

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

Thayse Cavalcante Barros

**POLITICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DA VI REGIONAL DE SAÚDE DE  
PERNAMBUCO**

Recife  
2020

Thayse Cavalcante Barros

**POLITICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DA VI REGIONAL DE SAÚDE DE  
PERNAMBUCO**

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

Orientadora: Profa. Dra. Kátia Rejane de Medeiros

Recife

2020

**Catálogo na fonte: Biblioteca Luciana Borges Abrantes dos Santos  
Instituto Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz**

---

B277p Barros, Thayse Cavalcante.  
Política de educação permanente da VI Regional de Saúde de Pernambuco/Thayse Cavalcante Barros.— Recife: [s. n.], 2020.

90 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.  
Orientadora: Kátia Rejane de Medeiros.

1. Educação continuada. 2. Educação em saúde. 3. Política de saúde. 4. Regionalização da saúde. I. Medeiros, Kátia Rejane de. II. Título.

CDU 37:61

---

Thayse Cavalcante Barros

**POLITICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DA VI REGIONAL DE SAÚDE DE  
PERNAMBUCO**

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

Aprovada em: 16 de dezembro de 2020.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Kátia Rejane de Medeiros  
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

---

Profa. Dra. Cinthia Kalyne de Almeida Alves.  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Profa. Dra. Wanessa da Silva Gomes  
Universidade de Pernambuco

*A minha família.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço principalmente a Deus, pela graça e oportunidades a mim concedidas.

À minha mãe, pelo apoio desde sempre em minha jornada estudantil.

Ao meu namorado e companheiro de vida, que me apoia sempre e acredita em meu potencial, me incentivando continuamente para o crescimento pessoal e profissional.

Agradeço, em especial, à minha orientadora, Kátia, que apesar de todas as minhas dificuldades não me deixou desistir, me apoiou muito mais que uma orientadora, foi aconselhadora, incentivadora, paciente e persistente.

Aos meus colegas do Mestrado, sou grata por todos os momentos compartilhados, dentro e fora da sala de aula, trocas de conhecimento e muita cumplicidade.

A todos os professores e funcionários do Instituto Aggeu Magalhães, pela contribuição e aprendizado.

Agradeço, ainda, a Janaina, colega de mestrado que, mesmo não conhecendo pessoalmente, foi de muita ajuda e troca de conhecimentos mútuos.

A todos aqueles que, de alguma maneira, colaboraram e tornaram possível a realização deste trabalho.

Divido a alegria da conquista de mais uma etapa de minha vida estudantil.

“Nossa maior fraqueza está em desistir. O caminho  
mais certo de vencer é tentar mais uma vez”  
(EDISON, 1879).

## RESUMO

BARROS, Thayse Cavalcante. **Política de educação permanente da VI Regional de Saúde de Pernambuco**. 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

O Ministério da Saúde propôs a educação permanente como estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e do controle social no setor da saúde. Em 2007, foi publicada a Portaria nº 1996/2007, com o objetivo de normatização para a organização dos processos de gestão da educação na saúde, nas diferentes esferas. Houve um avanço na política no âmbito regional, por meio da criação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) e a criação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES). A CIES é a instância de articulação regional interinstitucional que, juntamente com a Comissão Intergestora Regional (CIR), conduz a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Em Pernambuco, a estruturação da política foi iniciada em 2008, com a criação de cinco CIES que, posteriormente, foram ampliadas para as 12 regionais de saúde do Estado, além da comissão estadual. Assim, o presente estudo objetivou compreender o processo de construção da educação permanente em saúde, na VI Região de Saúde de Pernambuco. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e quantitativa. A coleta de dados ocorreu por meio de análise documental e aplicação de questionário, desenvolvido no *Google Forms* e enviado aos gestores dos 13 municípios da regional, bem como para todos os membros ativos da CIES. Os dados dos questionários foram investigados por análise de estatística e, para as perguntas abertas (optativas), recorreu-se à análise de conteúdo, na perspectiva de Laurence Bardin. Constatou-se que, apesar de passados mais de 10 anos desde a implantação da Política de Educação Permanente em Saúde, a VI regional de saúde passa ainda por várias dificuldades para sua consolidação, não tendo um processo acabado de implementação, passando por várias dificuldades destacando-se principalmente a questão do financiamento. Existe pouca interação e conhecimento da importância da educação permanente em saúde por parte dos gestores, que ainda confundem os termos educação continuada e educação permanente.

Palavras-chave: Educação Permanente; Educação em Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Regionalização.



## ABSTRACT

BARROS, Thayse Cavalcante. **Permanent education policy of the Pernambuco Health VI Regional. 2020.** Dissertation (Professional Master in Public Health) - Aggeu Magalhães Institute, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2020.

The Ministry of Health proposed permanent education as a strategy for transforming training, care, management, policy-making, popular participation and social control practices in the health sector. In 2007, the GM / MS decree is published No. 1996/2007 with the objective of standardization for the organization of health education management processes, in different spheres. There was an advance in politics at the regional level, through the creation of the Regional Management Co-ordinates (CGR) and the creation of the Permanent Commissions for Teaching-Service Integration (CIES). CIES is the instance of regional interinstitutional articulation that, together with the Regional Intergovernmental Commission (CIR), conducts the National Policy for Permanent Education in Health. In Pernambuco, the structuring of the Policy was initiated in 2008, with the creation of five CIES, which was later expanded to the 12 regional health departments in the state, in addition to the state commission. Thus, the present study aimed to understand the process of construction of Permanent Education in Health, in the VI Health region of Pernambuco. This is a study with a qualitative and quantitative approach. Data collection took place through document analysis and the application of a questionnaire developed in Google Forms, which was sent to the managers of the 13 municipalities in the region and to all active members of CIES. The questionnaire data were analyzed by statistical analysis and for open questions (optional), Content Analysis was used in the perspective of Bardin (2009). It was found that despite the fact that more than 10 years have passed since the implementation of the Permanent Health Education Policy, the VI regional health sector still faces several difficulties for its consolidation, not having a finished process of implementation, and going through several difficulties, especially the issue of financing. There is still little interaction and knowledge of the importance of EPS on the part of managers, they confuse the terms continuing education and permanent education.

Keywords: Permanent Education; Health Education; Public Health Policy; Regional Health Planning.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Mapa da VI Região de Saúde de Pernambuco. ....	30
<b>Quadro 1</b> – Membros da CIES que responderam os questionários. ....	32
<b>Quadro 2</b> – Programa de residências com vagas na VI regional .....	35
<b>Quadro 3</b> – Matriz de Estratégias do PAREPS da VI regional 2010. ....	40
<b>Quadro 4</b> – Composição da CIES regional. ....	43
<b>Quadro 5</b> – Distribuição das reuniões da CIES da VI regional no período de 2014 a 2018 .....	44
<b>Quadro 6</b> – Conhecimento dos gestores sobre a diferença entre Educação continuada e Educação Permanente, na VI Regional de Saúde de Pernambuco.....	54

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Identificação dos gestores da VI Regional saúde de Pernambuco, no ano de 2019. ....	47
<b>Tabela 2</b> – Organização do setor de Educação Permanente em saúde nos municípios da VI Regional saúde de Pernambuco, no ano de 2019. ...	48
<b>Tabela 3</b> – Foco operacional, principais dificuldades enfrentadas para desenvolvimento da política de EPS e aspectos positivos do Plano Regional de EPS da VI regional de saúde de Pernambuco, no ano de 2019. ....	50
<b>Tabela 4</b> – Recursos financeiros da política de Educação Permanente da VI Regional saúde de Pernambuco, no ano de 2019. ....	52
<b>Tabela 5</b> – Atores Envolvidos e amplitude de inserção na CIES da VI Regional saúde de Pernambuco, no ano de 2019. ....	53
<b>Tabela 6</b> – Identificação dos membros da VI Regional saúde de Pernambuco, no ano de 2019. ....	56
<b>Tabela 7</b> – Organização da CIES da VI Regional saúde de Pernambuco, no ano de 2019. ....	57
<b>Tabela 8</b> – Foco Operacional da CIES da VI Regional saúde de Pernambuco, no ano de 2019. ....	58
<b>Tabela 9</b> – Recursos financeiros da política de Educação Permanente e Atores envolvidos da VI Regional saúde de Pernambuco, no ano de 2019. ...	60
<b>Tabela 10</b> – Questões optativas sobre a CIES da VI Regional saúde de Pernambuco, no ano de 2019. ....	61

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AESA	Autarquia do Ensino Superior de Arcoverde
AESA	Autarquia de Ensino Superior de Arcoverde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEAPE	Centro de Estudos e Aperfeiçoamento Profissional de Pernambuco
CEP	Comitê de Ética de Pernambuco
CETA	Centro de Ensino Técnico de Arcoverde
CGRs	Colegiados de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIES	Comissões Comissão Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CIR	Comissão Intergestora Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselhos Municipais de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DEGTES	Diretoria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
EC	Educação continuada
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESPPE	Escola de Saúde Pública de Pernambuco
ESSA	Escola de Ensino Superior de Saúde de Arcoverde
FORMASUS	Programa de Formação do Sistema Único de Saúde
GERES	Gerencia Regional de Saúde
HEMOPE	Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano

IE	Instituições de Ensino
LACEN	Laboratório Central de Saúde pública
LAFEPE	Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio a Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAREPS	Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PEEPS	Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde
PEP	Política de Educação Permanente
PEPS	Plano de Educação Permanente em Saúde
PES	Pano Estadual de Saúde
RAG	Relatório Anual de Gestão
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PRMSC	O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes de Saúde
PROFAE	Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem
PROGESUS	Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS
PROMED	Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
REGESUS	Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do SUS
RH	Recursos Humanos
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
UPAE	Unidades de Pronto Atendimento Especialidades
UPE	Universidade de Pernambuco
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	199
2.1	OBJETIVO GERAL.....	19
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	19
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	20
3.1	RECURSOS HUMANOS E A FORMAÇÃO PARA O SUS.....	20
3.2	A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE .....	23
3.3	PROCESSOS DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL E EM PERNAMBUCO.....	27
<b>4</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	29
4.1	DESENHO DO ESTUDO.....	29
4.2	LOCAL DO ESTUDO .....	29
4.3	PERÍODO DO ESTUDO.....	30
4.4	COLETA DE DADOS .....	31
<b>4.4.1</b>	<b>Análise documental</b> .....	31
<b>4.4.2</b>	<b>Questionário</b> .....	31
<b>4.4.3</b>	<b>Análise de dados</b> .....	32
4.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	33
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	34
5.1	A EVOLUÇÃO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA VI REGIONAL.....	34
<b>5.1.1</b>	<b>Caracterização da VI regional de saúde de PE e da rede educacional</b> .....	34
<b>5.1.2</b>	<b>Política de Educação Permanente em Pernambuco e na VI Regional de Saúde</b> .....	37
5.2	IDENTIFICAÇÃO DA CIES REGIONAL E SEU FUNCIONAMENTO.....	41
<b>5.2.1</b>	<b>Caracterização da CIES</b> .....	42
5.3	DESCRIÇÃO SOBRE O CONHECIMENTO DOS GESTORES MUNICIPAIS E MEMBROS DA CIES SOBRE A POLÍTICA EP EM SUA REGIÃO.....	45
<b>5.3.1</b>	<b>Conhecimento dos gestores</b> .....	45
5.3.1.1	Perfil dos gestores.....	45

5.3.1.2	Foco organizacional .....	47
5.3.1.3	Foco operacional .....	49
5.3.1.4	Recursos envolvidos .....	51
5.3.1.5	Atores envolvidos .....	52
5.3.1.6	Optativas .....	53
<b>5.3.2</b>	<b>Conhecimento dos Membros</b> .....	<b>55</b>
5.3.2.1	Perfil dos Membros da CIES .....	55
5.3.2.2	Foco organizacional .....	57
5.3.2.3	Foco operacional .....	57
5.3.2.4	Recursos envolvidos .....	58
5.3.2.5	Atores envolvidos .....	59
5.3.2.6	Optativas .....	60
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>62</b>
	<b>REFERENCIAS</b> .....	<b>63</b>
	<b>APÊNDICE A – PROJETO DE INTERVENÇÃO</b> .....	<b>69</b>
	<b>ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP/CPQAM)</b> .....	<b>86</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) provocou profundas mudanças no acesso à saúde, mas ainda não é o bastante. Para que novas modificações ocorram, é preciso haver também alterações na formação e no desenvolvimento dos profissionais da área. O Ministério da Saúde propôs a educação permanente como estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e do controle social no setor da saúde (LIMA; ALBUQUERQUE; WENCESLAU, 2014).

Como França (2016) constatou que a implementação das políticas públicas de recursos humanos em saúde, na perspectiva de um sistema político democrático, no Brasil contemporâneo, vem colocando em pauta a necessidade de entender o binômio trabalho e educação, sob um novo olhar. Geralmente, o foco é na educação como eixo transformador e como estratégia mobilizadora de recursos e poderes, no que se refere à política de educação permanente dos trabalhadores da saúde.

A concretização da Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia primordial para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e participação da sociedade no setor da saúde, torna-se a grande ambição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). A aposta no desenvolvimento da educação em serviço como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde deve, em meios a outras ações, ser uma forma de superar o desafio de concretização da EP nos serviços de saúde (PERES; SILVA; BARBA, 2016).

As bases legais 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 ordenar a formação dos recursos humanos na área de saúde. A Lei nº 8.080/90 traz explícita, em seu título IV, artigo 27, a necessidade de articulação entre as esferas de governo, para a formalização e execução da política de recursos humanos. Ainda, a Lei nº 8.142/90 institui 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, 1990a, 1990b).

Apesar da existência de uma política que reconhece os direitos dos recursos humanos da área da saúde, houve a ânsia da criação de uma política que suprisse a

necessidade de profissionais capacitados, para qualificar as ações de saúde. Foi então que, em 2003, o Ministério da Saúde lançou a Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS, baseada na proposta de educação permanente (BRASIL, 2009). Em 2007, é publicada uma portaria com o objetivo de normatização para a organização dos processos de gestão da educação na saúde, nas diferentes esferas (BRASIL, 2009).

A Portaria nº 1.996/2007, do Ministério da Saúde, reitera a educação permanente como “conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde” (BRASIL, 2007).

Por meio da criação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) e a criação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIESs), instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes, que participam da formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS, houve um avanço na política no âmbito regional (FRANÇA, 2016).

A CIES é a instância de articulação regional interinstitucional que, juntamente com a Comissão Intergestora Regional (CIR), conduz a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, rompendo com a verticalidade das ações e formando rodas para o diálogo e negociação entre os atores das ações, SUS e das Instituições de Ensino (IE), ocasionando, além de mudanças estruturais, mudanças na imagem do sistema de saúde e na sua operacionalidade (BRASIL, 2007).

Segundo Steyer, Cadoná e Weigelt (2017), a portaria, apesar de ter atribuído um papel relevante aos colegiados de gestão no planejamento e na execução de uma política regional de educação permanente em saúde, atribuiu grande importância para as CIESs, como um espaço político (regional) estratégico na formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde.

Em Pernambuco, apesar da política ter sido criada em 2007, a sua estruturação ocorreu em 2008, iniciando-se com a criação de cinco CIESs, que foram posteriormente ampliadas para as 12 regionais de saúde do Estado, além da comissão estadual. A proposta da Política de Educação Permanente em Saúde contempla os componentes de investimento da formação, na modalidade de residência, e o fortalecimento da Escola de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE) (FRANÇA, 2016).

Viana (2008) ressaltou que, de maneira geral, as CIESs se desarticularam e tiveram atuação pouco expressiva na implementação da política de EP nos estados. Além disso, identificou a necessidade de trabalhar, junto às CIES, seu papel de articulação macrorregional.

A ausência de conhecimento dos gestores sobre o que é a EPS e sobre a importância das práticas educativas para qualificar a assistência em saúde, tem gerado, muitas vezes de forma oculta, barreiras que fragilizam ou impedem sua implantação na região (KLEBA *et al.*, 2017).

A posição adotada pelos gestores em relação às CIESs é dúbia. Quando eles reconhecem como atribuições da CIES a importância da educação como elemento de desenvolvimento pessoal, institucional e social, entre outros fatores, comportam-se pelo incentivo, facilitação e participação dos programas educativos. No entanto, quando os gestores desconhecem as propostas de EPS e utilizam a política erroneamente, como a partidarização das ações e opções imediatistas, com ênfase nas ações curativas, observa-se que não há incentivos nem facilitação dos programas educativos, ocorrendo, então, restrições à participação da CIES ou nas ações de EP (SILVA; LEITE; PINNO, 2014; VIANA, 2008).

Diante dos relatos existentes, nos diversos estudos, sobre as desorganizações da CIES e falta de interesse e conhecimento dos gestores municipais na condução e implementação da Educação Permanente, dificultando o avanço da PNEPS, despertou o interesse de utilizar a VI Regional de Saúde de Pernambuco como objeto de estudo (GONZAGA, 2018; KLEBA *et al.*, 2017; SILVA; LEITE; PINNO, 2014).

Nesse sentido, diante dos desafios que são encontrados em relação à condução da Política de Educação Permanente, tem-se como perguntas: como tem sido conduzida a Política de Educação de Permanente da VI Regional de Saúde de Pernambuco? Qual o conhecimento de Gestores e membros da CIES em relação à EP?

## 2 OBJETIVOS

Nesta seção, estão apresentados os objetivos desta pesquisa, organizados em objetivo geral e objetivos específicos.

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Esta pesquisa teve como objetivo geral compreender o processo de construção da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, na VI região de Saúde de Pernambuco.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Como objetivos específicos, tem-se:

- a) descrever a evolução da Política de Educação Permanente na VI Regional;
- b) investigar a concepção que os gestores municipais da VI região de Saúde de Pernambuco possuem sobre a Educação Permanente em Saúde;
- c) investigar as concepções que os membros da CIES da VI região de Saúde de Pernambuco possuem sobre a Educação Permanente em Saúde;
- d) elaborar uma cartilha para gestores e membros da CIES potencializando a política de Educação permanente na Regional de saúde.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para a discussão do objeto de estudo aqui tratado, optou-se por iniciar abordando a temática dos recursos, seguindo de forma cronológica os avanços da Educação permanente no Brasil.

#### 3.1 RECURSOS HUMANOS E A FORMAÇÃO PARA O SUS

A 3ª Conferência Nacional de Saúde, em 1963, e a 4ª Conferência Nacional de Saúde, em 1967, já trouxeram conceitos para a educação como processo de desenvolvimento de trabalhadores do nível médio e reafirmaram que tal desenvolvimento deveria gerar, não apenas elementos técnicos, mas também consciência de seu trabalho (COSTA, 2006).

A discussão, na 3ª Conferência Nacional de Saúde, contemplou os seguintes temas: situação sanitária da população brasileira; distribuição das atividades médico-sanitárias, no âmbito federal, estadual e municipal; municipalização dos serviços de saúde; e fixação de um Plano Nacional de Saúde (BRASIL, 1963).

A 4ª Conferência Nacional de Saúde trouxe como tema central “Recursos humanos para atividades de saúde”, quando o ministro da saúde ressaltou, em sua fala, a importância dos educadores se tornarem mais sanitaristas e os sanitaristas mais educadores. Foi naquele momento que se apresentou a necessidade de formação dos trabalhadores na área da saúde (BRASIL, 1967).

A partir da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi recomendada uma conferência específica para tratar assuntos referentes a recursos humanos. A 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, que aconteceu em 1986, confirmou dois princípios básicos: a responsabilidade do Estado com a educação e a oferta gratuita do ensino em todos os níveis; e a integração ensino-serviço, como estratégia central para responder às demandas epidemiológico-sociais do país (SCHOTT, 2008).

A Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990a), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, deixa claro, em diversos artigos, a ação educacional como atribuição dos órgãos de gestão do SUS, abrangendo aspectos relacionados com: a formulação e execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a

saúde; a realização de pesquisas e de estudos na área da saúde, com produção de conhecimentos científico e tecnológico e atualização técnico-profissional; e a disponibilização dos serviços de saúde como campo para o ensino e a pesquisa.

Compete ao SUS, em termos de lei, contido no art. 200 da Constituição Federal de 1988, ordenar a formação em recursos humanos na área da saúde, sendo que a saúde é determinada por vários fatores, entre eles a educação, o trabalho, o meio ambiente, o acesso aos bens e serviços essenciais, e sempre condicionados ao bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990a).

Desde a implantação do SUS, já se vislumbravam dificuldades para a construção de um novo modelo de atenção à saúde, podendo se destacar as questões de recursos humanos (RH) e, em particular, seu componente de desenvolvimento, com demandas de qualificação e requalificação da força de trabalho (MOTTA; BUSS; NUNES, 2011).

Araújo, Miranda e Brasil (2007) lembram que o SUS foi criado com a finalidade de proporcionar atenção integral à saúde, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças. No entanto, o que existe presente nos serviços de saúde são práticas baseadas no diagnóstico e tratamento, impermeáveis ao controle social, e com profissionais que apresentam dificuldades em trabalhar em equipe. Portanto, o modelo de formação hospitalocêntrico e fragmentado, baseado em uma metodologia não problematizadora, dificulta a formar profissionais aptos para trabalhar de acordo com o que é proposto pelo SUS.

Com a expansão do sistema de saúde brasileiro, ocorreu a necessidade de desenvolvimento de mão de obra para os serviços, ocasionando o surgimento de diversos programas de formação, que buscaram construir modelos comprometidos com o serviço da saúde (COSTA, 2006).

A Norma Operacional Básica (NOB), NOB-RH/SUS, aprovada na 11ª Conferência Nacional de Saúde, em 2000, teve como tema Recursos Humanos, com seis eixos de discussão: Política Nacional de Recursos Humanos para o SUS; Desenvolvimento de Trabalhadores em Saúde; Política de Saúde; Formação de Pessoal para a Saúde; Relações de Trabalho e Processos de Educação para o SUS (BRASIL, 2001).

Em 2002, seis meses antes da 12ª Conferência Nacional de Saúde, o Decreto nº 4.726 criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES),

composta pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e o Departamento de Gestão do Trabalho na Saúde (DEGETS) (SCHOTT, 2008).

Nessa lógica, as várias instâncias do SUS teriam um papel indutor de mudanças nas práticas de saúde e no campo da formação profissional. (BRASIL, 2004).

Schott (2018) diz que, dentre as ações da SGETS, destacam-se: em 2003, o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS); em 2004, a instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS); em 2005, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE); e em 2006, a Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do SUS (REGESUS) e o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS).

O SUS tem assumido papel ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva, sendo capaz de trazer mudanças importantes nos modos de ensinar e aprender, entretanto não foi capaz de formular mudanças significativas no modo de fazer formação (CECCIM, 2005b).

Com intuito de realizar a aproximação entre instituições formadoras e serviços do SUS, foram criados diversos programas como: Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS); Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED); Programa de Capacitação e Formação em Saúde da Família; Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (PROFAE); Programa de Aperfeiçoamento ou Especialização de Equipes Gestoras; Programa de Formação de Conselheiros de Saúde, entre outros (CECCIM, 2005b).

Esses programas buscaram reorientar as estratégias e os modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva, após o advento do SUS até o ano de 2002, e tiveram o intuito de provocar importantes mudanças nas estratégias e modos de ensinar e aprender (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Os programas promoveram também uma aproximação entre as instituições formadoras e as ações e serviços do SUS, estimulando o fortalecimento do movimento por mudanças no processo de formação e, ainda, introduziram mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e de cuidado em saúde, porém continuaram trabalhando de forma desarticulada (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

O Ministério da Saúde ressalta que, apesar de terem realizado a aproximação entre as instituições de ensino e os serviços do SUS, estimulando o fortalecimento do movimento por mudanças no processo de formação, os programas criados continuaram trabalhando de forma desarticulada ou fragmentada e tiveram limitada capacidade de produzir impacto sobre as instituições formadoras, no sentido de alimentar os processos de mudança e promover alterações nas práticas dominantes no sistema de saúde, já que se manteve a lógica programática das ações ou das profissões (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011b).

### 3.2 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Por iniciativa da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), surgiu, na década de 1980, a proposta de EPS, com o propósito de capacitar e desenvolver os recursos humanos em saúde (MICCAS; BATISTA, 2014). No Brasil, a EPS foi lançada como política nacional em 2003, mas institucionalizada com a publicação da Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, operacionalizada por novas práticas pedagógicas e de saúde e objetivando a transformação das práticas (STROSCHEIN; ZOCCHÉ, 2011).

Ceccim (2005a) afirma que, no Brasil, o conceito de EP foi fundamentado do termo Educação Popular, que teve como expoente a obra de Paulo Freire, iniciada com a alfabetização de adultos, seguindo com a noção de aprendizagem significativa, perpassando por princípios que centralizam a educação como disparador para conscientização e prática da liberdade e mudança, até a sua produção pedagógica, que dialoga com o oprimido, a esperança, o conflito, a indignação e a autonomia.

Foi aprovada, em 2007, a Portaria no 1.996/07, que definiu novas diretrizes e estratégias para a implementação da PNEPS e instituiu a sua condução pelos CGRs, com apoio das CIEs formadas por representantes da gestão, atenção, ensino e controle social, e que os planos estaduais devem conter as ações de EPS previstas, cujos pressupostos refletem as diretrizes da PNEPS (BRASIL, 2007).

O artigo 1º da PNEPS, afirma que a “condução local/regional será efetivada mediante um Colegiado de Gestão configurado como Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instância interinstitucional e local/regional/roda de gestão)”



(BRASIL, 2004, art.1º, p.2.) e tem como sete funções principais: a identificação das necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, construindo estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde; a mobilização para formação de gestores de sistemas, ações e serviços para a integração da rede de atenção como cadeia de cuidados progressivos à saúde; a formação de políticas e o estabelecimento de negociações interinstitucionais e intersetoriais; o estímulo a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino; a formulação de políticas de formação e desenvolvimento de formadores e de formuladores de políticas em cada base local; o estabelecimento de pactuação e a negociação permanente entre docentes e estudantes da área da saúde; o estabelecimento de relações cooperativas com as outras articulações locais nos estados e no País. (BRASIL, 2004).

A lei prevê a constituição de comissões permanentes, com a finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada e para a pesquisa. Estabelece, ainda, que as atribuições devem ser realizadas articuladamente entre as diferentes esferas de governo e em cooperação técnica com instituições de ensino (GIGANTE; CAMPOS, 2016).

O financiamento da EPS também está previsto na portaria n. 1.996/2007, o que assegura o suporte econômico e financeiro para a efetivação da política (BRASIL, 2007).

O objetivo central da política foi de que os trabalhadores atuassem com um conceito ampliado de saúde e que os aspectos biológicos não são os únicos que necessitam de atualização e determinam o processo saúde-doença ou as chances de sucesso terapêutico. Também era desejo da política que os trabalhadores desenvolvessem recursos de educação, para levar em conta todas as dimensões e fatores que regulam, qualificam e modificam o trabalho (CECCIM, 2005a).

A EPS tem por base os pressupostos da aprendizagem significativa, que devem ser orientadores das ações de desenvolvimento profissional e das estratégias de mudança das práticas de saúde, e deve ser entendida como um conceito pedagógico que relaciona ensino, serviço, docência e saúde, contribuindo para o desenvolvimento profissional, a gestão setorial e o controle social, (LEMOS; FONTOURA, 2009).

De acordo com Ceccim (2005a), elementos realmente importantes na EPS são: sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de Saúde;

sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços; e a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram autoanálise, autogestão, implicação e mudança.

Assim, a EPS apresenta-se como uma estratégia de educação na saúde que tem um olhar sobre as necessidades da população, configurando-se como um processo de gestão participativa e transformadora, que inclui instituições de ensino, trabalhadores, gestores e usuários, conformando o “quadrilátero da formação” (PESSÔA *et al.*, 2013).

A EPS destina-se ao desenvolvimento integral dos sujeitos e a qualificação dos trabalhadores, no sentido de desenvolver potencialidades pessoais, sociais e profissionais. No entanto, precisa-se dizer que a educação preconizada pela EPS transcende o aperfeiçoamento técnico. Nela incluem-se o direito à cidadania, garantias de saúde, condições dignas de trabalho e possibilidades de ascensão profissional (SILVA; LEITE; PINNO, 2014).

As CIESs têm um papel preponderante na condução da PNEPS, pois são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, da condução e do desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007). Devem ter, em suas composições, os gestores municipais, estaduais e do Distrito Federal e, dependendo das especificidades regionais, podem contar com os gestores estaduais e municipais de educação, os representantes dos trabalhadores do SUS e, ainda, as instituições de ensino com cursos na área da saúde e os movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2007).

A forma como a CIES é organizada a coloca em uma posição de subordinação em relação aos Colegiados de Gestão Regional (CGR), o que dificulta o engajamento dos trabalhadores na elaboração de propostas de ações educativas capazes de reorientar os trabalhadores para refletirem sobre seu fazer e, conseqüentemente, repensarem a organização dos seus espaços de trabalho e os serviços de saúde (BARRIOS, 2009).

As CIESs regionais têm a sua disposição um orçamento próprio para o financiamento das propostas educativas, contidas nos planos regionais de educação permanente em saúde (SILVA; LEITE; PINNO, 2014). Apesar do avanço representado pela adoção do mecanismo de transferência fundo-a-fundo, algumas dificuldades se mantiveram. Persistiram as dúvidas da gestão financeira, principalmente sobre a

contratação de serviços na área de educação, especificamente em relação à Instrução Normativa do Tribunal de Contas da União, que impede a remuneração de funcionários públicos nas atividades de EPS. Isso faz com que seja necessário ter um “intermediador”, seja para o repasse dos recursos ou para a efetivação das ações (FERRAZ *et al.*, 2013).

Para Ferraz *et al.* (2013), a descentralização do financiamento da PNEPS enfrenta suas dificuldades, agravadas pelo fato de que as diferentes instâncias do SUS geraram mecanismos ágeis para o financiamento e contratação de ações e serviços de saúde, porém não gerou para as ações e serviços educacionais.

Após a criação da PNEPS, apesar de ter sido registrada várias experiências exitosas de articulação da educação em gestão para a reformulação das práticas, muitos limites e dificuldades se apresentaram em relação a estruturação e o funcionamento dessa política. A distribuição dos polos foi desigual, nas diversas regiões do país, principalmente pela dificuldade na pactuação entre instituições formadoras, gestores e serviços (FIGUEIREDO, 2012).

De acordo com Kleba *et al.* (2017), possivelmente, o que contribui para fragilização e descaracterização da PNEPS é a criação de diferentes dispositivos ministeriais no âmbito da educação em saúde no Brasil, sem indicar, de forma explícita, a articulação com a política. O resgate da ideia central da roda, implicada na formulação da PNEPS, é fundamental, uma vez que se propõe movimentos circulares e horizontais de diálogo, envolvendo ensino, gestão, cuidado e controle social, tanto como segmentos que pensam, propõem e executam, de forma cooperativa, ações educativas quanto como sujeitos comprometidos com mudanças efetivas nos modos de ensinar, gerir, cuidar e participar em saúde.

Gigante e Campos (2016) consideram, em seu estudo, que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde enfatiza a necessidade de mudanças na metodologia dos processos de formação em saúde. Inscrevem-se na lógica de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, ao explicitar princípios pedagógicos, a exemplo da aprendizagem significativa, como referenciais pedagógicos inovadores e necessários para a promoção de mudanças, visando as práticas integradoras e democráticas.

### 3.3 PROCESSOS DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL E EM PERNAMBUCO

A questão da regionalização passa a se destacar no debate setorial ao final da década de 90, particularmente no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (SOUZA, 2001). Com a criação da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB SUS) 01/96, ocorreram grandes avanços no âmbito da descentralização político-administrativa. O fortalecimento dos gestores locais e as mudanças na organização da atenção básica evidenciaram a necessidade de maior articulação entre os sistemas municipais e do fortalecimento das secretarias estaduais de saúde, na sua função reguladora, para assegurar a organização de redes assistenciais regionalizadas, hierarquizadas e resolutivas, que propiciem resultados positivos para a saúde da população (SOUZA, 2001).

Em janeiro de 2001, foi publicada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS SUS) 01/01, fruto de debates entre o Ministério da Saúde, as representações nacionais dos secretários estaduais e municipais de saúde e o Conselho Nacional de Saúde.

O Decreto nº 7.508 previu a organização das regiões em redes de atenção à saúde, com resolutividade locorregional, e veio reafirmar a regionalização como estratégia para o reordenamento da política de saúde, configurando-se como regulador da estrutura organizativa do SUS, do planejamento em saúde, da assistência e da articulação interfederativa. (BRASIL, 2011a). O avanço proposto pelo decreto foi a ampla participação da gestão municipal nas decisões, por meio da Comissão Intergestores Regional (CIR) e o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), que prevê o planejamento regional integrado e ascendente (MEDEIROS *et al.*, 2017).

A CIR é um espaço com potencial de desenvolver a capacidade institucional para o planejamento e a coordenação territorial regional, voltada para superação de interesses corporativos e criação de uma governança local, baseada em solidariedade, democratização da decisão e cooperação intergovernamental (VIANA, 2015).

É importante refletir sobre dividir e regionalizar responsabilidades, por meio de uma gestão compartilhada, efetivando a complementaridade do sistema de saúde, através de atitudes e vontade política solidárias nas relações entre os entes federados,

considerando a melhoria do sistema de saúde através do modelo de regionalização (REIS, 2010).

Em Pernambuco, no ano de 2009, foi iniciado o movimento de construção da regionalização da saúde. O processo foi iniciado pela necessidade de redefinir a conformação territorial do Estado, reorganizando as regiões de saúde a partir da elaboração de um novo Plano Diretor de Regionalização (PDR). Foi homologada em Comissões Intergestores Bipartite (CIB), no ano de 2011, a nova conformação territorial da saúde, que organiza o Estado em quatro macrorregiões, 12 regiões e 11 microrregiões de saúde (PERNAMBUCO, 2011).

Segundo consta no Plano Estadual de Saúde 2012-2015, o Plano Diretor de Regionalização é um compromisso expresso e tem como objetivo identificar e reconhecer as regiões de saúde, em suas diferentes formas, visando expressar um desenho final, com a finalidade de promover o acesso à saúde com equidade e a qualificação do processo de descentralização, na perspectiva de uma assistência integral de saúde (PERNAMBUCO, 2012).

No ano de 2013, foram pactuados todos os indicadores universais, segundo recomenda o Ministério da Saúde (MS), além dos indicadores pactuados para o COAP de Pernambuco, aprovados em CIB. Destaca-se o indicador 57, que fala sobre a proporção de ações de EP implementadas e/ou realizadas, tendo como fontes o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) (PERNAMBUCO, 2013).

Segundo consta no COAP do ano de 2016, houve avanços na Política de Educação na Saúde do SUS, em Pernambuco, de forma descentralizada e regionalizada, principalmente com a implantação dos programas de residência em área profissional, vinculados a ESPPE, e maior atuação das CIESs Regionais (PERNAMBUCO, 2016).

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo será detalhado o tipo de estudo escolhido, a delimitação da área e identificação da população do estudo, bem como o percurso traçado para produção e análise dos dados.

### 4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem quali-quantitativa. A pesquisa qualitativa tem como objetivo o desenvolvimento de uma rica compreensão do fenômeno, da forma como existe, e é construído pelos indivíduos em seu próprio contexto (MINAYO, 2010). Essa abordagem permite ajustes, conforme os descobrimentos durante a coleta de dados, e exige a permanência do pesquisador em campo por muito tempo, pelo seu intenso envolvimento com a pesquisa.

A pesquisa quantitativa é centrada na objetividade e seus resultados, de acordo com Fonseca (2002), podem ser quantificados, recorrendo-se à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, a relação entre variáveis, entre outras. Utilizando a pesquisa qualitativa e quantitativa, conjuntamente, é possível recolher mais informações do que se poderia conseguir isoladamente.

### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

A Região de Saúde de Arcoverde, em Pernambuco, é formada por treze municípios e possui uma população, estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2010, de 382.602 habitantes. O corte populacional definido para a região está acima daquele preconizado pela literatura como escala mínima de 100 a 150.000 habitantes para o desenho demográfico de uma região de saúde.

A VI Gerência Regional de Saúde (GERES) integra a Macrorregião de Saúde 3, com sede em Arcoverde, e comporta, além da sede, mais doze municípios: Buíque, Custódia, Ibimirim, Pedra, Sertânia, Tupanatinga, Venturosa, Petrolândia, Inajá, Jatobá, Manari e Tacaratu. Sua área territorial cobre 13.706,1 km<sup>2</sup> (Figura 1).

**Figura 1** – Mapa da VI Região de Saúde de Pernambuco.



Fonte: Pernambuco (2013).

A rede de hospitais de referência é composta por Hospital Regional Ruy de Barros Correia, situado na cidade de Arcoverde e o Hospital de Itaparica, na cidade de Jatobá. Uma Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPAE): Deputado Áureo H. Bradley, o Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN), Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (LAFEPE) e a Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (HEMOPE), todos localizados na cidade de Arcoverde.

#### 4.3 PERÍODO DO ESTUDO

O período do estudo compreendeu os anos de 2014 a 2020, porém a análise documental teve como período final o ano de 2018, em decorrência dos documentos disponíveis para pesquisa mais recentes serem daquele ano. A aplicação do questionário ocorreu no ano de 2019, sendo analisado em 2020.

## 4.4 COLETA DE DADOS

O processo de coleta de dados foi realizado a partir da análise documental e aplicação de um questionário.

### 4.4.1 Análise documental

Moreira (2005) define a análise documental como uma técnica que consiste em identificar, verificar e apreciar os documentos, com uma finalidade específica, afirmando que ela deve extrair um reflexo objetivo da fonte original, permitir a localização, identificação, organização e avaliação das informações contidas no documento, além da contextualização dos fatos em determinados momentos.

De acordo com Oliveira (2007), a pesquisa documental consiste na busca e análise de dados, contidos em documentos que não receberam nenhum tratamento analítico científico, como relatórios, reportagens de jornais, revistas, cartas, filmes, gravações, fotografias e outras.

A pesquisa documental foi realizada sobre a legislação a respeito da PNEPS, do Plano estadual de Saúde de Pernambuco (PES), Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) e Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), além de 25 atas de reuniões realizadas no período entre 2014 e 2018 e que foram disponibilizadas para esta pesquisa.

### 4.4.2 Questionário

Segundo Gil (2008), o questionário pode ser definido como uma técnica de investigação, composta por um conjunto de questões apresentadas por escrito às pessoas, que tem por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc.

Os instrumentos foram autoaplicáveis e foram desenvolvidos tendo por base o instrumento validado na pesquisa “Análise da Política de Educação Permanente para o SUS”. A partir dessa pesquisa, elaborou-se dois questionários, compostos pelos blocos: A – Foco Organizacional; B – Foco Operacional; C – Recursos Envolvidos; D – Atores Envolvidos e Amplitude de Inserção; e E – Optativo. O questionário eletrônico



foi desenvolvido na plataforma *Google Forms*, sendo enviado aos gestores dos 13 municípios da regional de saúde e para todos os membros ativos da CIES.

Os participantes que responderam ao questionário foram: 07 gestores municipais, identificados como G1, G2, G3, G4, G5, G6 e G7; e 09 membros da CIES, que estão descritos no quadro 1.

**Quadro 1** – Membros da CIES que responderam os questionários.

<b>MEMBRO DA CIES</b>	<b>SEGUIMENTO</b>
MC1	Representante da VI GERES (Coordenação de Vigilância em Saúde)
MC2	Representante da Secretaria Municipal de Saúde
MC3	Representante de Instituição Pública de Ensino Superior
MC4	Representante de Secretaria Municipal de Saúde
MC5	Representante da Secretaria Municipal de Saúde
MC6	Representante da Secretaria Municipal de Saúde
MC7	Representante da Secretaria Municipal de Saúde
MC8	Representante da VI GERES (Analista em Laboratório)
MC9	Representante dos trabalhadores de nível fundamental

Fonte: A autora, 2020.

#### **4.4.3 Análise de dados**

Em relação aos questionários e análise estatística dos dados, levou-se em consideração os gráficos gerados pelo *Google Forms*, que calculam frequências de distribuição das variáveis em análise.

Para as perguntas abertas (optativas), recorreu-se à Análise de Conteúdo, na perspectiva de Bardin (2009), em que propõe-se uma articulação categorial para identificação de congruências nas falas.

Para Bardin (2009), a técnica de análise de conteúdo se baseia em operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação e, posteriormente, realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias. Essa técnica, segundo Minayo (2010), considera a totalidade do texto na análise, passando-o por um crivo de classificação e de quantificação, segundo a frequência de presença ou ausência de itens de sentido.

A Análise de Conteúdo, na perspectiva de Bardin (2011), orienta a dividir o texto em temas principais. Assim, a análise foi dividida de acordo os temas das perguntas abertas que foram inseridas nos questionários para os gestores e membros da CIES.

A análise consiste na busca de núcleos de sentido no texto, os quais devem representar todo o seu conteúdo (BARDIN, 2011).

Nos resultados, as respostas dos gestores e de membros da CIES são apresentadas em quadros, organizados pelo tema principal, que se referem às perguntas do questionário, e agrupadas por seus respectivos núcleos de sentido. Em seguida, encontram-se as discussões pertinentes a cada um.

Os dados coletados nos questionários serão analisados por estatística descritiva e frequência simples.

#### 4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi realizado em conformidade com a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as normas para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por meio de aceitação eletrônica

A dissertação está vinculada ao projeto de pesquisa: “A Política de Educação Permanente para trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família em Pernambuco, Rio de Janeiro e Bahia: a análise dos trabalhadores e gestores”, aprovado pelo Comitê de Ética de Pernambuco (CEP), sob número 3.199.582.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para fins de análise e discussão, os resultados foram apresentados em três tópicos principais, dada a amplitude do tema e a necessidade de responder a seus objetivos. Buscou-se, inicialmente, descrever a evolução da Política de Educação Permanente na VI Regional de Saúde de Pernambuco, através da caracterização da regional e da Rede Educacional, bem como do processo de implantação da Política da Educação Permanente em Saúde nessa mesma regional.

No segundo momento, da apresentação dos resultados e de sua análise, tornou-se importante identificar a CIES regional, através de sua caracterização e seu funcionamento.

Por fim, foi identificada a concepção dos gestores municipais e membros da CIES sobre a política de educação permanente em sua região, através da análise dos questionários.

### 5.1 A EVOLUÇÃO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA VI REGIONAL

A fim de compreender a implementação da PNEPS, no local estudado, buscou-se contextualizar as características da regional e a evolução histórica dos planos que foram desenvolvidos durante o processo de implantação/implementação da política.

#### 5.1.1 Caracterização da VI regional de saúde de PE e da rede educacional

A região de saúde de Arcoverde é formada por treze municípios e possui uma população, estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2013, de 404.675 habitantes. Possui uma área total de 13.706,1 Km<sup>2</sup>, com densidade populacional de aproximadamente 551,41 habitantes por Km<sup>2</sup>.

Quanto ao índice de desenvolvimento humano (IDH), 8 (oito) municípios têm IDH entre 0,500 a 0,599 (desenvolvimento baixo) e são considerados subdesenvolvidos pela classificação do índice, correspondendo 61,53% da Regional; 4 (quatro) municípios – Arcoverde, Jatobá, Petrolândia e Sertânia – possuem IDH Médio, entre 0,600 a 0,699, correspondendo a 30,76%, classificados

como em desenvolvimento; e apenas 1 (um) com IDH muito baixo (PERNAMBUCO, 2013).

Os municípios de Tupanatinga e Manari possuem os menores valores do IDH, enquanto as menores densidades demográficas estão entre Ibimirim e Sertânia.

O Plano Regional de Saúde 2016/2019 aponta que a Estratégia de Saúde da Família (ESF), naquela região, atende, em média, uma população de 378.675, com cobertura de 80,87%. A rede hospitalar pública ou conveniada ao SUS dispõe de: um hospital com UTI – Hospital Regional Rui de Barros Correia – localizado na sede da microrregional de Arcoverde; duas policlínicas; um ambulatório de especialidades médicas; uma farmácia de medicamentos excepcionais; três hospitais municipais; seis unidades mistas; 14 centros de saúde; três Unidades conveniadas ao SUS; dois hospitais filantrópicos; 11 núcleos de apoio a saúde da família (NASF); seis centros de atenção psicossocial (CAPS) implantados e quatro em fase de implantação; e 113 estratégias de saúde da família.

A rede de educação superior conta com uma universidade pública: um polo da Universidade de Pernambuco (UPE), situado na cidade de Arcoverde. Conta, ainda, com as duas instituições de ensino superior (IES) particulares: Autarquia do Ensino Superior de Arcoverde (AESA) e Escola Superior de Saúde de Arcoverde (ESSA). Duas instituições particulares ofertam cursos técnicos: o Centro de Ensino Técnico de Arcoverde (CETA) e o Centro de Estudos e Aperfeiçoamento Profissional de Pernambuco (CEAPE). A ESSA conta com cursos da área de saúde, a graduação em Farmácia, Psicologia e Fisioterapia.

No campus da UPE, é ofertado o curso de Bacharelado em Odontologia (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, 2019).

A rede de educação conta, ainda, com programas de residências, desenvolvidos na região, para responder a necessidade de formação e fixação de especialistas do SUS, na modalidade Residência em Saúde, de forma regionalizada e descentralizada (Quadro 2):

**Quadro 2** – Programa de residências com vagas na VI regional

			(continua)
ANO	INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR	CURSO DE RESIDÊNCIA	NÚMERO DE VAGAS
2016-2018	ESPPE	Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica	02

2018-2020	ESPPE	Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica	03
-----------	-------	---	----

**Quadro 2** – Programa de residências com vagas na VI regional

			(conclusão)
ANO	INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR	CURSO DE RESIDÊNCIA	NÚMERO DE VAGAS
2016-2018	ESPPE	Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes de Saúde - PRMSC	03
2018-2020	ESPPE	Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes de Saúde - PRMSC	04
TOTAL			12

Fonte: A autora a partir do Edital SUS PE, 2018.

A Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica da ESPPE forma enfermeiros obstetras para a atenção integral à mulher, com ênfase ao ciclo gravídico-puerperal, de forma descentralizada e regionalizada, com perfil humanístico e ético, capazes de atuar como colaboradores na mudança de modelo de atenção ao parto e nascimento no Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para a melhoria da realidade epidemiológica (PERNAMBUCO, 2019).

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (PRMSC), com ênfase em Gestão de Redes de Saúde, da ESPPE, forma sanitaristas com habilidades e competências para atuar em processos de gestão e estruturação de redes de saúde, de forma regionalizada, interdisciplinar e integrada, articulada com os diferentes níveis de gestão e de atenção do Sistema Único de Saúde (PERNAMBUCO, 2018).

No Plano Estadual de Saúde 2016/2019 consta que Pernambuco é um dos estados pioneiros na implantação de programas de residências, atualmente é o principal centro de residência do Norte-Nordeste e um dos principais centros do país. A Diretoria Geral de Educação em Saúde desenvolveu, nos últimos anos, ações no âmbito da graduação e formação técnica em saúde. Em todo o estado, mais de 3 mil vagas de estágio foram oferecidas por ano, para realização de atividades curriculares obrigatórias. Essas atividades são realizadas nas 12 regionais de saúde, compreendendo os hospitais, UPAS, UPA-E, laboratórios e outros serviços.

No mesmo plano, existe também o Programa de Formação do Sistema Único de Saúde, o FormaSUS, que tem por objetivo oferecer bolsas integrais de estudo para alunos oriundos das escolas públicas, matriculados nas instituições privadas de

ensino superior e de ensino técnico que ministram cursos na área de saúde, em contrapartida pela inserção de estudantes dessas instituições no espaço público destinado à prática e formação de profissionais de saúde. Também são ofertados estágios curriculares não obrigatórios – Vivências no SUS PE – pela Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, com intuito de potencializar as vivências dos estudantes de graduação nos serviços de saúde, considerando o papel indutor do ensino no serviço, na formação de profissionais para o SUS, de acordo com as necessidades de saúde da população.

### **5.1.2 Política de Educação Permanente em Pernambuco e na VI Regional de Saúde**

A implantação da Política de Educação Permanente, em Pernambuco, foi iniciada pela Diretoria Geral de Educação em Saúde, por meio da Escola Técnica de Saúde Pública de Pernambuco, tendo como marco inicial a divulgação e apresentação da Portaria nº 1.996/2007 em todos os Colegiados de Gestão Regional (CGR).

As ações pensadas para utilização dos recursos aprovados em 2008 tiveram um foco muito particular na implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) 2009-2010.

A estruturação da Política de Educação Permanente em Pernambuco, a partir dos recursos repassados em 2007, iniciou, dentre outras ações, com a constituição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), nas 12 regionais de saúde, e da CIES Estadual, bem como a elaboração do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), contando com o assessoramento e suporte técnico da Diretoria Geral de Educação em Saúde, por meio da contratação de Apoiadores Institucionais (PERNAMBUCO, 2009).

Levou-se em consideração o Plano Estadual de Saúde 2008-2011 e os planos de educação permanente em saúde para os anos 2007 e 2008, procurou-se fazer uma associação entre os problemas de saúde, as estratégias de educação permanente e as políticas desenvolvidas no Estado de Pernambuco com as diretrizes do Pacto Pela Vida.

O Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde de Pernambuco 2009-2010 está estruturado em 5 grandes eixos:

- a) linhas de cuidado;

- b) gestão;
- c) formação e integração ensino, serviço e pesquisa;
- d) formação profissional;
- e) mobilização e controle social.

De acordo com o PEEPS 2009-2010, a implantação da Política de Educação Permanente (PEP) em Pernambuco dá ênfase ao processo de regionalização disparado no estado, buscando o fortalecimento dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), conforme diretrizes do Pacto pela Saúde. Estabelece, ainda, uma estratégia inicial, onde foi apresentada a política em todos os colegiados de gestão das 11 regionais de saúde de Pernambuco, observando-se que vários temas foram apresentados e algumas pactuações realizadas, porém a educação permanente não foi compreendida na sua essência e importância (PERNAMBUCO, 2009).

Dessa forma, foram realizados seminários regionais, envolvendo os secretários municipais de saúde, técnicos e gestores da atenção primária, vigilância em saúde, setor de Recursos Humanos e Administrativo, representantes das secretarias municipais de educação e instituições de ensino com cursos na área de saúde e com sede nas Regionais. O objetivo desses encontros foi apresentar a política, discutir o papel dos CGR e CIES e fazer um levantamento de necessidades de educação permanente, visando a construção do Plano de Ação Regional para Educação Permanente em Saúde (PAREPS).

Em relação à VI Regional de saúde, após a Escola de Saúde Pública realizar os seminários regionais para implantação da CIES, foi realizada, no mês de abril de 2010, a Oficina Regional da VI GERES de Educação Permanente em Saúde, para assim iniciar a construção do PAREPS, objetivando a concretização das metas, sendo algo que opere processos significativos, a partir da realidade como ela se apresenta no cenário local e capaz de organizar as práticas para que esta produção seja possível (PERNAMBUCO, 2010b).

Durante a oficina, foi realizado um levantamento inicial de necessidades e estratégias de saúde, com um olhar no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, para a concretização do Plano Regional, tendo um conjunto de atores que compõem a VI Regional. Sendo assim, após as oficinas realizadas no ano de 2010 e 2011 para construção do PAREPS, foi publicado, em maio de 2010, o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde da VI GERES, que teve como objeto norteador a Portaria nº 1.996/2007 e o Plano Estadual de Educação Permanente, onde foram

identificados os principais problemas de saúde da região e apontado como solução a qualificação de seus profissionais. Dessa forma, foi construída uma matriz de estratégias, de acordo com as necessidades e perfil epidemiológico da região (PERNAMBUCO, 2010a, 2010b).

Observa-se que, dentre várias estratégias englobando profissionais e trabalhadores de saúde, foi apontada a maior necessidade de qualificação no eixo “linha de cuidado”, seguido do eixo “gestão e formação integração ensino, serviço e pesquisa”, “gestão”, “controle social e informação”.

A gestão da Secretaria Estadual de Saúde (SES), ao identificar a necessidade de apoiadores institucionais que atuassem junto a ESPPE com o processo de integração ensino/serviço, propõe formar um grupo de profissionais, com experiência pedagógica, para atuar enquanto elo entre os órgãos formadores e o serviço, apoiando o debate em torno da qualificação do ensino. Assim, foram convidados vários profissionais, de áreas de atuação diversas, mas com experiência em ensino e apoio institucional, a fim de articular as agendas propostas pelo Plano Estadual de Ensino e Serviço, dando apoio as CIES Regionais na construção do PAREPS. A VI Regional de Saúde ficou com uma apoiadora institucional de educação permanente em saúde e uma facilitadora de área, dando suporte e fazendo as articulações necessárias para o desenvolvimento do processo.

Nas diversas reuniões que aconteceram, foram identificados os cursos mais necessários para capacitar os trabalhadores de saúde, os quais estão elencados na matriz de estratégias (Quadro 3).

Outras necessidades apontadas foram: criação de mesas de negociação permanente, nos municípios e na regional; estágios de vivências, na realidade do SUS, para docentes, estudantes de graduação e nível técnico em saúde; articulação das experiências de integração ensino serviço; implantação do Departamento de Educação Permanente no Hospital Regional e núcleos de educação permanente nos hospitais estaduais e municipais da regional; política de sensibilização para os gestores, para atuação de profissionais capacitados; fortalecer (os serviços) a integração entre a assistência social, educação, conselhos (criança e adolescentes) e outros (pastorais, ONGs e movimentos sociais) (PERNAMBUCO, 2010b).



**Quadro 3** – Matriz de Estratégias do PAREPS da VI regional 2010.

<b>EIXO TEMÁTICO</b>	<b>Nº DE ATIVIDADES</b>	<b>ESTRATEGIAS</b>	<b>PÚBLICO-ALVO</b>
Linha do cuidado	11	Treinamento e Especialização em linhas de cuidado e formação para os NASF's.	Trabalhadores da rede de saúde
		Qualificação das Equipes em Hanseníase e Tuberculose	Profissionais de saúde
		Formação de profissionais em saúde mental: Especialização/aperfeiçoamento para os trabalhadores da rede	Trabalhadores da rede de saúde
		Saúde Mental: Capacitação em Redução de danos	Trabalhadores da rede de saúde
		Especialização e curso técnico em saúde do trabalhador	Profissionais de saúde
		Curso técnico de qualificação em sala de vacina, EAPV e rede de frios.	Profissionais de saúde superior e médio
		Especialização em obstetrícia e aperfeiçoamento para técnicos na rede	Médicos e enfermeiros
		Capacitação em prevenção de câncer de colo de útero e Mama	Profissionais de Saúde.
		Capacitação de técnicos das maternidades na redução de óbitos infantis e fetais (CMI)	Técnicos de enfermagem.
		Curso de aperfeiçoamento em saúde do homem	Profissionais de saúde superior e médio
		Capacitação de profissionais para urgência e emergência	Profissionais de saúde do setor de urgência e emergência
Gestão	04	Formação de Gestores de Saúde	Gestores de saúde.
		Qualificar profissionais para planejamento, avaliação e supervisão da secretaria de saúde (PLANEJASUS)	Gestores e coordenadores
		Formar técnicos em análise clínicas e citotécnico.	Profissionais de nível médio
		Curso técnico para trabalhadores da área administrativa	Trabalhadores da saúde
Gestão e Formação e integração ensino serviço e pesquisa.	05	Capacitação dos docentes municipais	Profissionais docentes da saúde
		Pós-Graduação, especialização para médicos, enfermeiros e demais profissionais.	Profissionais de nível superior
		Mestrado para área de saúde	Profissionais de nível superior
		Curso para técnicos em radiologia, imobilização.	Técnico em Radiologia
		Curso para TSB (Técnico em Saúde Bucal)	Profissionais de nível Médio
Controle social	01	Capacitação para conselheiros e atores sociais na construção de política de saúde	Conselheiros e atores sociais
Informação	01	Primeira e Segunda etapa do curso para formação de ACS	ACSs

Fonte: Adaptado de Pernambuco (2010B).

A partir do PAREPS, foi estruturado O Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde de Pernambuco e, em 2012, foi trabalhada a revisão do PAREPS, adequando-o à realidade locorregional e a conformação das redes assistenciais. As propostas para 2013 foram trabalhadas a partir de cinco grandes eixos: linha de cuidado; gestão; formação e integração ensino, serviço e pesquisa; formação profissional; mobilização e controle social (PERNAMBUCO, 2014).

Consta, nesse plano, a realização de quatro fóruns, no âmbito da SES e em parceria com as CIES, sendo eles: executar pelo menos um projeto de formação multiprofissional por ano, de cada Plano Regional de Educação Permanente em Saúde; realizar quatro fóruns, no âmbito da SE e com representação das CIES, para discutir e apresentar a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) e a PNEPS, com pactuação na CIB e homologação no Conselho Estadual de Saúde; elaborar e executar, anualmente, um projeto de formação, nas 12 Regiões de Saúde, para o controle social; viabilizar um projeto intersetorial de atenção à saúde do trabalhador, no âmbito do serviço público estadual; e realizar duas oficinas de capacitação aos membros das CIES, por ano.

O estado de Pernambuco desenvolveu ações educativas, de acordo com sua realidade e capacidade instalada. As ações são sempre desenvolvidas em parceria com as CIES, sendo necessária a discussão sobre a implementação da Política Estadual de Educação Permanente (PERNAMBUCO, 2016).

Segundo Macêdo (2011), as propostas amadureceram na medida em que o próprio conceito de educação permanente em saúde tomou forma, ou formas, para os municípios e para os próprios atores envolvidos na construção. Talvez, um dos maiores avanços para política estadual, tenha sido a construção de todos os planos, desde a Portaria nº 1.996 do Ministério da Saúde, de agosto de 2007, quando o primeiro PEEPS alinhou as iniciativas de Pernambuco com as diretrizes nacionais, favorecendo a desenvolvimento da PNEPS em todo o estado, garantindo, inclusive, recursos, de maneira que todas as regiões do estado tenham sido envolvidas e, minimamente, estruturadas.

## 5.2 IDENTIFICAÇÃO DA CIES REGIONAL E SEU FUNCIONAMENTO

Neste tópico, buscou-se identificar como está organizada a CIES regional, de acordo com o seu regimento interno, e como ocorreu o funcionamento da comissão no período analisado.

### **5.2.1 Caracterização da CIES**

A CIES da VI Regional possui um regimento interno (RI), que regulamenta a sua: finalidade, competências, composição e organização. É formada por membros de vários setores da saúde, educação e controle social. O RI foi publicado e aprovado pela CGR apenas em agosto de 2014, de acordo com o que foi preconizado na Portaria nº 1996/07, levando sete anos para sua finalização, denotando a construção processual que se estabelece no interior da comissão e o seu desarranjo.

De acordo com o RI, a CIES regional é uma instância colegiada intersetorial e interinstitucional, de natureza política, de caráter permanente e consultivo, vinculada à Comissão Intergestores Regional do Estado (CIR/PE). Tem como finalidade, propor prioridades, métodos e estratégias para: a formação da força de trabalho em saúde e a educação permanente dos trabalhadores; o controle social do Sistema Único de Saúde; assim como para a pesquisa e cooperação técnica entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior. O seu artigo 3º contempla as suas competências, baseando-se no art. 6º da Portaria nº 1996/07.

A identificação dos atores que compõe a CIES da VI Regional deu-se a partir do seu regimento interno e, principalmente, através dos registros das atas das reuniões, nas quais constam as relações dos presentes em cada reunião.

A Comissão de Integração Ensino-Serviço deverá ser composta pelos representantes que constam no artigo 4º do RI, como segue:

- a) instituição de ensino (superior e técnico), pública e privada;
- b) representantes de cada departamento da VI GERES;
- c) representantes de cada município que compõe a VI GERES (indicados pelos Gestores);
- d) representantes de movimento sociais;
- e) representantes de trabalhadores de nível superior e técnico.

Atualmente a CIES é composta por 29 membros, organizada conforme apresentado no quadro 4.

**Quadro 4** – Composição da CIES regional.

<b>SEGUIMENTO</b>	<b>REPRESENTANTES</b>
<b>Seguimento estadual</b>	Coordenação de vigilância em saúde; coordenação de atenção à saúde; coordenação do planejamento e regulação/secretaria executiva da cies; unidade de gestão de pessoas; hospital regional Ruy de Barros Correia.
<b>Seguimento municipal</b>	Representantes dos 13 municípios
<b>Instituição pública de ensino superior</b>	Upe- universidade de Pernambuco
<b>Instituição privada de ensino superior</b>	ESSA- Escola Superior em saúde de Arcoverde
<b>Instituição pública de ensino técnico</b>	ETE- escola técnica estadual de Sertânia
<b>Instituição privada de ensino técnico</b>	CETA- centro de ensino técnico de Arcoverde
<b>Trabalhadores de nível fundamental ou técnico</b>	Representante dos ACS
<b>Movimentos sociais</b>	Representante do SINDSAÚDE; representante da pastoral da criança.
<b>Educação</b>	Gerência regional de educação - GRE
<b>Movimento estudantil</b>	Representante movimento estudantil
<b>Conselhos municipais de saúde (CMS)</b>	CMS Arcoverde-segmento trabalhador; CMS Arcoverde-segmento usuário.

Fonte: A autora a partir das Atas das reuniões da CIES.

A composição da CIES dialoga com o que o Ministério da Saúde preconiza na Portaria nº 1.996/2007, presente em seu art. 5º.

A VI Regional possui duas câmaras técnicas, segundo o regimento interno da CIES, uma de apoio e monitoramento do PAREPS e outra de articulação e fortalecimento dos grupos técnicos. Cada uma contém um coordenador, eleito entre seus pares, cuja competência é convocar e coordenar as reuniões ordinárias, de acordo com o cronograma estabelecido entre seus membros, ou extraordinárias, de acordo com a necessidade ou urgência exigida (REGIMENTO INTERNO CIES VI GERES, 2014, p. 3)

A CIES da VI Regional possui, ainda, uma instância consultiva, propositiva e participativa, chamada de Fórum Regional de Integração Ensino-serviço, que deve acontecer com a periodicidade mínima de dois anos, sendo de competência da comissão organizadora discutir e elaborar a proposta para realização do fórum, submetendo-o ao plenário. Apesar de constar no regimento (art. 24º do RI), não foi encontrado, no período analisado, nenhum registro de realização do fórum.

Levando em consideração o regimento interno, no artigo 28, a CIES deverá manter uma agenda mensal de reuniões, sendo exigido o quórum mínimo de 50% dos membros mais um para a realização das reuniões. Observa-se, no quadro 5, que em nenhum dos anos a frequência de reuniões ocorreu conforme o regimento. Foram realizadas leituras em 25 atas de reuniões que foram disponibilizadas, todas em formato digital, entre 2014-2018.

**Quadro 5** – Distribuição das reuniões da CIES da VI regional no período de 2014 a 2018

ANO/ MÊS	J A N	F E V	M A R	A B R	M A I	J U N	J U L	A G O	S E T	O U T	N O V	D E Z	Total de Reuniões/ Ano
2014		■		■	■		■			■			05
2015			■				■			■			03
2016		■		■		■					■		04
2017		■	■	■									03
2018		■	■	■	■	■		■	■	■	■	■	10

Fonte: A autora.

As atas disponibilizadas não foram objeto de análise, sendo apenas contabilizadas. Como observado no quadro 5, a CIES da VI regional não vem cumprindo com o que seu RI estabelece. Deveria ocorrer uma reunião mensal e a realidade foi bem diferente: somando-se os 5 anos, ocorreram apenas 41,7 % das reuniões previstas e em nenhum dos anos as reuniões do mês de janeiro ocorreram, iniciando-se sempre no mês de fevereiro, por ser um mês de férias de funcionários e ocorrer, normalmente, mudanças de representantes da CIES. O ano de 2015 foi o que menos ocorreu reuniões, em decorrência da mudança de governo no Estado, havendo também mudança de gerência e funcionários da VI Regional de Saúde de PE. A consequência é a fragilidade do planejamento e desenvolvimento da política de EPS na regional, gerando fragilidade e descontinuidade das ações. O ano de 2017 também foi um ano em que ocorreram pouquíssimas reuniões, não havendo explicação plausível para esse fato. Já no ano de 2018, só em dois meses não ocorreu reunião (janeiro e julho), exatamente os meses em que se verificam os recessos ou as férias de funcionários.

### 5.3 DESCRIÇÃO SOBRE O CONHECIMENTO DOS GESTORES MUNICIPAIS E MEMBROS DA CIES SOBRE A POLÍTICA EP EM SUA REGIÃO

Nesta seção busca-se transcrever e analisar os resultados obtidos a partir dos questionários aplicados aos gestores municipais e membros da CIES, em relação Política de EP da regional.

#### 5.3.1 Conhecimento dos gestores

Análise do questionário aplicado aos gestores municipais, divididos em temas, para melhor entendimento do leitor.

##### 5.3.1.1 Perfil dos gestores

Na tabela 1, observa-se que o questionário foi enviado aos 13 gestores da VI Regional de Saúde, dos quais sete responderam à pesquisa, ou seja, 53,84% da população. Verificou-se predominância do sexo feminino (85,7%), destacando uma tendência de aumento no número de mulheres que ocupam o cargo de gestão do SUS. Esse crescimento foi vislumbrado também em estudo realizado por Arcari et al. (2020) e ressaltado em estudos anteriores. Esses estudos também evidenciam que a faixa etária predominante é de 31 a 50 anos entre os gestores, revelando que o cargo é ocupado por pessoas mais experientes.

A pesquisa evidenciou que 85,7% dos gestores possuem ensino superior completo e 14,3% o ensino médio. Todos os graduados são mestres, mostrando um ponto positivo, em relação à formação dos gestores, para as atribuições do cargo frente à complexidade do setor.

Quanto à área de formação, quatro são formados na área da saúde, sendo três enfermeiras (42,9%) e uma técnica de enfermagem (14,3%); e três na área de educação, todos eles professores (42,9%) (Tabela1). Apesar de ser um cargo no setor da saúde, observa-se que quase metade dos gestores não tem formação na área de saúde e ocupam o cargo por indicação política, corroborando com o estudo de Boniatti (2012), em que a maior parte dos gestores municipais também não possuem formação na área da saúde.

Embora a formação acadêmica do gestor da saúde seja um elemento importante para execução dessa função, percebe-se que a experiência do dia a dia, proporcionada pelo próprio trabalho, foi atribuída, pelos gestores, como sendo o maior preparo para o exercício do cargo. Isso pode associar-se ao potencial que a EPS tem em oportunizar a reflexão sobre as práticas de trabalho como construtoras de conhecimento e mudanças (PINAFO et al., 2016).

Vendruscolo et al. (2016) afirmam que é importante e necessário reconhecer a pressuposição do perfil dos atores que assumem e conduzem as diversas instâncias de governo, para a consolidação do Sistema de Saúde, ou seja, a organização do sistema exige não só o empenho do gestor, mas a articulação, a parceria e, principalmente, a visão intersetorial da saúde. O gestor deverá alinhar a teoria à necessidade da prática, assumindo a posição de liderança dentro do sistema de saúde. Assim sendo, a inserção das diretrizes da PNEPS, na prática, se dá através da formação e compromisso social dos gestores e, assim, garantem e ampliam a cobertura à saúde e a qualidade da formação, pautadas nas necessidades da população.

A maior parte dos gestores possui pouco tempo de ocupação no cargo, evidenciando a grande rotatividade dessa função.

A troca frequente de gestores ocorre em todo o setor da saúde. Segundo Lorenzetti et al. (2014), diante da dificuldade de atuar em modelos de gestão diferentes do tradicional, calcado em ações centralizadoras, hierarquizadas e burocratizadas, faltam profissionais preparados para atuar como gestores no SUS.

Pinafo et al. (2016) destaca que, rotineiramente, os secretários de saúde são sobrecarregados de trabalho, decorrente do acúmulo de suas funções, fazendo com que dividam o seu tempo e foco de trabalho para a resolução de demandas operacionais, necessárias ao funcionamento da secretaria de saúde.

Os gestores são atores fundamentais na garantia dos processos de EPS, por meio de discussões problematizadoras acerca das necessidades identificadas em seus ambientes de trabalho, nas ações do cotidiano, e assim proporcionar mudanças e efetivar a operacionalização dos conhecimentos adquiridos, a fim de resultar em melhoria da qualidade da atenção e da produção de saúde, em direção à cobertura universal (VENDRUSCOLO et al., 2016).

**Tabela 1** – Identificação dos gestores da VI Regional saúde de Pernambuco, no ano de 2019.

(continua)

<b>Identificação</b>	<b>Gestores (N = 7)</b>	<b>%</b>
Sexo		
Feminino	6	85,7
Masculino	1	14,3
Escolaridade		
Superior	6	85,7
Médio	1	14,3
Pós-graduação		
Sim	5	71,4
Não	2	28,6
Mestrado		
Sim	5	71,4
Não	2	28,6

**Tabela 1** – Identificação dos gestores da VI Regional saúde de Pernambuco, no ano de 2019.

(conclusão)

<b>Identificação</b>	<b>Gestores (N = 7)</b>	<b>%</b>
Formação		
Enfermagem	3	42,9
Técnico de Enfermagem	1	14,3
Professor	3	42,9
Tempo de ocupação no cargo		
Até 1 ano	3	42,9
1 a 3 anos	2	28,6
Mais de 3 anos	2	28,6

Fonte: A autora.

### 5.3.1.2 Foco organizacional

Quanto à existência de setor específico para educação permanente nos municípios, 71,4% dos gestores afirmaram existir, sendo 100% de estrutura física próprias, ressaltando o investimento de recursos financeiros que facilitam a execução de ações da PNEPS. Lino et al. (2009) já apontavam a necessidade de se considerar a infraestrutura física mínima (instalações e equipamentos), para o adequado funcionamento da estratégia de ação da política.

O setor de EPS está presente no organograma oficial de 85,7% das Secretarias Municipais de Saúde (SMS). Dentre os recursos físicos disponíveis para o setor de EP, os mais comuns foram: os recursos de informática (85,7%) e recursos audiovisuais (85,7%), seguindo de internet (71,4%), sala de reunião (57,1%) e sala de coordenação (14,3%) (Tabela 2).



As evidências encontradas no estudo de França et al. (2017) são relevantes e confirmam o potencial desses espaços de estruturas físicas, equipadas para produção e disseminação de ofertas educativas, pertinentes a competências do setor e ao campo da educação e trabalho em saúde.

Quando questionados se o profissional responsável do setor de EP responde também por outros setores, cinco gestores afirmaram que os profissionais também faziam parte da atenção básica, três eram da vigilância em saúde e apenas um era exclusivo da EPS. Corroborando com o encontrado na pesquisa, o trabalho de Signor et al. (2015) aponta que uma das principais dificuldades encontradas pelos gestores, para a realização de práticas educativas, é a rotatividade e a falta de recursos humanos, decorrente do diminuto número de trabalhadores e a grande demanda de atendimento.

No desenvolvimento de suas ações, 85,7% dos setores de EP dialogam com as áreas técnicas da SMS (Tabela2). O bom engajamento entre as diversas áreas técnicas de uma secretária de saúde é fundamental para o planejamento e execução de todas as ações, visando a construção de objetos comuns de intervenção para o enfrentamento mais articulado dos problemas sociais.

**Tabela 2** – Organização do setor de Educação Permanente em saúde nos municípios da VI Regional saúde de Pernambuco, no ano de 2019.

<b>Foco organizacional</b>	<b>Gestores (N = 7)</b>	<b>%</b>
Setor específico para EPS		
Sim	5	71,4
Não	2	28,6
Estrutura física própria para EPS		
Sim	7	100
Não	0	0
Recursos físicos disponíveis		
Sala de reunião	4	57,1
Sala de coordenação	1	14,3
Recursos informáticos	6	85,7
Internet	5	71,4
Recursos audiovisuais	6	86,7
Presença da EPS no organograma oficial da SMS		
Sim	6	85,7
Não	1	14,3
O responsável pelo setor de Educação Permanente em saúde responde por outros setores		
Não. Apenas pela EPS	1	14,3
Atenção Básica	5	71,4
Vigilância em saúde	3	42,9
Outros	2	28,6
A EPS dialoga com as demais áreas técnicas da SMS		

Sim	6	85,7
Não	1	14,3

Fonte: A autora.

### 5.3.1.3 Foco operacional

Todos os gestores afirmaram conhecer a CIES. Evidenciou-se que, passados mais de 10 anos da implantação da PNEPS, é grande o desafio para atuar em conformidade com a política, e compreender a importância e missão da CIES nos municípios, pois os gestores não souberam responder, quando questionados sobre o seu funcionamento e sua missão.

Silva, Leite e Pinno (2014) observam que, quando os gestores desconhecem as propostas de EPS e fazem uso não adequado da política, utilizando opções imediatistas e com ênfase nas ações curativas, muitas vezes ocorre restrições à participação nas CIESs ou nas ações de educação permanente, não se verificando incentivos e facilitação.

No tocante a avaliação da relação entre CIES e CIR, todos avaliaram como relação de cooperação e 57,1% acrescentaram a opção de assessoramento entre elas. Kleba *et al.* (2017) destacam que a CIES é uma instância interdependente, cuja atuação requer pactuações entre as organizações interessadas, mas também articulação com a esfera estadual de governo, responsável pela aprovação dos PAREPS e pela divisão dos recursos federais no Estado, bem como apoio efetivo da CIR e dos gestores municipais.

Outro aspecto a se observar foi que cinco gestores relataram ter apoio para desenvolverem ações em seus municípios, através da regional de saúde ou de consultoria.

Com relação as principais dificuldades apontadas na tabela 3, destacam-se: poucos recursos orçamentários e financeiros; coordenação do trabalho e infraestrutura; e execução financeira por parte dos PEPS. Os achados corroboram com o estudo de França *et al.* (2017), em que 30,8% dos gestores das secretarias estaduais e municipais de saúde declararam que a liberação de recursos financeiros é uma das principais dificuldades enfrentadas, tendo em vista impedimentos para utilização desses recursos.

Os trâmites burocráticos para utilização de recursos financeiros destinados para as ações de EPS e a lentidão dos órgãos envolvidos nessa dinâmica dificultam

o processo de trabalho das CIESs. Essa demora resulta em manter paralisados projetos de EPS que são importantes socialmente, aguardando a liberação de recursos para contratar Instituições de Ensino Superior (IES) que possam executá-los (FERRAZ *et al.*, 2013).

Todos os gestores afirmaram que a formulação de projetos de educação que atendam a demanda local é um dos aspectos positivos que destacam no desenvolvimento da política de EPS na VI Regional de Saúde, além de outros aspectos apresentados na tabela 3. As ações de EP, quando alinhadas com as demandas que os municípios possuem, facilitam a realização e implementação dessas ações e, conseqüentemente, a adesão dos trabalhadores envolvidos.

**Tabela 3** – Foco operacional, principais dificuldades enfrentadas para desenvolvimento da política de EPS e aspectos positivos do Plano Regional de EPS da VI regional de saúde de Pernambuco, no ano de 2019.

<b>Foco operacional</b>	<b>Gestores (N = 7)</b>	<b>%</b>
Relação entre CIES e CIR		
Cooperação	7	100
Assessoramento	4	57,1
Apoio para desenvolver ações de EP no Município.		
Sim	5	71,4
Não	2	28,6
Quem apoia as ações de EP		
Regional de Saúde	4	80
Consultoria	1	20
Principais dificuldades		
Poucos recursos orçamentário-financeiros.	6	85,7
Coordenação do trabalho e Infraestrutura; Execução financeira por parte dos PEPS.	5	71,4
Identificação de problemas e prioridades.	4	57,1
Negociação, pactuação e aprovação de projetos na CIB; Liberação de recursos financeiros; Ausência de acompanhamento dos projetos;	3	42,9
Baixa governabilidade do gestor de EP; Baixa priorização da PEP na agenda da gestão.		
Entendimento da portaria nº. 198/GM/MS/2004;		
Desorganização da equipe no local; Diálogo com instituições de ensino.	2	28,6
Disputas políticas entre municípios de uma mesma região;	1	14,3

Entendimento da Portaria GM/MS nº 1.996/2007.

Aspectos positivos

Formulação de projetos de educação que atendem à demanda local; Participação das SES.	7	100
Negociação, pactuação e aprovação de projetos.	5	71,4
A oferta/regularidade de cursos; Diálogo com instituições de ensino; Reuniões para deliberações e acompanhamento dos projetos.	4	57,1
Coordenação do trabalho e infraestrutura; Liberação de recursos financeiros.	2	28,6

Fonte: A autora.

### 5.3.1.4 Recursos envolvidos

Quando questionados sobre quais as fontes de recursos financeiros para a EPS, seis gestores responderam ser provenientes da União, Estados e Municípios e apenas um indicou como fonte exclusiva a União (Tabela 4). Vale ressaltar que, no ano de 2007, através da portaria nº 1.996/07, do Ministério da Saúde, foi estabelecido a transferência regular e automática dos recursos para Educação Permanente em Saúde (EPS), do Fundo Nacional de Saúde para os respectivos fundos estaduais ou municipais de saúde, dentro do “bloco de Gestão do SUS” (BRASIL, 2007).

Arcari *et al.* (2020) ressalta que a responsabilidade pelo financiamento da saúde deve ser compartilhada pelas três esferas de governo, porém, normalmente, os municípios estão aplicando recursos cada vez maiores, diante do descumprimento ou cumprimento parcial do que é o estabelecido para Estados e União.

Vale ressaltar que, mesmo os municípios aplicando mais do que é previsto em lei para a saúde, o setor de Educação em Saúde ainda é “desvalorizado” e recebe poucos investimentos municipais.

A descentralização do financiamento da PNEPS, de responsabilidade compartilhada, encontra limites. As diferentes instâncias do SUS produziram mecanismos capazes de acelerar o financiamento e contratação de ações e serviços de saúde, porém isso não ocorreu nas ações e serviços educacionais (FRANÇA *et al.*, 2017).

Em relação a como são gastos os recursos financeiros provenientes das portarias de EP para seus municípios, todos os gestores responderam que os gastos

eram em cursos, capacitação, treinamento de pessoal, além de outras repostas contidas na tabela 4. Peres, Silva e Barba (2016) relatam que as ações de EPS acontecem de modo verticalizado e sem diálogo entre gestores e trabalhadores, sendo compreensível que os trabalhadores da saúde não entendam a essência da EPS, associando-a com atividades a que eles têm acesso, como capacitações e cursos.

**Tabela 4** – Recursos financeiros da política de Educação Permanente da VI Regional saúde de Pernambuco, no ano de 2019.

<b>Recursos Financeiros</b>	<b>Gestores (N = 7)</b>	<b>%</b>
Fonte de recursos financeiros para EPS		
Estado+União+Município	6	85,7
União	1	14,3
Destinação dos recursos financeiros provenientes das portarias de EPS		
Material de Consumo	6	85,7
Material permanente	1	14,3
Cursos, capacitações e treinamentos	7	100
Passagens/diária para reuniões	5	71,4
Participação em congressos/seminários	4	57,1
Material didático	3	42,9
Organização de eventos/congressos/seminários	1	14,3
Existe ações de EP que são financiadas e executadas por outras áreas		
Sim	4	57,1
Não	3	42,9
Presença da EPS no organograma oficial da SMS		
Sim	6	85,7
Não	1	14,3

Fonte: A autora.

### 5.3.1.5 Atores envolvidos

Todos os gestores responderam que, além das ofertadas pela CIES, são realizadas ações de EPS no município, porém sem identificá-las. As questões como tema e público-alvo dessas ações são decididas pelas áreas técnicas (100%), gestores (42,9%) ou apenas através do responsável pela EPS (14,3%). Esse achado evidencia a ausência, na maioria dos municípios, de profissional que seja responsável exclusivamente pela EPS. Rotineiramente, os responsáveis pelas áreas técnicas, como a atenção básica ou a vigilância, também assumem o setor de EP e, com a sobrecarga de trabalhos, acabam deixando “de lado”, ou de certa forma esquecida, a educação permanente. De acordo com Signor *et al.* (2015), a escassez de recursos humanos é uma das principais dificuldades encontradas pelos gestores para a

realização de EPS, em decorrência da grande demanda de atendimentos e a limitada quantidade de trabalhadores.

**Tabela 5** – Atores Envolvidos e amplitude de inserção na CIES da VI Regional saúde de Pernambuco, no ano de 2019.

<b>Atores envolvidos</b>	<b>Gestores (N = 7)</b>	<b>%</b>
Existência de ações de EPS no município além das ofertadas pela CIES		
Sim	7	100
Não	0	0
Escolha do público-alvo das ações de EPS		
Responsável pela EPS	1	14,3
Áreas técnicas	7	100
Gestor	3	42,9

Fonte: A autora.

### 5.3.1.6 Optativas

Os gestores qualificaram o papel da CIES, para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente, como estratégico e importante (85,7%) e facilitador (14,3%). Segundo Moraes e Dytz (2015), é necessário ampliar as responsabilidades da CIES, não ficando apenas como instância que aprova ou não planos já construídos por atores que fazem parte da gestão, mas constituindo um processo de construção conjunta entre os sujeitos que a compõem. A PEP passa por diversas etapas, pois, após a aprovação dos PAREPS, cabe aos implementadores a construção de propostas de intervenção na área da educação na saúde.

O quadro 6 apresenta a diferença entre Educação Permanente e Educação Continuada (EC), apreendida a partir das respostas dos gestores.

Como relatou Silva *et al.* (2019), já na década de 80, houve a mudança dos termos de 'educação continuada' para 'educação permanente', passando a compor o vocabulário do modelo educacional na saúde. Não ocorreu apenas a mudança na nomenclatura, como também uma alteração no eixo orientador do processo educativo, com a intenção de reorientar a capacitação dos trabalhadores no seu cotidiano de trabalho.

Como observado no quadro 6, os gestores relacionaram o significado de Educação Continuada a treinamento e qualificação. Paschoal, Mantovani e Meier (2007) relatam que a educação continuada tem como conceito o conjunto de experiências subsequentes à formação inicial, que permitem ao trabalhador manter,

umentar ou melhorar sua competência, para que seja compatível com o desenvolvimento de suas responsabilidades.

**Quadro 6** – Conhecimento dos gestores sobre a diferença entre Educação continuada e Educação Permanente, na VI Regional de Saúde de Pernambuco.

Sentidos	Educação Continuada	Sentidos	Educação Permanente
<b>Treinamento</b>	G2- Treinamentos que ocorrem no dia a dia. G6- Tem o objetivo de treinar as pessoas para desenvolver habilidades.	<b>Equipe de trabalho</b>	G1- Trabalha de forma multiprofissional com periodicidade continua com a finalidade de resolução de problemas fortalecendo a equipe de trabalho. G3 - É a que acontece no local de trabalho para melhorar o processo de trabalho, ocorrendo de forma continuada. G4 - Educação permanente decisões com as equipes. G5 Educação permanente em saúde e buscar capacitações que embasem os profissionais na minha equipe a trabalhar com conhecimento e qualificar as ações.
<b>Qualificação</b>	G1- Constante qualificação do indivíduo que objetiva mudanças pontuais na atenção à saúde. G3- É a que ocorre no setor acadêmico. G5- É quando o profissional busca se especializar.		
		<b>Formação</b>	G2- Educação que vem para capacitação em um momento. G6-A formação se dá através do processo de problematização.

Fonte: A autora.

É relevante destacar que Educação Permanente, Educação Continuada e Educação em Serviço são processos que se caracterizam pela continuidade das ações educativas, mesmo que se fundamentem em princípios metodológicos diferentes. Quando implementadas em conjunto, possibilitam a transformação profissional através do desenvolvimento de habilidades e competências, e, assim, fortalecem o processo de trabalho (SARDINHA, 2013).

O conceito de EP foi destacado em dois núcleos de sentido: equipe de trabalho e formação. Todas as respostas foram muito curtas e resumidas, porém dentro do sentido correto do seu significado. Destaca-se a resposta do G2, “Educação que vem para capacitação em um momento”, e do G4, “Educação permanente decisões com as equipes”, que fogem totalmente do conceito de EP.

O conceito de EPS é definido, na política nacional, como aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar são incorporados ao cotidiano das organizações e ao processo de trabalho; e propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização da própria prática (SARDINHA, 2013).

As concepções de EPS e de EC são distintas. A EPS está fundamentada na concepção de educação como transformação e aprendizagem significativa, centrada no exercício cotidiano do processo de trabalho; na valorização do trabalho como fonte de conhecimento; na valorização da articulação com a atenção à saúde, a gestão e o controle social; e no reconhecimento de que as práticas são definidas por múltiplos fatores. A EPS é voltada à multiprofissionalidade e à interdisciplinaridade, com estratégias de ensino contextualizadas e participativas, e orientada para a transformação das práticas (BRASIL, 2004).

A EC é pautada pela concepção de educação como transmissão de conhecimento e pela valorização da ciência como fonte do conhecimento. É pontual, fragmentada e construída de forma não articulada com a gestão e o controle social, com enfoque nas categorias profissionais e no conhecimento técnico-científico de cada área, com ênfase em cursos e treinamentos, construídos com base no diagnóstico de necessidades individuais, e se coloca na perspectiva de transformação da organização em que está inserido o profissional (BRASIL, 2004).

### **5.3.2 Conhecimento dos Membros**

Análise do questionário aplicado aos membros da CIES regional, divididos em temas, para melhor entendimento do leitor.

#### **5.3.2.1 Perfil dos Membros da CIES**

O questionário foi enviado aos 25 membros da CIES da VI Regional, dos quais nove deles (36%) responderam. Observou-se predominância do sexo feminino (88,8%), na faixa etária entre 28 e 59 anos.

Todos os membros da CIES são graduados, sendo que seis possuem especialização e dois têm mestrado. A formação varia de acordo com o setor que o membro representa. Há, em maior número, profissionais da área da saúde. As funções



que ocupam nos municípios foram: Coordenação da Atenção Básica, Docente de IES, Assistente Social, Enfermeira de ESF, Coordenadora, Analista de Laboratório, Coordenador de Educação em Saúde, ACS e técnica de vigilância em saúde (Tabela 6).

Quanto à participação como membro da CIES, 44,5% têm até 2 anos de participação. Isso acontece porque os membros, rotineiramente, são indicados pelos gestores municipais. Quando há mudanças na ocupação de cargos ou mudança de gestor, há também novas indicações para membros da CIES.

Os membros também foram questionados se sua indicação para a CIES partiu da Secretária de Saúde ou devido ao cargo que ocupavam. Os indicados pelo gestor da secretaria representaram 66,7%, o que evidencia que a CIES é composta por membros nomeados pelos gestores.

**Tabela 6** – Identificação dos membros da VI Regional saúde de Pernambuco, no ano de 2019.

<b>Identificação</b>	<b>Membros (N = 9)</b>	<b>%</b>
Sexo		
Feminino	8	88,8
Masculino	1	11,2
Escolaridade		
Superior	9	100
Médio	0	0
Pós-graduação		
Sim	6	66,7
Não	3	33,3
Mestrado		
Sim	2	22,2
Não	7	77,8
Formação		
Enfermagem	4	45
Professor	1	11
Odontologia	1	11
Assistência social	1	11
Biomedicina	1	11
Agente de Saúde	1	11
Tempo que participa como membro		
Até 1 ano	3	33,3
1 a 2 anos	4	44,5
Mais de 2 anos	2	22,2
Indicação para membro pelo gestor		
Sim	6	66,7
Não	3	33,3

Fonte: A autora.

### 5.3.2.2 Foco organizacional

No aspecto organizacional, apenas um membro informou ter participado de um curso de introdução/esclarecimento, ofertado em 2014 pela própria comissão, sobre o papel de representação na CIES, revelando que há muito tempo não é realizado nenhum curso de formação para os membros, dificultando, muitas vezes, a sua atuação, em decorrência do pouco conhecimento.

Todos os membros tinham a opção de selecionar mais de um tema que julgassem importante para formação. Foram, além de outros temas, elencados: conceitos de educação em saúde, continuada e permanente; regionalização no SUS e suas repercussões da Política de Educação Permanente em Saúde; normatização que rege o SUS e a CIES; responsabilidades, papel, forma de funcionamento, entre outros temas, para as suas atividades na CIES. A frequência de distribuição das respostas dos membros é apresentada na tabela 7, que também explora o reconhecimento da relação entre a CIES e a CIR. Os membros da CIES classificaram essa relação como de cooperação (77,7%), de assessoramento (22,2%) e conflituosa (11,1%). O resultado corrobora com o apontado pelos gestores.

**Tabela 7** – Organização da CIES da VI Regional saúde de Pernambuco, no ano de 2019.

<b>Foco organizacional</b>	<b>Membros (N = 9)</b>	<b>%</b>
Participação de curso sobre o papel de representação na CIES		
Sim	1	11,1
Não	8	88,9
Relação entre CIES e CIR		
Cooperação	7	77,8
Assessoramento	1	11,1
Conflituosa	1	11,1
Temas importantes para formação de seus representantes		
Regionalização no SUS	2	22,2
Responsabilidades, função e funcionamento.	2	22,2
Conceitos de Educação: em saúde, permanente e continuada.	0	0
Normatização do SUS e CIES	0	0
Todos os temas	7	77,8

Fonte: A autora.

### 5.3.2.3 Foco operacional

Quanto à coordenação da CIES na regional, os membros informaram como sendo: unidades administrativas regionais (55,6%); departamento da EP da SES

(11,1%); coordenação de planejamento da Gerência Regional de Saúde (GERES) (11,1%); e não sabe (22,2%) (Tabela 8). Consta no RI, no art. 6, que a coordenação é composta por um coordenador e um vice-coordenador, de segmentos diferentes, eleitos em Plenário. O mandato da coordenação será de um ano, podendo ser reeleito, uma única vez, por igual período e substituído a qualquer tempo. No momento da coleta de dados, a coordenação de planejamento da VI Regional estava acumulando a coordenação da CIES. Sobre a existência de Regimento Interno da CIES, 66,7% dos membros informaram que tinham conhecimento e 33,3% não tinham conhecimento do regimento. Vale ressaltar que o primeiro RI foi publicado no ano de 2014 e revisado no ano de 2017. Dos nove membros, seis (66,7%) relataram que apenas uma CIR está vinculada à CIES regional e três (33,3%) não souberam responder, sendo que existe apenas uma CIR vinculada à CIES da VI Regional de Saúde.

**Tabela 8** – Foco Operacional da CIES da VI Regional saúde de Pernambuco, no ano de 2019.

<b>Foco Operacional</b>	<b>Membros (N = 9)</b>	<b>%</b>
<b>Coordenação da CIES</b>		
Unidades administrativas regionais	5	55,6
Departamento da EP da SES	1	11,1
Coordenação de Planejamento da GERES	1	11,1
Não sabe	2	22,2
<b>Regimento Interno</b>		
Publicitado em resoluções das CIR	5	55,6
Diário Oficial	1	11,1
Não sabe	3	33,3
<b>CIR vinculadas a CIES</b>		
Apenas uma	6	66,7
Não sabe	3	33,3

Fonte: A autora.

#### 5.3.2.4 Recursos envolvidos

Quando questionados sobre a fonte de recursos financeiros para a Educação Permanente em Saúde, 77,8% dos membros afirmaram ser provenientes da União, Estados e Municípios; um membro (11,1%) afirmou ser exclusivamente a União; e um (11,1%) não soube responder.

França (2016) destaca que, pelos critérios estabelecidos na Portaria nº 1996/2007, os gestores dispõem de financiamento federal, regular e automático, para

a Educação em Saúde, com repasse fundo a fundo, por meio do bloco de financiamento da gestão do SUS, com vistas ao planejamento e execução, no curto, médio e longo prazos, de ações educativas de formação e desenvolvimento, que respondam às necessidades do sistema e estejam de acordo com a realidade regional e local.

De acordo com os membros, os recursos financeiros destinados para o setor de EPS, geralmente, são gastos na região, com: cursos, capacitação e treinamento de pessoal (77,8%); organização de eventos, congressos e seminários (33,3%); e organização de material didático e material de consumo (11,1%) (Tabela 9). Vale salientar que, assim como os gestores, a maioria dos membros indica que os recursos, normalmente, são utilizados com cursos e treinamentos. Gonzaga (2018) constata que o financiamento está entre os desafios existentes na implementação da PNEPS. Apesar de novas diretrizes e mudanças de fluxo, a utilização de recursos é de difícil execução, sendo destacada como umas das maiores dificuldades de uma gestão regional da saúde.

#### 5.3.2.5 Atores envolvidos

Todos os membros (100%) concordam que existe planejamento para execução das ações do Plano Regional de Educação Permanente em Saúde.

A participação nas CIES é considerada fator facilitador na definição, construção e desenvolvimento das atividades educativas. É um espaço privilegiado que congrega representantes dos diferentes segmentos envolvidos nas discussões e definições relativas às propostas educativas (SILVA *et al.*, 2013).

Os critérios para definição de clientela das ações de EPS apontados foram: setores estratégicos ou demanda setorial (77,8%); indicação técnica, demanda dos conselhos de saúde e demanda espontânea dos trabalhadores (55,6%); e vagas por região (11,1%). Observa-se que as ações realizadas pela CIES, apesar de serem destinadas aos trabalhadores, não são decididas e planejadas com a participação deles. O contexto da Educação Permanente em Saúde exige uma abordagem crítica, que resgate a corresponsabilidade e abarque os envolvidos nesse processo como sujeitos proativos e não apenas como receptores de informações (MELLO; ARNEMANN, 2018).

**Tabela 9** – Recursos financeiros da política de Educação Permanente e Atores envolvidos da VI Regional saúde de Pernambuco, no ano de 2019.

<b>Atores envolvidos e Recursos Financeiros</b>	<b>Membros (N = 9)</b>	<b>%</b>
Fonte de recursos financeiros para EPS		
Estado+União+Município	7	77,8
União	1	11,1
Não sabe	1	11,1
Destinação dos recursos financeiros provenientes das portarias de EPS		
Cursos, capacitações e treinamentos.	7	77,8
Organização de eventos/congressos/seminários	3	33,3
Não sabe	2	22,2
Material de consumo;		
Participação em congressos/seminários	1	11,1
Material didáticos		
Existência de planejamento para execução das ações do PAREPS		
Sim	9	100
Não	0	0
Critérios utilizados para definição da clientela das ações de EPS		
Setores estratégicos ou demanda setorial	7	77,8
Indicação técnica;		
Demanda dos conselhos de Saúde;	5	55,6
Demanda espontânea dos trabalhadores.		
Vagas por região	1	11,1

Fonte: A autora.

### 5.3.2.6 Optativas

O papel da CIES na construção dos Planos Regionais de Educação Permanente foi considerado estratégico e importante, por todos os membros. Moraes e Dytz (2015) salientam que existe a necessidade de ampliar as responsabilidades da CIES, não sendo apenas uma instância que aprova ou desaprova planos já construídos por atores que fazem parte da gestão, mas sim constituindo um processo de construção entre os sujeitos que a compõem.

As diretrizes da EPS (BRASIL, 2007) contribuíram para o fortalecimento da área de gestão da saúde e melhoria dos processos de trabalho, com impacto na qualidade dos serviços (66,7%) e o favorecimento da integração entre as áreas de gestão do trabalho e da educação (55,6%). Por fim, os membros classificaram como bom (77,8%) e ótimo (22,2%) o trabalho que vem sendo realizado, através da CIES, sobre a qualificação dos profissionais da saúde (Tabela 10).

**Tabela 10** – Questões optativas sobre a CIES da VI Regional saúde de Pernambuco, no ano de 2019.

<b>Optativas</b>	<b>Membros (N = 9)</b>	<b>%</b>
Papel da CIES para a construção dos PAREPS Estratégico e importante	9	100
Contribuição das diretrizes da EPS (Portaria GM/MS 1.996/07)		
Fortalecimento da área de gestão da saúde; Melhoria dos processos de trabalho com impacto na qualidade dos serviços.	6	66,7
Favorecimento da integração entre as áreas de gestão do trabalho e da educação	5	55,6
Avaliação do trabalho que vem sendo realizado, sobre a qualificação dos profissionais da saúde		
Bom	7	77,8
Ótimo	2	22,2

Fonte: A autora.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa permitiu compreender o processo de construção e evolução da Educação Permanente em Saúde na VI Regional de Saúde de Pernambuco, bem como refletir sobre o olhar dos gestores e membros da CIES sobre a EP, alcançando assim os objetivos deste estudo.

Constatou-se que, decorridos mais de 10 anos desde a implantação da PEP, a VI Regional de Saúde passa, ainda, por várias dificuldades para sua consolidação, não tendo um processo acabado de implementação. Vale ressaltar que há uma desorganização da CIES quanto à realização de reuniões, que não ocorrem de formas regulares, dificultando a aprovação de projetos e ações.

Um desafio enfrentado foi a adesão à pesquisa por parte de alguns gestores e membros. Foi necessário realizar várias tentativas e explicação da importância acadêmica da pesquisa, porém ainda restou um número baixo de respostas dos questionários.

É importante salientar que, dentre os desafios apontados por gestores e membros, existentes no desenvolvimento da PNEPS, destaca-se a questão do financiamento. Apesar das novas diretrizes e mudança de fluxo de repasse, a utilização dos recursos ainda é de difícil execução e se insere entre as maiores dificuldades de uma gestão regional da saúde.

Outro desafio está na questão da falta de profissional exclusivo para o setor de EP nos municípios, gerando dificuldade no desenvolvimento das ações específicas.

Observou-se que existe pouca interação e conhecimento da importância da EPS, por parte dos gestores. Eles ainda confundem os termos EC e EP, identificam apenas ações de capacitação, cursos e treinamentos e não reconhecem o processo de transformação que a educação em saúde é capaz de oferecer aos trabalhadores e aos serviços de saúde.

Por fim, sugere-se que estudos como este sejam realizados em outras regionais de PE, para possíveis comparações entre as regiões de saúde sobre os processos de desenvolvimento da PNEPS e que este estudo sirva de análise para avaliação e melhorias que possam ser realizadas pelos municípios e CIES regional.

## REFERENCIAS

ARAÚJO, Dolores; MIRANDA, Maria Claudina G.; BRASIL, Sandra L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. Rev. baiana saúde pública, Salvador, v. 31, p. 20-31, 2007. Supl. 1.

ARCARI, Janete M. *et al.* Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 407-420, 2020.

BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. Edição Revista e Atualizada. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2009.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRIOS, S. T. G. Micropolítica e gestão regionalizada da saúde: estudo de caso no colegiado de gestão da 4ª região sanitária do estado do Rio Grande do Sul. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2009.

BONIATTI, Josiane. Análise do perfil sócio profissional dos Gestores do SUS da região do Alto Uruguai. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão em Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Novo Hamburgo, 2012.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 182, p. 1-5, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 249, p. 4-5, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 141, n. 32, p. 37-41, 16 fev. 2004.

BRASIL. Políticas de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68 p. (Série C. Projetos, programas e relatórios).

BRASIL. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 144, n. 162, p. 34-38, 22 ago. 2007.



BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 148, n. 123, p. 1-3, 29 jun. 2011a.

CECCIM, Ricardo B. Educação Permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168, 2005b.

CECCIM, Ricardo B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.10, n. 4, p. 975-986, 2005a.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 4., 1967, Brasília. Anais [...]. Brasília: Ministério da Saúde, 1967.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 3., 1963, Niterói. Anais [...]. Niterói: Secretaria Municipal de Saúde, 1992.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2001, Brasília. Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: CONASS, 2011. 120 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, v. 9).

COSTA, Patrícia P. Dos projetos à política pública: reconstruindo a história da educação permanente em saúde. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

FERRAZ, Fabiane *et al.* Gestão de recursos financeiros da educação permanente em saúde: desafio das comissões de integração ensino-serviço. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, 2013.

FIGUEIREDO, Mariana D. A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: apoio Paideia e formação. 2012. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

FONSECA, João José S. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UECE, 2002. (Apostila).

FRANÇA, Tania (coord.). Análise da Política de Educação Permanente do SUS (PEPS) implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2016.

FRANÇA, Tania *et al.* Limites e possibilidades das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço: percepções dos gestores. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe3, p. 144-154, 2017.

GIGANTE, Renata Lúcia; CAMPOS, Gastão Wagner S. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 747-763, 2016.

GIL, Antônio Carlos. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONZAGA, Amanda W. L. G. A Política de Educação Permanente na V Regional de saúde de Pernambuco: o papel da CIES. 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

KLEBA, Maria E. *et al.* Fortalecendo o protagonismo da Comissão de Integração Ensino-Serviço para a educação permanente em saúde. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 38, n. 4, e2016-0008, 2017.

LEMOS, Márcio; FONTOURA, Marília. A integração da educação e trabalho na saúde e a Política de Educação Permanente em Saúde do SUS-BA. *Rev. baiana saúde pública*, v.33, n.1, p.113-120, 2009.

LIMA, Sayonara A. V.; ALBUQUERQUE, Paulette C.; WENCESLAU, Leandro D. Educação permanente em saúde segundo os profissionais da Gestão de Recife, Pernambuco. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 425-441, 2014.

LINO, Mônica M. *et al.* Educação permanente dos serviços públicos de saúde de Florianópolis, Santa Catarina. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 115-136, 2009.

LORENZETTI, Jorge *et al.* Gestão em saúde no Brasil: Diálogo com gestores públicos e privados. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 415-425, 2014.

MACÊDO, Bruno C. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: a experiência de Pernambuco. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

MEDEIROS, Cassia Regina G. *et al.* Planejamento regional integrado: a governança em região de pequenos municípios. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 26, n. 1, p.129-140, 2017.

MELLO, Amanda L.; ARNEMANN, Cristiane T. Educação Permanente em Saúde em movimento: narrativas de uma experiência. *Rev. Enferm. UFSM*, Santa Maria, v. 8, n. 1, p. 172-180, 2018.

MICCAS, Fernanda L; BATISTA, Sylvia Helena S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014.

MINAYO, Maria Cecília S. (org.). *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. 29. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2010.

MORAES, Katerine G.; DYTZ, Jane L. G. Política de Educação Permanente em Saúde: análise de sua implementação. *ABCS Health Sci.*, Santo André, v. 40, n. 3, p. 263-269, 2015.

MOREIRA, Sônia V. Análise documental como método e como técnica. *In: DUARTE, Jorge; BARROS, Antônio (org.). Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação*. São Paulo: Atlas, 2005. p. 269-279.

MOTTA, José I. J.; BUSS, Paulo; NUNES, Tânia C. M. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. *Olho mágico, Londrina*, v. 8, n. 3, 2001.

OLIVEIRA, Marluce A. N. Educação à distância como estratégia para a educação permanente: possibilidades e desafios. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 60, n. 5, p. 585-589, 2007.

PASCHOAL, Amarílis S.; MANTOVANI, Maria de Fátima; MEIER, Marineli J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. *Rev. esc. enferm. USP*. São Paulo, v. 41, n. 3, p. 478-484, 2007.

PERES, Cristiane; SILVA, Roseli F.; BARBA, Patrícia C. S. D. Desafios e potencialidades do processo de educação permanente em saúde. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 14 n. 3, p. 783-801, 2016.

PERNAMBUCO. Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Edital de Residência Multiprofissional em Saúde. Recife. SES-PE, 2018. Disponível em:  
[http://www.upenet.com.br/concursos/18\\_residencia\\_mult/arquivos/Edital\\_Mult.pdf](http://www.upenet.com.br/concursos/18_residencia_mult/arquivos/Edital_Mult.pdf)  
Acesso em: 12 dez. 2019.

PERNAMBUCO. Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Edital de Residência Multiprofissional em Saúde. Recife. SES-PE, 2019. Disponível em:  
[http://www.upenet.com.br/concursos/19\\_Residencia%20Mult/Publicacao/251018\\_ER RATA%204%20-%20RELEASES%20DAS%20%20MULTIPROFISSIONAL%20E%20UNIPROFISSIONAL%202019.pdf](http://www.upenet.com.br/concursos/19_Residencia%20Mult/Publicacao/251018_ER RATA%204%20-%20RELEASES%20DAS%20%20MULTIPROFISSIONAL%20E%20UNIPROFISSIONAL%202019.pdf). Acesso em: 20 jan. 2020.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Diretor de Regionalização. Recife: SES-PE, 2011. Disponível em:  
[http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass-versao\\_final1.doc\\_ao\\_conass\\_em\\_jan\\_2012.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass-versao_final1.doc_ao_conass_em_jan_2012.pdf). Acesso em: 12 dez. 2019.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Metas e resultados dos indicadores COAP 2013. Recife: SES-PE, 2013. Disponível em:

[http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/caderno.pe\\_.formatado.14.11.2013\\_0.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/caderno.pe_.formatado.14.11.2013_0.pdf). Acesso em: 20 jan. 2020.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, 2009-2010. Recife: SES-PE, 2009. Disponível em: [http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/peeps\\_pe\\_2009-2010.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/peeps_pe_2009-2010.pdf). Acesso em: 12 dez. 2019.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. VI Regional de Saúde de Pernambuco. Plano Regional de Educação Permanente em Saúde – 2010. Arcoverde: VI GERES, 2010b. Disponível em: [http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/6.\\_pareps\\_-\\_vi\\_regional\\_0.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/6._pareps_-_vi_regional_0.pdf). Acesso em: 06 nov. 2019.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, 2010-2011. Recife: SES-PE, 2010a. Disponível em: [http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/peeps\\_pe\\_2010-2011\\_0.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/peeps_pe_2010-2011_0.pdf). Acesso em: 12 dez. 2019.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde 2012 a 2015. Recife: SES-PE, 2012. Disponível em: [http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano\\_estadual\\_de\\_saude\\_2012-2015\\_0.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano_estadual_de_saude_2012-2015_0.pdf). Acesso em: 12 dez. 2019.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde 2016-2019. Recife: SES-PE, 2016. Disponível em: [http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano\\_estadual\\_de\\_saude\\_2016-2019.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano_estadual_de_saude_2016-2019.pdf). Acesso em: 20 jan. 2020.

PESSÔA, Luisa R. *et al.* A Educação Permanente e a cooperação internacional em saúde: um olhar sobre o fortalecimento da rede haitiana de vigilância, pesquisa e educação em saúde, no âmbito do Projeto Tripartite Brasil-Haiti-Cuba. *Divulg. saúde debate*, Rio de Janeiro, n. 49, p. 165-171, 2013.

PINAFO, Elisângela *et al.* Gestor do SUS em município de pequeno porte no estado do Paraná: perfil, funções e conhecimento sobre os instrumentos de gestão. *Espaço saúde*, Londrina, v. 17, n. 1, p. 130-137, 2016.

REIS, Yluska A. C. Consenso sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde do SUS. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

SARDINHA, Leticia *et al.* Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. *Enferm. glob.*, Murcia, v. 12, n. 29, 2013.

SCHOTT, Márcia. Análise das instâncias gestoras constituídas na implementação dos polos de Educação Permanente em Saúde no Estado do Rio de Janeiro. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

SCHOTT, Márcia. Articulação ensino-serviço: estratégia para formação e educação permanente em saúde. Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc., Uberaba, v. 6, n. 2, p. 264-268, 2018.

SIGNOR, Eduarda *et al.* Educação permanente em saúde: desafios para a gestão em saúde pública. Rev. Enferm. UFSM, Santa Maria, v. 5, n. 1, p. 1-11, 2015.

SIVA, Luiz *et al.* Educação permanente em saúde na ótica de membros das comissões de integração ensino-serviço. Rev Enferm UFSM 20. Rio Grande do Sul, v. 3 n. 2, p. 296-306, 2013.

SILVA, Luiz A. A.; LEITE, Marinês T.; PINNO, Camila. Contribuições das comissões de integração ensino-serviço na educação permanente em saúde. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 403-424. 2014.

SILVA, Kenia *et al.* Análise dos discursos referentes à educação permanente em saúde no Brasil (1970 a 2005). Trab. Educ. Saúde. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 1981-7746. 2019.

SOUZA, Renilson R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva. Brasília, v. 6 n.2. p.451-455. 2001.

STEYER, Maria Raquel P.; CADONÁ, Marco André; WEIGELT, Leni D. A Construção Regional de Políticas de Educação em Saúde: uma análise a partir da CIES (Comissão de Integração Ensino-Serviço) na Região 28 de Saúde – RS. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE DESENVOLVIMENTO REGIONAL, 8., 2017, Santa Cruz do Sul, RS. Anais [...]. Santa Cruz do Sul: UNISC, 2017.

STROSCHEIN, Karina A.; ZOCCHÉ, Denise A. A. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 505-519, 2011.

VENDRUSCOLO, Carine *et al.* Educação permanente como potencializadora da gestão do sistema de saúde brasileiro: percepção dos gestores. Rev. Enferm. UFSM, Santa Maria, v. 6, n. 1, p. 134-144, 2016.

VERGARA, S. C. Projetos e relatórios de pesquisa em administração. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

VIANA, A. *et al.* Novas perspectivas para a regionalização da saúde. São Paulo em Perspectiva, v. 22, n. 1, p. 92-106, 2008.

VIANA, Ana *et al.* Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.2, p.413-422, 2015.

## **APÊNDICE A – PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**CARTILHA: POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DA VI REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO PARA GESTORES E MEMBROS DA CIES**

**SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO  
DIRETORIA EXECUTIVA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM  
SAÚDE**

**THAYSE CAVALCANTE BARROS**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**CARTILHA PARA GESTORES E MEMBROS DA CIES SOBRE A POLÍTICA DE  
EDUCAÇÃO PERMANENTE DA VI REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**

Projeto de Intervenção vinculado à dissertação do Programa de pós-graduação *Strictu Sensu* - Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz com vistas à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CIES	Comissões Integração Ensino Serviço Saúde
DEGTES	Diretoria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na
DEPOGI	Diretoria Executiva de Planejamento, Orçamento e Gestão da Informação.
EPS	Educação Permanente em Saúde
GERES	Gerencia Regional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAREPS	Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PEPS	Polos de Educação Permanente em Saúde
SUS	Sistema único de Saúde
SGTES	Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>04</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO GERAL .....</b>	<b>06</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivos Específicos .....</b>	<b>06</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>07</b>
<b>4</b>	<b>MÉTODO .....</b>	<b>09</b>
<b>4.1</b>	<b>Cenário da Intervenção .....</b>	<b>09</b>
<b>4.2</b>	<b>Sujeitos da Intervenção.....</b>	<b>09</b>
<b>4.3</b>	<b>Estratégia .....</b>	<b>09</b>
<b>4.4</b>	<b>Recursos utilizados.....</b>	<b>11</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS.....</b>	<b>12</b>
<b>6</b>	<b>AVALIAÇÃO .....</b>	<b>13</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>14</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), criada em 2003, pelo Ministério da Saúde, ficou responsável institucionalmente pela construção e implementação da inédita Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. (CARDOSO et al., 2017).

A PNEPS no sistema de saúde brasileiro se propõe a agregar organicamente ações de ensino, serviço, gestão e controle social em torno da noção de educação e trabalho em saúde. Esta Política tem sido tomada como preciosa estratégia de transformação do processo de trabalho em saúde, com vistas à melhoria da qualidade do serviço, favorecendo a integralidade e a equidade do cuidado e o acesso aos serviços de saúde (COSTA, 2006).

Em agosto de 2007, a PNEPS foi alterada pela Portaria GM/MS nº 1996. As Comissões Integração Ensino Serviço (CIES) e os Colegiados de Gestão substituem os Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) na gestão da Educação Permanente em Saúde (EPS) (LEMOS, 2016).

De acordo com a Portaria n. 1.996, os Colegiados de Gestão Regional são compostos “pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e por representantes do (s) gestor (es) estadual (ais)” cabe “instituir processo de planejamento regional para a Educação Permanente em Saúde que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente e o apoio para o processo de planejamento local” (BRASIL, 2007).

Steyer; Cadoná e Weigelt (2017), enfatiza que, Apesar da portaria conferir aos Colegiados de Gestão papel de destaque no planejamento e implementação das políticas regionais de educação permanente em saúde, a portaria ainda atribui grande importância a CIES como espaço de Formulação, implementação e desenvolvimento de políticas estratégicas (regionais) da política de educação permanente em saúde.

Após as alterações realizadas através da portaria, iniciou-se as criações das comissões regionais nos estados, em Pernambuco iniciou-se em 2008, expandindo-se por todas as 12 regionais de saúde. A CIES da VI Regional de saúde foi criada no ano de 2010, três anos após a criação da portaria, tendo seu regimento Interno

finalizado em agosto de 2014, onde constam todas as regras para funcionamento da comissão bem como sua composição.

Diante dos resultados identificados através da análise dos documentos relativos à Política de Educação Permanente na VI Regional de Saúde de Pernambuco, através dos questionários aplicados, e, ainda, da necessidade da pesquisadora em apresentar proposta de intervenção junto à Regional, o presente projeto propõe a elaboração de uma Cartilha Virtual que aborde além da trajetória da implantação da política, os avanços e desafios deste processo, e recomendações para possíveis melhoramentos das ações.

## **2 OBJETIVO GERAL**

Elaborar Cartilha Virtual sobre a Política de Educação Permanente em Saúde, para disponibilização aos atores envolvidos no processo.

### **2.1 Objetivos específicos**

- a)** Apresentar a Cartilha Virtual ao Gerente da VI regional de Saúde para aprovação e aceite;
  - b)** Publicar a Cartilha no site portal saúde PE;
  - c)** Divulgar a Cartilha junto aos gestores municipais e membros da CIES da VI Regional;
- .

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

A inserção do conceito de Educação Permanente no Brasil ocorreu por meio do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), na década de 1980, e teve como foco a construção de um novo referencial pedagógico que possibilitasse o maior envolvimento do trabalhador no processo produtivo da saúde, orientado para melhoria da qualidade. O intuito era de transformar as práticas de saúde através de um modelo pautado na aprendizagem em uma relação com o próprio processo de trabalho. (FERREIRA et al, 2019).

O Ministério da Saúde (MS), em 2003, instituiu a SGTES, com a responsabilidade de formular políticas públicas no âmbito do trabalho e da educação das profissões e trabalhadores da saúde, em 2004 foi implantada a PNEPS, uma proposta do Departamento de Gestão da Educação na Saúde para promover a formação dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS). Após a publicação desta política a educação permanente ganhou destaque no desenvolvimento dos profissionais para a realidade dos serviços, visando à articulação interinstitucional entre gestores estaduais e municipais, instituições de ensino, docentes e estudantes, instâncias de controle social em saúde e serviços de atenção à saúde, através da implantação de três dispositivos: os polos de educação permanente em saúde, a formação de facilitadores de educação permanente e a rede de municípios colaboradores, (BRASIL, 2004).

Machado, et al (2015) coloca que a Educação Permanente dos trabalhadores assumiu relevância entre os desafios reconhecidos pela gestão do SUS, pois apresentou-se como recurso indispensável para ampliar a capacidade de autoavaliação e autogestão, a partir do uso da metodologia problematizadora, que visa reorganizar as práticas a partir das lacunas existentes entre o cenário real e as ideologias do sistema de saúde

Em 2007, com a publicação da Portaria nº 1.996, que reafirmou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e estabeleceu novas diretrizes e estratégias para a sua implementação, pressupõe-se que as concepções que norteiam a educação permanente no setor saúde sofreram modificações no que se refere às definições e à sua aplicação nos serviços (CAMPOS, SENA E SILVA, 2017).

No artigo 6º da Portaria n. 1.996, define as atribuições das CIES: “apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde”; “articular instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores”; “incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação”; “contribuir para o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação das ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde implementada”; “apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, na proposição de intervenções nesse campo e no planejamento e desenvolvimento de ações que contribuam para o cumprimento das responsabilidades assumidas nos respectivos Termos de Compromisso de Gestão” (BRASIL, 2007).

Na nova formulação, a condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se daria por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs), com o apoio das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIESs), as CIESs são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, da condução e do desenvolvimento da Política de Educação em Saúde (BRASIL, 2004).

Em Pernambuco, a estruturação da Política de Educação Permanente, iniciou com a constituição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço – CIES nas 12 Regionais de Saúde e da CIES Estadual, elaboração dos Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde – PAREPS, contando com o assessoramento e suporte técnico da Diretoria Geral de Educação em Saúde, por meio da contratação de Apoiadores Institucionais, entre outras ações (PERNAMBUCO, 2009).

## 4 MÉTODO

A realização do presente projeto de intervenção, ocorrerá obedecendo as etapas a conforme descrição a seguir:

### 4.1 Cenário da Intervenção

A intervenção será realizada no município de Arcoverde, município integrante da Mesorregião do Sertão Pernambucano e pertence à Microrregião do Sertão do Moxotó. Situa-se a oeste de Recife, capital estadual, distante desta 256 km. Ocupa uma área de 350,899 km<sup>2</sup>. Segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2020, Arcoverde apresenta a população em 74. 822 habitantes (IBGE, 2020).

A sede da VI regional de Saúde será o local específico da intervenção do presente projeto.

### 4.2 Sujeitos da Intervenção

O presente projeto de intervenção que consiste na produção e disponibilização de Cartilha Virtual será direcionado a todos os gestores municipais e membros da CIES regional. Vale ressaltar que por se tratar de Cartilha Virtual, disponível na rede de internet pública, poderá ser acessada por qualquer usuário que tenha interesse em conhecer mais sobre este instrumento de gestão.

### 4.3 Estratégia

O presente Plano de Intervenção será desenvolvido de acordo com as etapas descritas no Quadro 1, a seguir. Para cada etapa apresenta estratégias que deverão ser desenvolvidas dentro de um prazo determinado, a fim do cumprimento das mesmas.

**Quadro 1: Etapas e cronogramas a serem seguidos para aplicação do Plano de Intervenção na VI Gerencia Regional de Saúde (GERES)**

<b>1ª Etapa:</b>	
<b>Elaborar esboço da Cartilha Virtual</b>	
<b>Estratégias</b>	<b>Cronograma</b>
Planejar o conteúdo a ser apresentado na Cartilha (conteúdo, linguagem, organização, <i>layout</i> e ilustrações).	Jan/2021
Sistematizar as informações e elaborar a versão preliminar da Cartilha	Fev/2021
<b>2ª Etapa:</b>	
<b>Apresentar versão preliminar da Cartilha para equipe gestora da VI GERES</b>	
<b>Estratégias</b>	<b>Cronograma</b>
Articular agenda e espaço para realização da apresentação	Março/2021
Apresentar a versão preliminar	Março/2021
Discutir e avaliar com a equipe conteúdo e formato de apresentação da Cartilha	Março/2021
Articular com a equipe gestora agenda com o gestor da Secretaria de Saúde para realização da etapa seguinte	Março/2021
Revisar esboço da Cartilha a partir das sugestões da equipe gestora	Março/2021
<b>3ª Etapa:</b>	
<b>Apresentar versão revisada na etapa anterior ao gerente da VI Regional de Saúde e Presidente da CIES Regional</b>	
<b>Estratégias</b>	<b>Cronograma</b>
Apresentar esboço revisado da Cartilha	Abril/2021
Discutir, avaliar e validar o conteúdo e formato de apresentação da Cartilha	Abril/2021
Solicitar autorização para finalização do projeto de confecção da Cartilha e publicação no site: <a href="http://portal.saude.pe.gov.br/">http:// portal.saude.pe.gov.br/</a>	Abril/2021
Articular parceria, caso se obtenha a autorização, para revisão da edição final do material ( <i>design</i> e diagramação) pela equipe da Diretoria Executiva de Planejamento, Orçamento e Gestão da Informação (DEGTES).	Abril/2021
<b>4ª Etapa:</b>	
<b>Apresentar a Cartilha para os Gestores municipais e Membros da CIES</b>	
<b>Estratégias</b>	<b>Cronograma</b>
Articular junto ao setor responsável, agenda e espaço adequado para apresentação da Cartilha aos gestores municipais e membros da CIES.	Mai/2021
<b>5ª Etapa:</b>	
<b>Publicar a Cartilha e divulgar junto aos atores envolvidos</b>	
<b>Estratégias</b>	<b>Cronograma</b>
Publicar a Cartilha no site <a href="http://portal.saude.pe.gov.br/">http:// portal.saude.pe.gov.br/</a>	Jun/2021
Encaminhar a Cartilha para o e-mail dos gestores municipais, membros da CIES e trabalhadores para recebimento de informações.	Jun/2021
Divulgar a publicação da Cartilha nas reuniões do Núcleo Gestor da DEGTES	Jun/2021

Fonte: Elaborado pela autora.



Conforme descrito no Quadro 1 a consecução do projeto compreende 05 etapas. A primeira consiste no planejamento da elaboração da cartilha em que será realizada pesquisa bibliográfica sobre técnicas de elaboração de material de divulgação a fim de subsidiar e coordenar as ideias para a elaboração da primeira versão do material. A segunda etapa, já com o esboço preliminar da Cartilha Virtual, o produto será apresentado à equipe gestora da VI GERES. Nessa etapa, além de apresentar a proposta, discutir e avaliar o conteúdo da Cartilha para obtenção de contribuições de adequações no material a ser confeccionado, será importante para articular, junto aos gestores, o agendamento da etapa seguinte, qual seja, apresentar ao Gerente da VI Regional e presidente da CIES Regional.

A terceira etapa será decisiva para finalização do projeto de intervenção, pois nela, além de discutir e avaliar o conteúdo da Cartilha pretende-se validar e obter autorização do gestor maior para a consecução e finalização do projeto. No caso de resultado positivo, pretende-se ainda articular parceria junto à equipe da Diretoria Executiva de Planejamento, Orçamento e Gestão da Informação para revisão da edição final do material (*design* e diagramação).

A quarta etapa, já com a Cartilha finalizada, consistirá em apresentar o produto às entidades representantes de trabalhadores para dar conhecimento e articular parceria para divulgação junto aos trabalhadores. Na quarta etapa a cartilha será apresentada a todos os gestores e membros da CIES. A última etapa consistirá na publicação, através do site: <http://portal.saude.pe.gov.br/>, e divulgação através de e-mail dos gestores municipais, membros da CIES e trabalhadores para recebimento de informações, além de divulgação nas reuniões do Núcleo Gestor da DEGTEs.

#### 4.4 Recursos Necessários

Para a execução desse projeto será necessário dispor de recursos humanos e materiais, conforme descrito abaixo:

- Recursos Humanos (todos os recursos humanos utilizados para aplicação do Plano de Intervenção serão da VI Regional de Saúde.

- Orçamento:

**Quadro 2: Orçamento para aplicação do Plano de Intervenção**

Material	Quantidade	Valor unitário	Valor total
Papel ofício A4	02 resmas	R\$ 22,94	R\$ 45,88
Tinta para impressora	01 unidade	R\$ 77,05	R\$ 77,05
Computador	01 unidade	Já existente	-----
Impressora	01 unidade	Já existente	-----
Datashow	01 unidade	Já existente	-----
<b>Total</b>			<b>R\$ 122,93</b>

O financiamento do presente plano de intervenção será parte realizado pela autora, quando se trata dos recursos financeiros descritos no Quadro 2, e parte em parceria com a VI Regional de Saúde, que disponibilizará os recursos tecnológicos necessários. O planejamento e a condução da intervenção ficarão a cargo da autora.

## **5 RESULTADOS ESPERADOS**

Através dos resultados identificados é possível observar que existe muita fragilidade na condução da EPS da VI Regional de Saúde, que tanto gestores como membros, identificam muitas dificuldades em relação a realizações das ações planejadas. Assim, a partir da disponibilização da Cartilha Virtual, pretende-se fortalecer a CIES Regional enquanto espaço de importância na execução da PNEPS, dando visibilidade aos resultados já alcançados ao longo do período de implementação e incentivando os atores envolvidos para avançar no processo de cumprimento no desenvolvimento da política.

## **6 AVALIAÇÃO**

Considerando que o produto dessa intervenção será uma publicação que estará disponível na internet, não sendo possível fazer avaliação com todo o público a ser atingido, a avaliação ocorrerá em dois momentos: o primeiro na ocasião da apresentação da versão inicial ao gerente da VI Regional de Saúde, o que permitirá a realização de ajustes e o segundo, já com a versão final, no momento da apresentação aos gestores municipais e membros da CIES Regional.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas de formação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde. Polos de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 144, n. 162, p. 34-38, 22 ago. 2007.

CARDOSO, Maria Lúcia M. *et al.* A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1489-1500, 2017.

CAMPOS, Kátia F. C.; SENA, Roseni R.; SILVA, Kênia L. Educação permanente nos serviços de saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, e20160317, 2017.

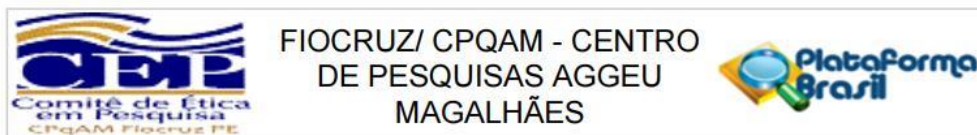
COSTA, Patricia P. **Dos projetos à política pública**: reconstruindo a História da educação permanente em saúde. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

LEMOS, Cristiane L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 913-922, 2016.

STEYER, Maria R. P.; CADONÁ, Marco A.; WEIGELT, Leni D. A Construção Regional de Políticas de Educação em Saúde: uma análise a partir da CIES (Comissão de Integração Ensino-Serviço) na Região 28 de Saúde – RS. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE DESENVOLVIMENTO REGIONAL, 8., 2017, Santa Cruz do Sul, RS. **Anais [...]**. Santa Cruz do Sul: UNISC, 2017.



## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP/CPQAM)



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A Política de Educação Permanente para trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família em Pernambuco, Rio de Janeiro e Bahia: a análise dos trabalhadores e gestores

**Pesquisador:** Katia Rejane de Medeiros

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 73841417.0.0000.5190

**Instituição Proponente:** FUNDACAO OSWALDO CRUZ

**Patrocinador Principal:** FUNDACAO DE AMPARO A CIENCIA E TECNOLOGIA - FACEPE

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.199.582

#### Apresentação do Projeto:

Trata se de um estudo exploratório com abordagem quantitativa e qualitativa. Multicêntrico com campo nos estados de Pernambuco, Rio de Janeiro e Bahia.

O estudo envolve o Instituto Aggeu Magalhães IAM/Fiocruz, o Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro /IMS/UERJ, o que o torna uma pesquisa multicêntrica.

#### Objetivo da Pesquisa:

Analisar a política de educação permanente focalizando as ações dirigidas a estratégia de saúde da família, nos estados de Pernambuco, Rio de Janeiro E Bahia.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos para as equipes envolvidas neste estudo podem ser caracterizados como algum desconforto ou constrangimento durante os grupos focais e no caso dos resultados obtidos demonstrarem resultados insatisfatórios relacionados diretamente aos seus processos de trabalho.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa considerada relevante.

**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

Página 01 de 03

wondershare



FIOCRUZ/ CPQAM - CENTRO  
DE PESQUISAS AGGEU  
MAGALHÃES



Continuação do Parecer: 3.199.582

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados todos os documentos e demais declarações exigidas pelo sistema CEP/CONEP e em atendimento à Res. CNS 466/12 e Res 510/16.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O referido projeto, nesta versão, apresenta todas as informações necessárias para compreensão do estudo. Não foram observados óbices éticos nos procedimentos que envolvem seres humanos ou instituições, portanto está apto para sua execução.

**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
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ATUALIZADO.docx	13/03/2019 17:11:10	Janaina Campos de Miranda	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_667875.pdf	14/11/2018 17:34:07		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado.pdf	14/11/2018 17:33:35	Katia Rejane de Medeiros	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto.pdf	14/11/2018 17:15:27	Katia Rejane de Medeiros	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_ANTERIOR.pdf	14/11/2018 17:13:06	Katia Rejane de Medeiros	Aceito
Orçamento	Orcamento_reformulado.pdf	14/11/2018 17:10:42	Katia Rejane de Medeiros	Aceito
Declaração de Pesquisadores	AnuenciaJuliana.pdf	14/11/2018 17:09:29	Katia Rejane de Medeiros	Aceito
Declaração de Pesquisadores	AnuenciaBruno.pdf	14/11/2018 17:09:07	Katia Rejane de Medeiros	Aceito
Declaração de Pesquisadores	AnuenciaAmanda.pdf	14/11/2018 17:08:32	Katia Rejane de Medeiros	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

Página 02 de 03

wondershare





FIOCRUZ/ CPQAM - CENTRO  
DE PESQUISAS AGGEU  
MAGALHÃES



Continuação do Parecer: 3.199.582

Declaração de Pesquisadores	AnuenciaMauricea.pdf	14/11/2018 17:08:08	Katia Rejane de Medeiros	Aceito
Declaração de Pesquisadores	AnuenciaTania.pdf	14/11/2018 17:07:36	Katia Rejane de Medeiros	Aceito
Declaração de Pesquisadores	AnuencialSABELA.pdf	14/11/2018 17:07:12	Katia Rejane de Medeiros	Aceito
Declaração de Pesquisadores	AnuenciaKatia.pdf	14/11/2018 17:06:46	Katia Rejane de Medeiros	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIADIRECAOIAM.pdf	14/11/2018 17:05:41	Katia Rejane de Medeiros	Aceito
Cronograma	Cronograma_reformulado.pdf	14/11/2018 16:48:13	Katia Rejane de Medeiros	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETO_PPSUS_ATUALIZADO.pdf	14/11/2018 16:47:18	Katia Rejane de Medeiros	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEREFORMLADO.pdf	14/11/2018 16:45:43	Katia Rejane de Medeiros	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	14/11/2018 11:41:44	Katia Rejane de Medeiros	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RECIFE, 14 de Março de 2019

Assinado por:  
Janaina Campos de Miranda  
(Coordenador(a))

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

Página 03 de 03

wondershare