formação para o SUS	Integrar ações através da CIES com Instituições formadoras para promoção da revisão dos processos formativos em saúde (Fórum Permanente)
	Deficiência no Acolhimento e Relacionamento Interpessoal entre os atores do SUS	Implantar e implementar a política nacional de humanização nos serviços de saúde	100% dos profissionais capacitados para o acolhimento com classificação de risco de acordo com a política	Qualificar os profissionais para acolhimento e acolhimento com classificação de risco



			nacional de humanização. 80 % dos serviços com fluxogramas de acolhimento implantados.	Criar fluxogramas de acolhimento para os serviços de saúde
Gestão / Ensino	Indisponibilidade de Campo de Prática	Criar mecanismos de articulação ensino/serviço no território ampliando as possibilidades de campo de prática	80% dos serviços no território disponíveis para campo de prática	Fazer levantamento de disponibilidade de campo de estágio no território  Regular campos de prática através da CIES  Sensibilizar gestores e instituições formadoras para viabilizar assinatura do COAPES territorial  Criar formulários para acompanhamentos dos estágios

## **15 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

A avaliação do plano se dará em cada processo pedagógico, mas sobretudo estará vinculada a própria situação que se pretende mudar, vinculando os processos formativos as reais mudanças nas práticas de cuidado dentro da realidade dos serviços e conseqüente melhoria na atenção prestada à população. Devendo esta, se integrar ao processo educativo e ter papel preponderante na orientação de novas ações.

O monitoramento das ações será realizado por meio do formsus específico para preenchimento pelo estado. As execuções das ações pactuadas no Plano deverão ser realizadas em até 300 dias do recebimento do incentivo financeiro, conforme indicadores do PRO EPS-SUS.

## **16 COMENTÁRIO FINAL**

O Plano Regional de Educação Permanente em Saúde do Vale do Guaribas priorizou as principais demandas apresentadas nas discussões entre os profissionais /trabalhadores de saúde, gestão e controle social no âmbito do território, relacionados às necessidades de Educação Permanente em Saúde, focando principalmente naquelas necessidades que foram comuns e considerando as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

A CIES do Vale do Guaribas tem empreendido esforços na busca de colocar a educação permanente em saúde como estratégia de gestão, com o objetivo de implementar projetos de mudança no processo de trabalho e na formação dos seus profissionais, colocando o cotidiano e sua qualificação como aprendizagens construídas a partir do trabalho vivo em ato, descrito por Merhy (2002).

Este Plano foi construído a várias mãos, norteador pela Portaria GM/MS nº 1.996/2007 e Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017, buscando a integração dos saberes num sentido de coletividade e respeito às necessidades apontadas pelos profissionais, trabalhadores, gestores e controle social para solução de problemas identificados no cotidiano de trabalho geradores de demanda para educação permanente. Aguardamos com grande expectativa, o apoio estadual partindo da Coordenação de Educação Permanente em Saúde para implementação da política no âmbito regional do território do Vale do Rio Guaribas.

## REFERENCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 198/GM 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: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em saúde.** DATASUS, Cadernos de Informação à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema nacional de vigilância em saúde. **Relatório de situação: Piauí.** 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde).
- BRASIL. Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS – PRO EPS-SUS/SGTES MS- Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 39p.
- CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-77, 2005.
- CEPRO, Fundação Centro De Pesquisas Econômicas e Sociais Do Piauí. Governo do Estado do Piauí. Secretaria do Planejamento do Estado do Piauí. **Identificação das potencialidades econômicas e áreas carentes de qualificação de mão-de-obra no estado do Piauí.** Relatório final, jul, 2017.
- IBGE. **Dados do Censo 2010. Rio de Janeiro. 2010.** Disponível em: <[www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pi](http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pi)>. Acesso em: 10 jun. 2018.
- MACHADO, M. H.; XIMENES NETO, F. R. G. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23 (6): 1971-1980, 2018.
- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.
- SESAPI, Secretaria De Estado da Saúde. Governo do Estado do Piauí. Superintendência de Atenção Integral à Saúde. **Indicadores do Território de Vale do Rio Guaribas**, SESAPI, 2012.

**ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA**

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
DIRETORIA DE UNIDADE DE GESTÃO DE PESSOAS  
GERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO E QUALIFICAÇÃO

**CARTA DE AUTORIZAÇÃO/ANUÊNCIA**

Eu, *MARIA DE JESUS DIAS DE ARAÚJO*, Gerente de Desenvolvimento e Qualificação, da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, do Estado do Piauí, tenho ciência e autorizo a realização da pesquisa sobre a “**Política de Educação Permanente em Saúde no Piauí: análise a partir da atuação da comissão de integração ensino serviço (CIES) do Vale do Rio Guaribas**”, sob a responsabilidade da pesquisadora **Juliana Katarina Cadena da Silva**, na Secretaria Estadual de Saúde, no município de Teresina. Para isto, serão disponibilizados ao pesquisador o uso do espaço físico, documentos para análise.

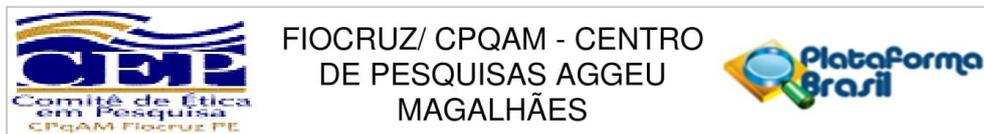
Atenciosamente,

Teresina (PI), 08 de agosto de 2018.

**Maria de Jesus Dias de Araújo**

**Gerente de Desenvolvimento e Qualificação  
Secretaria de Estado da Saúde**

## ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO PIAUÍ: ANÁLISE A PARTIR DA ATUAÇÃO DA COMISSÃO DE INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO (CIES) DO VALE DO RIO GUARIBAS

**Pesquisador:** JULIANA KATARINA CADENA DA SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 88326318.1.0000.5190

**Instituição Proponente:** FIOCRUZ - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.735.984

#### Apresentação do Projeto:

Este estudo trata aspectos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Objetiva-se analisar a Política de Educação Permanente em Saúde no Piauí a partir da atuação da Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES) do Vale do Rio Guaribas. A partir do referencial teórico de análise de políticas, realizará análise documental, análise de base de dados secundária e entrevistas com informantes chave, num estudo de caso visando discutir as potencialidades e as limitações da CIES na condução da Política de Educação Permanente em Saúde no Estado, compatível com a realidade regional e, assim, contribuir para o desenvolvimento e fortalecimento do SUS no Piauí.

#### Objetivo da Pesquisa:

Geral

Analisar a Política de Educação Permanente em Saúde no estado do Piauí.

Específicos

- a) Compreender e explicitar o CONTEXTO de regionalização das ações de Educação Permanente no Estado do Piauí a partir da atuação da CIES do Vale do Rio Guaribas;
- b) Caracterizar o CONTEÚDO da Política de Educação Permanente em

**Endereço:** Av. Prof. Moraes Rego, s/nº

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 50.670-420

**UF:** PE

**Município:** RECIFE

**Telefone:** (81)2101-2639

**Fax:** (81)2101-2639

**E-mail:** comiteetica@cpqam.fiocruz.br



FIOCRUZ/ CPQAM - CENTRO  
DE PESQUISAS AGGEU  
MAGALHÃES



Continuação do Parecer: 2.735.984

Saúde, no âmbito estadual, regional e federal;

c) Analisar o PROCESSO de formulação e implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no Vale do Rio Guaribas, identificando os principais ATORES envolvidos;

d) Desenvolver em parceria com o Estado do Piauí a construção do Plano Regional de Educação Permanente da Região do Vale do Rio Guaribas

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Como toda ação humana, toda pesquisa tem riscos. No caso deste projeto de pesquisa os riscos são mínimos, como: Possível constrangimento, desconforto com alguma pergunta da entrevista. Há um risco, entretanto, que é comum a todas as pesquisas com seres humanos: o risco de quebra de sigilo.

Sua entrevista ajudará para o conhecimento em profundidade da política de educação permanente em saúde no Piauí, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá informações sobre pensamentos, ações e sentimentos que expressam a realidade vivenciada, servindo para explicar, justificar e questionar essa realidade contribuindo para o aprimoramento da política.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de grande relevância. Projeto e documentos obrigatórios com escrita clara e objetiva.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentadas todas as declarações de demais documentações exigidas pelo sistema CEP/CONEP.

**Recomendações:**

Recomendações do CEP

1. O CEP recomenda a inclusão do título do projeto na carta de anuência;

2. Que seja atualizado o cronograma, esse documento pode ser enviado na forma de notificação ou na ocasião de envio do relatório parcial;

**Endereço:** Av. Prof. Moraes Rego, s/nº

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 50.670-420

**UF:** PE

**Município:** RECIFE

**Telefone:** (81)2101-2639

**Fax:** (81)2101-2639

**E-mail:** comiteetica@cpqam.fiocruz.br



FIOCRUZ/ CPQAM - CENTRO  
DE PESQUISAS AGGEU  
MAGALHÃES



Continuação do Parecer: 2.735.984

3. Deverá acrescentar no TCLE a forma de contato com o CEP. sugerimos o seguinte texto:

"Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste centro de pesquisas, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.670-420, através do telefone (81) 2101-2639 ou pelo e-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br. O horário de funcionamento é das 08:00 – 12:00 h / 13:00 – 15h. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos."

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O referido projeto apresenta todas as informações necessárias para compreensão do estudo, assim como também apresenta as documentações e declarações exigidas pelo sistema CEP/CONEP.

O CEP chama a atenção para que sejam observadas as recomendações acima.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1113608.pdf	16/04/2018 23:26:00		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_na_Integra.pdf	16/04/2018 23:25:22	JULIANA KATARINA CADENA DA SILVA	Aceito
Outros	Declaracao_da_Equipe_do_Projeto.pdf	16/04/2018 23:24:06	JULIANA KATARINA CADENA DA SILVA	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia.pdf	16/04/2018 23:22:58	JULIANA KATARINA CADENA DA SILVA	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes.pdf	16/04/2018 23:22:21	JULIANA KATARINA CADENA DA SILVA	Aceito
Outros	Declaracao_de_compromisso_para_e	16/04/2018	JULIANA KATARINA	Aceito

**Endereço:** Av. Prof. Moraes Rego, s/nº

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 50.670-420

**UF:** PE

**Município:** RECIFE

**Telefone:** (81)2101-2639

**Fax:** (81)2101-2639

**E-mail:** comiteetica@cpqam.fiocruz.br



FIOCRUZ/ CPQAM - CENTRO  
DE PESQUISAS AGGEU  
MAGALHÃES



Continuação do Parecer: 2.735.984

Outros	ntrega_de_relatorios_parcial_e_final.pdf	23:21:46	CADENA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	16/04/2018 23:19:21	JULIANA KATARINA CADENA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	16/04/2018 23:18:48	JULIANA KATARINA CADENA DA SILVA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RECIFE, 26 de Junho de 2018

---

**Assinado por:**  
**Janaina Campos de Miranda**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Prof. Moraes Rego, s/nº  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** comiteetica@cpqam.fiocruz.br