

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

BRUNO COSTA DE MACEDO

A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE  
EM TRÊS ESTADOS DA REGIÃO NORDESTE

RECIFE  
2016

BRUNO COSTA DE MACEDO

A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM  
SAÚDE EM TRÊS ESTADOS DA REGIÃO NORDESTE

Dissertação apresentada ao Curso de  
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do  
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães,  
Fundação Osvaldo Cruz, como requisito à  
obtenção do título de Mestre em Ciências.

**Orientadora:** Dra. Katia Rejane Medeiros

RECIFE

2016

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

---

M141i Macedo, Bruno Costa de  
A institucionalização da política de educação permanente em saúde em três estados da Região nordeste/ Bruno Costa de Macedo.— Recife: [s. n.], 2016.

142 p.: il.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.  
Orientadora: Dra. Katia Rejane Medeiros.

1. Política de Saúde. 2. Educação Continuada. 3. Descentralização. 4. Regionalização. 5. Sistema Único de Saúde. 6. Avaliação em Saúde. 7. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. I. Medeiros, Katia Rejane. II. Título.

CDU 614.2

---

BRUNO COSTA DE MACEDO

A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM  
SAÚDE EM TRÊS ESTADOS DA REGIÃO NORDESTE

Dissertação apresentada ao Curso de  
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do  
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães,  
Fundação Osvaldo Cruz, como requisito à  
obtenção do título de Mestre em Ciências.

Data de Aprovação: 28 de abril de 2016

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Katia Rejane Medeiros  
(Orientadora – CPqAM/Fiocruz)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tânia França  
(Membro Externa – IMS/UERJ)

---

Prof. Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Junior  
(Membro Interno – CPqAM/Fiocruz)

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente à minha companheira Juliana, minha orientadora Katia, minha Família de sempre e minhas Famílias do caminho, por superarem tudo que se pode esperar de quem ocupa tais espaços na vida de uma pessoa.

Segundamente aos meus companheiros de labuta entre os anos de 2013 e 2015, que mesmo na adversidade das controversas trabalhistas que cercam os trabalhadores do SUS, contribuíram fundamentalmente à esse momento;

Aos amigos Gilberto Pereira e Nadja Christine por me ensinarem muito do pouco que sei para trabalhar com planilhas eletrônicas; e

Finalmente, à todxs aqulxs que, distantes dos holofotes da academia científica e como se fossem inexoráveis ao crítico momento político que vivemos, apesar da perfídia que é o Marcelo Castro (dentre tantas outros), seguem na disputa por um sistema de saúde público democrático de direito.

*"Começamos oprimidos pela sintaxe e acabamos às voltas com a Delegacia de Ordem Política e Social, mas, nos estreitos limites a que nos coagem a gramática e a lei, ainda nos podemos mexer"*

*(Graciliano Ramos)*

MACEDO, Bruno Costa de. **A Institucionalização da política de educação permanente em saúde em três Estados da Região Nordeste**. 2016. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.

## RESUMO

O presente estudo analisou a conformação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em três estados da região Nordeste a partir de seu caráter interfederativo, reafirmado pelo Pacto Pela Saúde. Buscou-se responder “como a Política de Educação Permanente em Saúde se institucionalizou na região Nordeste?”. Para isso, o percurso metodológico empregou a triangulação de métodos, recorrendo a pesquisa documental e análise de conteúdo dos Planos de Saúde, de Educação Permanente em Saúde e Relatórios Anuais de Gestão; além da aplicação de um questionário *on line* aos gestores da política nas Secretarias de Estado da Saúde de Paraíba, Pernambuco e Sergipe sobre a PNEPS nos respectivos UF. A análise foi realizada por meio de oito categorias que possibilitaram identificar as relações interfederativas estabelecidas a partir da organização, dos objetivos, dos atores envolvidos, do controle, dos recursos, dos focos e dos espaços e instancias de governança. Como resultado identificou-se uma política pouco inovadora frente a Educação Continuada, marcada pela homogeneidade entre os estados e a fragmentação das ações. Centrada nos trabalhadores de nível superior, ao mesmo passo em que negligencia atores institucionais essenciais, constituiu-se uma política fortemente centralizada na esfera estadual, ao mesmo tempo em que os municípios demandam e definem as ações à serem executadas. Dentre os potenciais avanços, destaca-se o protagonismo das instituições de ensino para o desenvolvimento da política tanto enquanto “executoras” como parceiras no desenvolvimento de novas estratégias para o fortalecimento da integração ensino-serviço, a exemplo das “Redes de Escolas SUS”.

**Palavras-Chave:** Política de Saúde; Educação Permanente; Descentralização; Regionalização; SUS; Avaliação em Saúde; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde.

MACEDO, Bruno Costa de. **A Institucionalização da política de educação permanente em saúde em três Estados da Região Nordeste**. 2016. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.

### **ABSTRACT**

This study analyzed the conformation of the National Permanent health education's Policy (PNEPS) in three states in the Northeast of Brazil, starting from its inter-federative character, reaffirmed by the Pact for Health. The study aimed to answer the question: "How Permanent health education's Policy is institutionalized in the Northeast of Brazil?". For this, the methodological approach used was triangulation method, using documental research, content analysis of health plans and annual permanent health education's management reports besides the application of an on-line questionnaire to the PNEPS' managers from the health departments in the states of Paraíba, Pernambuco and Sergipe. The analysis was performed using eight categories that allowed the identification inter-federative relationships established by the organizations, the objectives, the stakeholders, the control, the resources, the focus, and the spaces and instances of governance. As a result, the study identified a little innovative policy, compared to the Continuing Education, marked by homogeneity between the states and the fragmentation of actions. Focused on higher-education workers and, at the same step, overlooking key institutional actors, it constituted a strongly centralized policy at the state level, while municipalities define the actions to be performed. Among the potential advances, can be highlighted the role of educational institutions in developing the policy as "executing agencies" as much as being partners in developing new strategies for enhancing the integration between teaching and service like "SUS' network of schools".

Keywords: Health Policy; Continuing Education; decentralization; regionalization; SUS; Health Evaluation; Program Evaluation and Health Projects.



## LISTA DE QUADROS

Quadro1 - Documentos estaduais da região nordeste disponíveis em ambiente virtual entre setembro e dezembro de 2014 .....	49
Quadro 2 - Número de documentos submetidos à análise documental .....	52
Quadro 3 - Categorias de Análise e Relação com os Objetivos do Estudo...	54
Quadro 4 - Categorias e Subcategorias de Análise .....	60
Quadro 5 - Principais áreas/atividades sob a responsabilidade do setor de EPS das SES .....	65
Quadro 6 - Competências do setor de EPS das SES consideradas de maior importância pelos respondentes .....	67
Quadro 7 - Principais aspectos positivos dos PEEPS identificados pelas SES .....	68
Quadro 8 - Relevância das estratégias federais para a Gestão do Trabalho e da educação na Saúde, segundo os respondentes (1 a 5) .....	73
Quadro 9 - Existência, composição e frequência de reuniões das CIES nos 3 estados estudados .....	80
Quadro 10 - Relação entre as CIES's e as CIR's por SES .....	81
Quadro 11 - Papel da CIES para PNEPS por SES .....	81
Quadro 12 - Atores que participam do planejamento para execução das ações do PEEPS .....	88
Quadro 13 - Caracterização das escolas de saúde dos estados estudados, a partir dos PEEPS .....	90
Quadro 14 - Critérios utilizados para definição da clientela das ações de EPS .....	96
Quadro 15 - Recursos disponíveis à gestão da PNEPS nas SES analisadas .....	99
Quadro16 - Fontes e Execução de recursos financeiros da PNEPS .....	103
Quadro 17 - Dificuldades encontradas para a execução dos recursos da PNEPS pelas SES .....	104
Quadro 18 - Síntese da construção dos PEEPS nas três UF .....	106
Quadro 19 - Dimensões considerados nas avaliações das ações de EPS nas SES .....	110

Quadro 20 - Instrumentos utilizados para o monitoramento das ações de EPS .....	111
Quadro 21 - Ações decorrentes das avaliações e monitoramento das ações de EPS .....	112

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Proporção entre total e ações e ações dos PEEPS .....	73
Gráfico 2 - Proporção entre o total de ações analisadas por área .....	73
Gráfico 3 - Proporção entre ações oriundas dos PEEPS por área .....	74
Gráfico 4 - Percentual de ações de EPS identificadas nos PEEPS por Âmbito .....	96
Gráfico 5 - Proporção de ações por tipo de documento .....	107
Gráfico 6 - Quantidade de ações analisadas a partir dos PEEPS .....	109
Gráfico 7 - Proporção entre as ações exclusivas de um tipo de documento.	109

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Ações analisadas classificadas por tipo e por tipo de documento	63
Tabela 2 - Ações dos PEEPS classificadas por tipo .....	64
Tabela 3 - Ações da área Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (GTES) por Tipo de Ação e Tipo de Documento .....	71
Tabela 4 - Ações de área Atenção à Saúde classifica em subáreas .....	75
Tabela 5 - Ações classificadas por Escolaridade do Público Alvo .....	77
Tabela 6 - Percentual ações por tipo e por SES .....	91
Tabela 7 - Área de Gestão do SUS por Subáreas .....	92
Tabela 8 - Área de Gestão do SUS por Público Alvo .....	93
Tabela 9 - Percentual de ações de EPS identificadas no PEEPS por Âmbito	97
Tabela 10 - Principais dificuldades enfrentadas para implementação dos PEEPS .....	101
Tabela 11 - Frequência de Ações por tipo de Documento .....	107

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIES	Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNRH	Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
Degerts	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESPPE	Escola de Saúde pública de Pernambuco
GERES	Gerência Regional de Saúde do Estado
IES	Instituição de Ensino Superior
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAREPS	Plano de Ação Regional para Educação Permanente em Saúde
PB	Paraíba
PE	Pernambuco
PEEPS	Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde
PEPS	Política de Educação Permanente em Saúde
PES	Plano Estadual de Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
RAG	Relatório Anual de Gestão
SE	Sergipe
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SGETS	Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCG	Termo de Compromisso de Gestão

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	19
<b>2.1 Objetivos Específicos</b> .....	19
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	20
<b>3.1 A Regionalização do SUS: da municipalização às Redes de Atenção</b>	20
<b>3.2 A Educação Permanente em Saúde</b> .....	28
<b>3.3 A Educação Permanente no Brasil</b> .....	33
<b>3.4 Do Conceito à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde</b>	34
<b>3.5 A Institucionalização da PNEPS</b> .....	41
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	48
<b>4.1 Período do estudo</b> .....	48
<b>4.2 Área e Sujeitos do Estudo</b> .....	49
<b>4.3 Instrumentos de coleta</b> .....	49
4.3.1 Pesquisa Documental .....	50
4.3.2 Revisão Bibliográfica e Definição dos Elementos de Análise .....	52
4.3.3 Questionário .....	57
4.3.3.1 <i>Critérios de Inclusão</i> .....	58
4.3.3.2 <i>Critério de Exclusão</i> .....	58
<b>4.4 Análise dos Dados</b> .....	59
<b>4.5 Considerações Éticas</b> .....	61
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	62
<b>5.1 Analisando as Ações de EPS nos Estados da Paraíba, Pernambuco e Sergipe</b> .....	62
5.1.1 Foco Gerencial .....	63
5.1.1.1 <i>Do tipo de ações</i> .....	63
5.1.1.2 <i>Responsabilidade do setor de educação permanente em saúde das SES</i> .....	65
5.1.1.3 <i>Prioridades</i> .....	66
5.1.2 Objetivos Enfatizados .....	69
5.1.2.1 <i>Integração ensino-serviço e a relação com as ações da política de gestão do trabalho</i> .....	69

5.1.2.2 Áreas do SUS priorizadas pelas SES .....	72
5.1.2.3 Público Alvo das ações de EPS .....	76
<b>5.2. A Organização da Política nos Estados da Região .....</b>	<b>77</b>
5.2.1 Espaços Internos de Pactuação .....	78
5.2.2 Instâncias Estratégicas de Coordenação Interorganizacional .....	82
5.2.2.1 Sergipe .....	82
5.2.2.2 Pernambuco .....	84
5.2.2.3 Paraíba .....	84
5.2.3 Atores Envolvidos e Amplitude de Inserção .....	87
5.2.3.1 O papel das escolas técnicas do SUS .....	89
5.2.3.2 Participação das Instituições de Ensino .....	90
5.2.3.3 Outros atores .....	92
5.2.4 Foco de Poder .....	93
<b>5.3 Do Planejamento à Implementação das Ações .....</b>	<b>98</b>
5.3.1 Recursos Envolvidos .....	98
5.3.1.1 Dificuldades para implementação dos PEEPS .....	100
5.3.1.2 Composição do financiamento e dificuldades para sua execução .....	102
5.3.2 Foco de Controle .....	103
5.3.2.1 O controle referido .....	110
<b>6 CONCLUSÕES .....</b>	<b>113</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>116</b>
<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>126</b>
<b>APÊNDICE B – Questionário aplicado aos gestores de EPS .....</b>	<b>127</b>
<b>Anexo A – Declaração do CEP/IMS/UERJ .....</b>	<b>141</b>
<b>Anexo B – Repasses federais anuais destinados a Política de Educação Permanente em Saúde aos Estados da Região Nordeste, entre 2007 e 2014, por portaria ministerial .....</b>	<b>142</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Desde a promulgação das Leis 8.080 e 8.142, em 1990, há quatro questões centrais para implementação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS): a descentralização, o financiamento, a participação social e os recursos humanos (BRASIL, 1990a, 1990b).

Fortemente influenciada e fortalecida pelo movimento da Reforma Sanitária, marcado pela realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde – CNS, em 1986, a Constituição Federal de 1988 consagrou a Saúde enquanto um direito de todos e um dever do Estado e consolidou a descentralização enquanto um princípio que, juntamente com a hierarquização, orientam a consolidação de redes regionalizadas de serviços de saúde. Finalmente compondo um Sistema Único, organizado segundo três diretrizes básicas: Descentralização; Atendimento integral centrado nas ações preventivas, sem prejuízo aos serviços de assistenciais; e a participação da comunidade (COHN, 2012).

No entanto, muito antes já era possível encontrar referências à questão dos recursos humanos para a saúde, bem como quanto a sua qualificação. As 3ª e 4ª CNS, em 1963 e 1967 respectivamente, 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 deveria gerar consciência de seu trabalho (COSTA, 2006). Dentre outros aspectos, cabe destacar que na 3ª CNS saíram as primeiras reivindicações sobre a municipalização, além de ter sido a primeira conferência realizada após a desvinculação dos Ministérios da Saúde e da Educação, anteriormente um único ministério. A priori, tal fato não parece ter qualquer relevância, todavia, é irônico considerando a pouquíssima relação entre os órgãos nas últimas décadas.

Desde então, todas as CNS deliberaram acerca da questão dos recursos humanos para a saúde, destacando-se a 8ª CNS, que deliberou pela 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRH), e a 13ª CNS, que ratificou as novas diretrizes para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a qual adequava a consolidação da regionalização do SUS através do Pacto Pela Saúde (FERREIRA; MOURA, 2006; STROSCHEIN; ZOCCHÉ, 2011).

Contudo, segundo Machado (2005), a década que seguiu foi caracterizada pelo prevaletimento de valores neoliberais em detrimento aos preceitos da Reforma



Sanitária, o que consistiu em um importante retrocesso para a questão dos Recursos Humanos para a Saúde. Um exemplo disto, dentre outras questões, foi a reversão da concepção de que os trabalhadores consistiam “peça-chave” para a consolidação do SUS. Assim, a década de 1990 é caracterizada pelo abandono das pautas essenciais ao trabalho no SUS e instala um período chamado de “década perdida para os recursos humanos em saúde”.

A partir dos anos 2000, inicialmente por meio das Normas Operacionais da Assistência à Saúde e consolidado pelo Pacto Pela Saúde, retomou-se um movimento institucional de superação do primeiro modelo de descentralização adotado no Brasil – a municipalização – em detrimento a um modelo regionalizado, hierarquizado e organizado em redes de serviços (ANDRADE, 2011; BRASIL, 2001, 2002; SANTOS, 2013). Sendo a regionalização assumida enquanto arranjo primário e essencial à reorganização da atenção à saúde no país, reorientando a conformação de unidades assistenciais e redes de serviços articulados e referenciados às regiões de saúde (VIANA, 2011).

Nesse contexto, é instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, em 2004, pela recém criada Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETS). Implementada por meio dos Polos de Educação Permanente em Saúde, instâncias locais, interinstitucionais, de gestão colegiada, que tinham a finalidade de identificar as necessidades do SUS regionalmente e propor estratégias articuladas entre Gestão, Educação, Controle Ensino, Gestão setorial, Práticas de atenção, Controle social (CAMPOS et al., 2006b; SARRETA, 2009).

Para Ceccim (2005), trata-se de uma política com papel estratégico para consolidar as mudanças no SUS, sem se limitar a administração da força de trabalho. Consiste em uma proposta complexa que se inicia na necessidade do desenvolvimento de novas tecnologias para operar o trabalho, alinhadas à noção de trabalhar em equipe, da construção de cotidianos e novas práticas no cuidado, tendo o próprio trabalhador como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional.

Corroborando assim com o conceito que pode ser sintetizado ao afirmar que a Educação Permanente em Saúde é a “educação no trabalho, pelo o trabalho e para o trabalho, em todos os serviços, cuja finalidade é melhorar a saúde da população” (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994).

Com a instituição do Pacto pela Saúde, em 2006, são elaboradas novas diretrizes para a PNEPS, voltadas ao fortalecimento do processo de superação das desigualdades regionais a partir da ressignificação do trabalho no SUS (BRASIL, 2007).

Estruturada a partir da governança interinstitucional e da regionalização, a PNEPS deve adequar-se a hierarquização dos serviços a partir de Redes de Atenção Regionalizadas que redimensionam as relações entre os entes federados e obriga o estabelecimento e articulação de um conjunto de serviços a partir de necessidades específicas da população, incluindo trabalhadores adequados às necessidades do Sistema.

Frente a isso, Ouverney (2005) aponta que diversos movimentos de reforma do Estado nas últimas duas décadas vem induzindo o surgimento de um conjunto de estudos que propõe uma nova abordagem de gestão de políticas públicas. Uma abordagem caracterizada pela ideia de que a integração entre os sujeitos que compõe arranjos tão ecléticos são mais eficientes quando conseguem estabelecer um padrão de interdependência em rede.

Por sua vez, uma rede, segundo o autor, consiste num fenômeno organizacional com aspectos fundamentais, como composição por atores autônomos, interdependência e padrões estáveis de relacionamento, mas também desenvolve uma institucionalidade voltada especificamente para o aprofundamento da interdependência existente. Tal institucionalidade constitui-se a partir do planejamento intencional para a divisão do trabalho e para a articulação estratégica voltada para a delimitar a operação da rede, ou seja, se define pelo trabalho coletivo planejado (OUVERNEY, 2005).

Assim, é possível compreender que a institucionalização da PNEPS deriva do estabelecimento de um padrão de interdependência, com parâmetros definidos interna e externamente, onde os atores envolvidos desenvolvem ações planejadas coletivamente, estrategicamente elaboradas com vistas ao alcance de objetivos comuns. Tal estrutura visa integrar forças políticas de maneira que a rede se desenvolva, possibilitando a potencialização das ações e otimização dos recursos disponíveis.

## **2 OBJETIVOS**

Analisar a institucionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em três estados da região Nordeste.

### **2.1 Objetivos Específicos**

- a) Analisar as ações de EPS identificadas nos estados da região;
- b) Descrever como se organiza a política de EPS nos estados da região;
- c) Identificar os principais mecanismos e dificuldades da gestão estadual para a execução das ações/estratégias de EPS.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 A Regionalização do SUS: da municipalização às Redes de Atenção**

A regionalização da saúde no Brasil constitui uma discussão extensa que envolve diferentes momentos políticos do país, desde o processo de redemocratização do Estado até os dias atuais. Normativamente, esse percurso contou com fases distintas, começando pela municipalização do Sistema, orientado pela primeira Norma Operacional do SUS de 1991, passando pela retomada da regionalização e redefinição de papéis entre os três níveis de governo através das NOAS de 2001 e 2002. Um processo que foi consolidado apenas em 2006, pelo Pacto Pela Saúde, até a o Decreto Presidencial nº 7.508 de 2012, que regulamenta a lei orgânica do SUS e reorganiza o Sistema em redes de Atenção, dentre outras questões. O objetivo desta seção é apresentar os principais elementos de cada fase, de maneira à evidenciar uma trajetória intensa, rica e, a princípio, democrática (BRASIL, 2012).

Na prática, o processo de regionalização do SUS teve início com a municipalização dos serviços de saúde ainda na primeira metade da década dos anos 1990, com as Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS) 01 de 1991 - que instituiu os mecanismos de repasse financeiros; e 01 de 1992 – que iniciou o processo de descentralização político-administrativa. Transferiu-se assim responsabilidades e recursos do nível federal para estados e municípios. Todavia, somente em 1993, através da NOB/SUS-01/93, foram estabelecidas normas que orientavam de fato seu funcionamento e conferiam operacionalidade ao SUS (LAVRAS, 2011; SANTOS, 2012).

Efetivamente, a NOB/SUS-01/93 consolidou o mecanismo de transferência de recursos “fundo a fundo” e criou espaços estratégicos de negociação e pactuação entre os entes federados no âmbito dos Estados – Comissão Intergestores Bipartite (CIB) – e da União – Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Ao mesmo tempo, estabeleceu fluxos decisórios visando a consolidação da municipalização na medida em que definiu “sistemáticas de relacionamento” entre municípios e União, habilitando três modalidades possíveis – Gestão incipiente, Gestão Parcial e Semiplena – conforme sua capacidade de assumir: a gestão da prestação de

serviços; o planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados; o gerenciamento da rede pública existente no município; a execução e controle das ações básicas de saúde, nutrição e educação, das Vigilâncias (Epidemiológica e Sanitária) e de saúde do trabalhador no seu território; e percentual de recursos financeiros que receberia para custeio ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 1991, 1992, 1993; LAVRAS, 2011).

No entanto, nas NOB a descentralização foi implementada a partir do estabelecimento de relação direta entre municípios e união, atribuindo à esfera estadual uma condição de obsolescência, sem responsabilidades essenciais definidas, o que resultou na fragilização das relações entre esta esfera e os municípios de seu território (DOURADO; ELIAS, 2011).

Para Silva e Gomes (2013), o objetivo fundamental da regionalização de um Sistema de saúde é potencializar a qualidade dos serviços, na medida em que reduz os custos econômicos, sociais e sanitários. Reconfigurando, dessa forma, a organização dos serviços através de um sistema cooperativo entre um conjunto de municípios que equacionam potencialidades e necessidades de uma região. Sendo assim, a esfera estadual passa a ter a responsabilidade de articulação entre os municípios, inclusive, assumindo o papel de liderança regional, principalmente perante a fragmentação da rede em decorrência de competições intermunicipais para a superação da atitude de “cada um por si”, desde que em acordo com os municípios.

Diante disso, em 1996 foi publicada a NOB/SUS-01/96 com o objetivo, dentre outras coisas, de consolidar o pleno exercício por parte das instâncias subnacionais, da função gestora da atenção à saúde, definindo as responsabilidades dos três níveis de gestão por meio da ampliação do funcionamento das CIB e da instituição das Programações Pactuadas e Integradas de Assistência à Saúde (PPI), tentando, dessa forma, fortalecer o papel dos Estados na condução dos SUS (BRASIL, 1996). Apesar de não ter sido suficiente para a organização de redes assistenciais, os esforços para o cumprimento da NOB/96 resultou na instituição de elementos essenciais ao SUS, como a efetivação dos Conselhos de Saúde nas três esferas de gestão e a redefinição dos modalidades de gestão municipal para Plena de Atenção Básica e Plena de Sistema, bem como dos critérios de financiamento, rompendo com o pagamento por produção e estabelecendo a transferência per capita

automática “fundo a fundo”, a exemplo da criação do Piso de Atenção Básica (PAB) (DOURADO; ELIAS, 2011; LAVRAS, 2011).

Apesar dos esforços, fica claro que a descentralização do SUS se efetivou a partir da priorização da municipalização em detrimento da regionalização do Sistema (GERSCHMAN, 2001; SANTOS, 2012). A definição de tais critérios de habilitação, a partir da capacidade dos municípios administrarem recursos e responderem aos incentivos financeiros do nível central, base fundamental das NOB, conduziram os municípios ao desenvolvimento de autonomia progressiva da gestão de serviços e ações de saúde em seus territórios, ampliando sua capacidade de gestão e elevando a responsabilização pelo sistema, ao passo que criou obstáculos à conformação de mecanismos de coordenação Interfederativa, principalmente nas relações em municípios (DOURADO; ELIAS, 2011; SANTOS; ANDRADE, 2011).

Dessa forma, frente à heterogeneidade do território brasileiro, ficou evidente que uma estrutura municipalizada não poderia oferecer condições à plena efetivação dos princípios e diretrizes do SUS. Diante disso, ao final da década de 1990, a regionalização retorna ao foco das discussões e passa a ser assumida enquanto uma estratégia essencial. Resultando na elaboração das Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), de 2001 e 2002, enquanto estratégias à regionalização do SUS, voltada a otimização de recursos regionais para contornar as disparidades na provisão de serviços entre os municípios (VIANA, 2011). Nas NOAS, a regionalização foi assumida enquanto arranjo primário e essencial à reorganização da atenção à saúde no país e orientou a conformação de unidades assistenciais e redes de serviços articulados e referenciados a uma determinada região de saúde (BRASIL, 2001, 2002).

Para Lavras (2011), as NOAS foram um importante marco, na medida em que apontaram a importância da regionalização para o sistema, no entanto, a autora destaca a rigidez burocrática das mesmas, que ainda não consideravam a diversidade sanitária e cultural do país, corroborando para a manutenção da histórica fragmentação da atenção e da gestão do SUS, na medida em que se limitou a normatizar processos assistenciais em detrimento aos caracteres político e institucional do SUS.

Dentre outras coisas, as NOAS redefiniam definitivamente a participação dos Estados na gestão do SUS, que passaram a conduzir o processo de regionalização sanitária a partir do planejamento regional, equacionando os recursos disponíveis

em cada região e consolidando o Plano Diretor de Regionalização (PDR) que seria efetivado a partir da Programação Pactuada Integrada (PPI). Dessa forma, esperava-se garantir o acesso de todos os cidadãos a qualquer nível de atenção à saúde em uma área adscrita (região de saúde), a partir do estabelecimento de redes hierarquizadas, com a pactuação de fluxos de referência e contra-referência intermunicipais e estaduais, vislumbrando a funcionalidade e resolutividade do Sistema (DOURADO; ELIAS, 2011).

Porém, segundo Viana (2011), o reestabelecimento de funções estratégicas às instancias estaduais, principalmente por interferir imediatamente no planejamento regional, foi objeto de resistência dos municípios, que entenderam tais mecanismos enquanto estratégia de re-centralização do Sistema. Desencadeando disputas entre os níveis municipais e estaduais pela coordenação de serviços, evidenciando a insuficiência das NOAS para indução de espaços de coordenação federativa frente à estrutura política criada pelo processo de municipalização (GUERREIRO; BRANCO, 2011).

Frente a pouca eficiência das NOAS, em 2006 foi instituído o Pacto pela Saúde, que através de seus componentes - Pela Vida; em Defesa do SUS; e de Gestão - consistiu em um conjunto de reformas institucionais do SUS, pactuado entre as três esferas de gestão - União, Estados e Municípios. Sendo estabelecidas diretrizes claras à Gestão do SUS, referentes à descentralização, regionalização, financiamento, planejamento e programação, participação e controle social e gestão do trabalho e da educação na saúde (BRASIL, 2006).

Dourado e Elias (2011), afirmam que o Pacto consiste em “uma proposta de equilíbrio entre os dois mecanismos básicos de cooperação e coordenação federativa: negociações diretas entre os governos locais (relação horizontal) e indução pelo ente central (relação vertical)”, ao mesmo tempo em que reafirma a regionalização como um fundamento primário do SUS e eixo estruturante do Pacto de Gestão.

Mantendo os mecanismos instituídos pelas NOAS (PDR, PDI e PPI) sob a coordenação estadual e responsabilidade compartilhada com os municípios, passa assumir que todos estes têm a capacidade instalada para garantir a oferta de serviços e estratégias básicas da Vigilância em Saúde e da Atenção Básica. Assim estabelece que todas as demais ações complementares devem ser negociadas e pactuadas entre os gestores municipais, vislumbrando a integralidade do acesso à

toda a população adscrita. Logo, ficando a cargo das CIB a homologação das redes regionais, tomando por base a suficiência da Atenção Básica e um mínimo de serviços de Médica Complexidade, excetuando-se regiões fronteiriças, que devem ser deliberadas em CIT (BRASIL, 2006).

Para isso, o Pacto criou os Colegiados Gestores Regionais (CGR) e determinou a obrigatoriedade do mesmo para a legitimação e operacionalização das regiões de saúde. O CGR é uma instância deliberativa tal qual as CIB e a CIT, distinguindo-se em abrangência e pela obrigatoriedade da participação de todos os gestores municipais de cada região. Esperava-se dessa forma equacionar os poderes e responsabilidades entre as três esferas de governo, de maneira a reduzir o protagonismo do MS e aumentar a participação dos Estados, garantindo a autonomia e a pro atividade dos Municípios na construção dos processos de regionalização (COHN, 2012; SILVA; GOMES, 2013).

Reitera-se a importância da articulação entre os municípios e da coordenação do processo de regionalização pelo nível Estadual, fortalecendo e apoiando a definição de prioridades e de construção de soluções à saúde da população através dos Colegiados Gestores Regionais (CGR), e coordenando o processo de pactuação de diretrizes, normas e metas na CIB e na organização e acompanhamento do Plano Diretor de Regionalização (PDR) (GUERREIRO; BRANCO, 2011). Além disto, supera-se o senso comum estabelecido, que sugere que “os municípios são responsáveis pela gestão da atenção básica de saúde e o Estado pela atenção à média e alta complexidade” (SILVA; GOMES, 2013).

Fleury et al. (2010) estudaram as mudanças decorrentes do processo de descentralização do SUS entre 1996 e 2006. E, apesar de não ter por objetivo estabelecer relações entre as normativas aqui apresentadas, nos permite visualizar uma considerável mudança, principalmente na gestão do Sistema. Destaca-se um aumento importante da influência dos secretários municipais de saúde e dos conselhos municipais de saúde na elaboração do orçamento e na definição de prioridades em saúde. Na medida em que reduziu a influência de políticos locais em tais aspectos, houve o fortalecimento dos pareceres técnicos e das propostas dos espaços de controle social. Tais achados corroboram para o argumento de Santos (2014), que aponta as regiões de saúde como “o caminho” para o SUS e trata a regionalização como uma estratégia determinante à efetivação do Sistema.



O Pacto, assim, foi proposto com a intenção de superar a burocracia das normatizações, promover um “choque” e radicalizar a descentralização de atribuições do MS para UF e Municípios a partir da territorialização da Saúde, estruturando regiões sanitárias e instituindo os CGR.

Diante do exposto até aqui, é possível concluir que os Pactos Pela Saúde consistem em um marco normativo para os SUS que, além de definir “inequivocamente” as responsabilidades de cada instancia gestora do SUS, estabelece diretrizes para a consolidação da descentralização, da regionalização, do financiamento, da PPI, da regulação, da participação e controle social, do planejamento, e, finalmente, para a Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, que até então, apesar da criação da SGTES na estrutura do MS em 2003, não havia sido pautada enquanto uma política prioritária para “operacionalização” do SUS (BRASIL, 2003).

Dessa forma, a partir do Pacto 2006, destacam-se dois movimentos determinantes para a organização do SUS na atualidade – a **Gestão do Trabalho e Educação na Saúde**; e as **Redes de Atenção à Saúde**.

Para a **Gestão do Trabalho e Educação na Saúde**, que será melhor discutida na seção seguinte, é definida a revisão normativa que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) para contemplar a descentralização das atividades de planejamento, monitoramento, avaliação e execução orçamentária. Bem como, a destinação de recursos e a sua construção a partir da cooperação técnica junto a instituições de ensino e da articulação. Dessa forma, em 2007, é publicada a Portaria Ministerial nº 1.996, que define novas diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, para adequá-la às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde, com vistas a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde (BRASIL, 2007).

Ainda no ano de 2006, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais assume enquanto prioridade a implantação de **Redes de Atenção à Saúde** em contraposição a um modelo de atenção voltado para eventos agudos, que não apresentavam soluções adequadas às necessidades da população. Propôs-se o rompimento com o modelo da época para estruturação de redes de atenção organizadas a partir da atenção primária à saúde. Naquele momento priorizou-se as

redes de atenção à mulher e à criança, de atenção às doenças cardiovasculares e ao diabetes, a rede de atenção aos idosos e de atenção às urgências e às emergências (MENDES, 2011). Tal modelo foi mais tarde adotado e normatizado pelo MS através da Portaria Ministerial nº 4.279 de 2010 que Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010).

Por fim, em 2011, o Decreto nº 7.508, regulamentou a Lei nº 8.080/1990, e dispôs acerca da organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Interfederativa, reiterando a estrutura regionalizada e hierarquizada; ao passo em que determina que a Assistência à Saúde deve se iniciar e findar na Rede de Atenção à saúde, estabelecida através de referências entre municípios de uma região de saúde, entre regiões de saúde e UF, e entre UF e União. Inclusive, determinando a organização em torno de dois instrumentos primários – a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) (BRASIL, 2011).

O Decreto define que compete às Comissões Intergestores pactuar a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em Redes de Atenção à Saúde, a saber: aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS; diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência; diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde; responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde; e referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência. Reiterando, portanto, o papel da CIT, no âmbito da União, e da CIB, no âmbito dos Estados, ao passo em que institui a Comissão Intergestores Regionais (CIR). Uma comissão que assume as funções dos até então Colegiados Gestores Regionais (CGR), no âmbito regional, mas que, diferentemente, é vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, observando as diretrizes pactuadas em CIB (BRASIL, 2011).

Diferente do que aponta Viana (2011) sobre as estratégias de regionalização firmadas até aqui – onde não se garantiam instrumentos jurídico-administrativos adequados à sua configuração e gestão regional – o decreto apresenta o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP), um instrumento para firmar

acordos de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde. Constituiu, segundo Santos (2014), um instrumento “jurídico-institucional”, regional estratégico, que concerne aos entes subnacionais, organizados enquanto região de saúde, juntamente com seu Estado e União, a capacidade legal de integrar seus serviços de saúde, seus recursos financeiros, bem como negociar e pactuar as atribuições de cada ente na região. Porém, a autora defende ainda que instrumento se constitui em um “espaço de negociação interfederativa regional” e, portanto, não deve ser transformado em um termo de adesão elaborada por uma única esfera de governo.

Apesar de considerar avanços, Silva e Gomes (2013), afirmam que apesar de o decreto reiterar os princípios normativos do SUS e indica a necessidade da constituição de redes de assistência, ainda não fornece elementos suficientes para explicitar os níveis de rede de regionalização para a organização destas. Segundo o autor “o Decreto 7.508/11 busca esclarecer os instrumentos para promover a regionalização do SUS mediante rede integrada de atenção. No entanto, não esclarece como estrutura-la em níveis acessíveis ao cidadão” (SILVA; GOMES, 2013. p. 1114).

Para o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), no entanto, do ponto de vista de um ordenamento jurídico, um decreto não tem finalidade de inovação, mas de explicar o que está previsto em Lei, no caso a 8.080 de 1990. Nessa perspectiva, todavia, o Decreto 7.508 consolidou avanços importantes ao explicitar e/ou ratificar alguns conceitos já estabelecidos no SUS, em sua grande maioria através de portarias do MS e do próprio Pacto pela Saúde, a exemplo das “Regiões de Saúde”, das “Redes de Atenção à Saúde”, do “Mapa da Saúde”, do “Planejamento” e das “Comissões Intergestores”. Dessa forma, traz o processo de regionalização novamente ao centro da agenda do SUS, na medida em que reforça o protagonismo das relações interfederativas, consagrando as Comissões Intergestores Tripartite (CIT), Bipartite (CIB) e Regional (CIR), como instâncias de pactuação e construção de consensos entre os entes federativos acerca do SUS (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2014).

Em síntese, pode-se considerar que no intervalo de vinte anos desde a NOB/SUS-01/91 até Decreto nº 7.508 de 2011, consiste em um processo de amadurecimento normativo com a finalidade de fortalecer, organizar e estruturar o

SUS, visando a sua viabilidade enquanto direito de todos, erguido sobre as diretrizes constitucionais da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade. E dos princípios finalísticos da universalidade do Sistema, da integralidade do cuidado e equidade das ações (SANTOS, 2012, 2013).

### **3.2 A Educação Permanente em Saúde**

Desde a década de 70, a concepção de saúde já vinha sendo construída para além da ausência de doenças, fazendo parte de uma condição de bem estar, que envolve outros elementos como trabalho, acesso a serviços e a garantia das necessidades básicas da população (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1989).

Diante disso, a questão dos recursos humanos para o setor saúde passa a ter um papel determinante para a reorientação dos serviços de saúde em direção a tal conceito, na medida em que enfrenta um intenso processo de mudança e reestruturação de Sistemas nacionais de saúde em diversos países do ocidente, principalmente a partir da década de 80, perante a expansão do neoliberalismo e a disseminação de novas estratégias para organização do trabalho no setor saúde. São apresentados novos mecanismos para a contratação de trabalhadores, novas funções e áreas de atuação, mudanças na conformação das equipes e nos sistemas de avaliação de desempenho e incentivo (CAMPOS et al., 2006).

Nesse contexto, o mundo do trabalho na saúde pode ser abordado de distintas perspectivas teórica-conceituais, a exemplo da administração geral, de análises econômicas, da sociologia do trabalho, do desenvolvimento das profissões e categorias, do desenvolvimento tecnológico, da formação profissional, dentre outras (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994).

O surgimento do conceito de Educação Permanente é frequentemente associado por diversos autores à experiências voltadas a processos de educação formal de grandes contingentes de adultos, frente a momentos históricos de grande impacto ao modo de vida da população mundial. A exemplo da reestruturação da Europa após a 1ª Guerra Mundial e a conseqüente reorganização produtiva do seu setor industrial na década de 30, bem como dos impactos globais da 2ª Guerra Mundial, ao demandar o aumento da produção agrícola em outros continentes, como da América Latina, e disparar a corrida das grandes potências para consolidação de

zonas de influência (BAQUERA, 1990; HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994; MERHY et al., 2006).

Apesar do presente estudo não ter como objetivo resgatar a sua construção epistemológica, fez-se necessário assumir um conceito operativo com base na produção disponível que apresenta maior relevância à conjuntura brasileira.

Parte-se, dessa forma, da concepção gerada pelo Programa de Cooperação Técnica em Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Considerou-se a relevância internacional desta entidade, criada em 1902 enquanto um órgão para a promoção de cooperação técnica em saúde nas Américas, e com a missão de organizar os esforços estratégicos de colaboração entre os países que a compõe e outros, para a promoção da equidade na saúde, o combate de doenças, melhora da qualidade de vida e aumento da expectativa de vida dos povos das Américas (CASTRO, 2009).

Em 1967, a OPAS cria em sua estrutura o Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde com a missão de apoiar os países para preparação de pessoal de saúde em geral, a partir de um enfoque multidisciplinar das equipes, investindo centralmente no desenvolvimento de docentes e a vinculação entre instituições de entidades da saúde, como Ministério da Saúde. A partir de 1975, o departamento passa a ser chamado de Departamento de Recursos humanos e Investigação em Saúde, frente à ampla difusão e fortalecimento de uma corrente de pensamento apresentada pela UNESCO, que propunha uma aprendizagem ao longo de toda a vida profissional e em contextos comunitárias e de trabalho (BENTZ, 2007).

A partir de então, o Programa abandona a proposta de uma educação continuada para as equipes de saúde e para região, tal qual a continuação do modelo escolar acadêmico, fundamentada pela atualização de conhecimentos, geralmente com enfoques disciplinares em salas de aula e através de técnicas de transmissão com finalidade de atualização.

Há uma concepção de que o trabalho em saúde é desenvolvido a partir da aplicação prática de conhecimentos especializados adquiridos na universidade, sem a pretensão de ser contínuo ou seguir uma sequência lógica constante, permanecendo centrada nas categorias profissionais e não no trabalho em saúde (SOUZA et al., 1990).

Embora seja importante reconhecer que a capacitação tem um papel importante na qualidade dos serviços e nas mudanças dos indivíduos, o “capacitacionismo” isoladamente não “dá conta” de todos os problemas que decorrem da falta de conhecimento, habilidade e perícia. Além do mais, tais capacitações isoladas dos problemas de saúde, das relações e da organização do trabalho das equipes de saúde, não podem ser as melhores estratégias para resolver tais problemas (DAVINI, 2005).

Em 1988, é validada uma nova concepção de Educação Permanente em Saúde que vigora até os dias de hoje, a qual reconhece tratar-se de um “processo permanente, onde o trabalho é eixo do processo educativo, fonte de conhecimento e objeto de transformação, que privilegia a participação coletiva e multidisciplinar e favorece a construção dinâmica de novos conhecimentos, através da investigação, do manejo analítico da informação e do intercambio de saberes e experiências (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1989).

A partir do desenvolvimento desse novo paradigma educacional, foi definida uma base conceitual e metodológica sobre a nova proposta, o que significou um processo de construção em diversos aspectos, buscando apoiar as experiências desenvolvidas em diversos países. Se inicia então uma publicação massiva de fascículos destinados para apresentação dos fundamentos da proposta, como o contexto das capacitações, a identificação das necessidades de aprendizagem sobre o processo educativo, dentre outros (BENTZ, 2007).

Assim, a partir da década de 1990, a OPAS assumiu enquanto uma de suas prioridades, fortalecer o acervo de conhecimentos destinados ao desenvolvimento da infraestrutura dos serviços de saúde com ênfase na atenção primária – na medida em que reafirma a descentralização política-administrativa dos serviços enquanto uma alternativa para o desenvolvimento de arranjos mais eficientes ao desenvolvimento e aprimoramento da gestão de Sistemas de saúde – E da atenção ao problemas prioritários de saúde em grupos humanos vulneráveis com programas específicos postos em prática através dos Sistemas de Saúde (SOUZA et al., 1990).

Mas, para além da produção de conhecimentos acerca de uma proposta cientificamente validada, faz-se essencial reconhecer a existência e a interação entre dimensões políticas e técnicas intrínsecas à Educação Permanente. Há um conjunto que reúne características do pensamento administrativo e do pensamento produzido nas ciências sociais aplicadas às instituições, as quais apontam para uma

proposta educacional que precisa ser consciente e protagonista para o trabalhador de saúde e seu processo de trabalho (DAVINI, 2005).

O primeiro elemento a ser considerado, segundo o autor, é que os trabalhadores estão organizados em uma linha de produção, seja em equipes ou em grupos, autogeridos ou não. Dessa forma, constituem unidades sócias que tem uma história, relações de poder internas e externas, uma cultura que inclui o êxito do trabalho que é realizado e da forma como este se articula com os objetivos institucionais, valores coletivos, códigos internos implícitos ou não, bem como níveis de conflitos, divergências político-ideológicas entre outras. Para isso, ao imaginar uma intervenção educativa, e ainda mais uma que ocorrerá em espaços comuns de trabalho, é preciso reconhecer que de maneira alguma essa poderia ser neutra dentro de uma conjuntura pré-existente, composta por sujeitos ainda mais pré-existente (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994).

Ao refletirmos, por exemplo, sobre as relações entre a Prática Liberal X Prática Assalariada dos profissionais da saúde e a contradição entre Educação Continuada X Educação Permanente, considera-se a tendência crescente da diminuição da perspectiva do exercício liberal autônomo, individual e independente, em detrimento à atuação através de equipes e redes de atenção. Podemos concluir que tal deslocamento ainda não foi compreendido no imaginário de muitos sujeitos, que insistentemente tentam reproduzir uma lógica ultrapassada, em que consiste chamada prática liberal da profissão (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994). Isto explica uma comum dicotomia entre os interesses pessoais do sujeito frente aos interesses da instituição e/ou equipe, que por vezes são reforçados pelos processos de educação para profissionais (SOUZA et al., 1990).

Diante disso, antes mesmo da elaboração de propostas educativas de intervenção sobre o processo de trabalho de uma equipe, é fundamental que se reconheça que:

las diferentes concepciones que han tenido éxito em estructurar la cultura de los servicios de salud llevan implícitas concepciones del trabajo, del trabajador, de las relaciones de poder, de la participación, de la naturaleza de los contratos de trabajo formales e informales, que predeterminan los espacios permitidos, los estilos educacionales, los contenidos y las características de las demandas que específicamente pueden hacerse a la Educación Permanente em Salud (EPS) (HADDAD et al., 1994, p.2).

A educação permanente em saúde enquanto estratégia educativa, tem seu desenvolvimento determinado pelo nível de avanço das forças produtivas do setor, e, como uma construção dinâmica deve ser guiada por diretrizes minimamente normativas e pelas necessidades da sociedade, quem tem determinantes de saúde-doença caracterizados historicamente (SOUZA et al., 1990).

Tal arranjo, torna a educação permanente diferente de outras propostas e intervenções educativas e, por isso, Haddad, Roschke e Davini (1994) adverte que da mesma forma que existem distintas concepções de trabalho em saúde, tais distinções são refletidas na forma como se efetiva a educação no e para o trabalho.

Por se tratar de uma intervenção, uma mesma ação pode assumir diferentes papéis, se conformando de maneira pró-cultural – reforçando o poder instituído e oficial – ou contra-cultural – se opondo à condição estabelecida, de maneira que sempre haverá o prevalecimento de algum (DAVINI, 2005).

A necessidade de responder às demandas de capacitação de maneira massiva, leva ao programa considerar o desenvolvimento de diversas modalidades de estratégias a partir da articulação entre instituições de ensino, serviços e inovações tecnológicas, na expectativa que possam ser desenvolvidas novas reflexões e propostas para fortalecer a educação permanente em saúde. Nada obstante, é necessário ficar atento à origem das instituições envolvidas e evidenciar a gênese dos mecanismos que podem torná-la em uma força oponente ao que se deseja. Exemplo disto é o papel das instituições de ensino, por exemplo, bem como a forma como estão organizadas, e como estas se envolvem com a questão dos recursos humanos para a saúde.

Como e através de quem se contratam ou se promovem estas iniciativas tem um grau significativo pelo que essas pessoas ou instâncias organizacionais representam. Isto nos leva a questões sobre os agentes externos ao processo educativo, já que na maioria das vezes o surgimento desses processos não parte de iniciativas internas, ou pode ser sustentando como tal na prática. É importante considerar a existência de um projeto de transformação com agentes promotores que, mesmo com a ideologia da cooperação mais “horizontal”, não deixam de ser atores de caráter subjetivo e particular, reunidos em um grupo ou instituição. E em alguns casos, a educação permanente pode não ser tão “permanente”, principalmente se desconsiderar a conjuntura antecedente, a história e a cultura dos grupos, sendo-lhe mais pertinente o papel de acompanhar uma parte do processo,



ao tempo em que o processo em si deve ser autossustentável (BAQUERA, 1990; HADDAD; ROSCHKE; DAVINI 1994; MERHY et al., 2006).

Finalmente, podemos considerar a educação permanente uma modalidade de intervenção institucional. É uma atividade técnica e simultaneamente política que busca intervir diretamente sobre o processo de trabalho em saúde e teleologicamente sobre a situação de saúde de uma população, com base em determinantes e características do modelo organizacional e das formas de relacionamento entre os serviços e sociedade (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994). Configura-se enquanto uma estratégia de mudança do processo de trabalho a partir do próprio contexto do trabalho, através de processos educativos cujos eixo central é a problematização, a qual permite utilizar a energia dos conflitos para direcionar intervenções para sua resolução, bem como a avaliação e o monitoramento dos processos. É assim capaz de mobilizar, circular, produzir e transferir conhecimento, tecnologia e sentimentos (DAVINI, 2005).

### **3.3 A Educação Permanente no Brasil**

Segundo Lavras (2011), o Pacto de Gestão exigiu maior compreensão dos gestores sobre o Sistema e a potencialidade do planejamento e da articulação regional, na medida em que flexibiliza a pactuação entre os gestores das três esferas de governo através de acordos interfederativos destinados a fortalecer a capacidade regional de responder às necessidades de saúde da sua população. Buscando, portanto, assegurar equidade social, com base na pactuação entre gestores municipais e estaduais, de fluxos de referências intermunicipais locais voltadas à estruturação de redes regionalizadas de atenção à saúde.

Dessa forma, Educação Permanente é reiterada enquanto estratégia central ao enfrentamento da questão dos recursos humanos para o SUS. Contudo, é redimensionada e novos atores são responsabilizados diretamente pelo enfrentamento da questão, tanto na perspectiva da estruturação do trabalho, quanto na qualificação de trabalhadores do SUS.

Todavia, mais do que uma estratégia estabelecida por normas e/ou portarias, a formação para trabalhadores ao setor saúde é um importante elemento do campo da saúde coletiva, amplamente discutida em todo o mundo e com grande arcabouço teórico produzido na América Latina. Dessa forma, esta seção tem por objetivo

apresentar o processo de conformação desta questão em “parte essencial de uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação do SUS e que comporta a adoção de diferentes metodologias e técnicas de ensino-aprendizagem inovadoras” (BRASIL, 2006).

### **3.4 Do Conceito à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**

Desde a década de 1970, diversos programas destinados à qualificação de trabalhadores da saúde foram implementados no Brasil, principalmente com o apoio da OPAS, e em sua maioria de nível técnico. Dentre estas, talvez o Projeto Larga Escala (1981) seja o mais reconhecido pela sua amplitude, porém, há outros também significativos, a exemplo dos Programas de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) (1976) e de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS) (1985), que foram resultantes das primeiras ações Interministeriais entre MEC, MS e OPAS. Impulsionou-se a problematização da lógica das políticas de saúde e de recursos humanos da época, sendo precursores do Larga Escala e do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), ampliado, em 2004, com vistas ao fortalecimento das Escolas Técnicas do SUS e inspirando a proposição do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS) em 2009 (COSTA, 2006).

A 1ª CNRH (1986) deixou claro que a definição de uma política de recursos humanos para a saúde consiste em um grande desafio que extrapola o âmbito da saúde, exigindo ações e políticas intersetoriais que envolvem salários, educação, emprego e trabalho, como reafirmam Paim (1994) e Schott (2008). E ainda, que antes de qualquer coisa, o SUS deveria ser orientado pelos princípios anunciados na Reforma Sanitária e, portanto, deveria promover a reorientação das políticas do trabalho na saúde, exigindo definições claras de políticas para o setor, baseadas em população e povos reais. Dispara-se um importante movimento e concentração de esforços em torno da saúde pública através da criação das Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS) e Centros Formadores de Recursos Humanos, a partir de 1987, em todas as regiões do país. Essas Escolas são reconhecidas e autorizadas pelo sistema educacional e estão vinculadas às Secretarias Estaduais de Saúde (SCHOTT, 2008).

Em meio a um conturbado processo de redemocratização do país, marcado pela promulgação da CF/1988, a regulado SUS, pelo impeachment do primeiro e a ascensão das políticas neoliberais em detrimento aos preceitos da reforma sanitária, a 9ª CNS foi realizada em 1992, e rerepresentou as discussões para a municipalização da saúde, ressaltando a responsabilidade do Estado no desenvolvimento de políticas para a formação e capacitação de trabalhadores do SUS, conforme seus princípios e valores (FERREIRA; MOURA, 2006; MACHADO, 2005). Campos et al. (2006b), no entanto, ressalta positivamente os produtos desta CNS, que apontam para a 2ª CNRHS, realizada no ano seguinte, reafirmando a necessidade da instituição de uma política de RH para o SUS, da criação de um regime jurídico único nas três esferas de governo, bem como a estruturação de uma política específica para a formação, capacitação e interiorização de trabalhadores da saúde, além de mecanismos de avaliação de desempenho e constituição de equipes multiprofissionais.

Cabe destacar ainda, a criação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos do CNS que, envolvendo diferentes segmentos do controle social e dos gestores, promoveu um intenso debate durante a década que culminou com a elaboração, em 1998, do documento “Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS”, um conjunto de propostas elaboradas com apoio de especialistas convidados (CAMPOS et al., 2006B; FERREIRA; MOURA, 2006).

Apesar disso, Machado (2005) destaca a desconstrução da lógica do proposta pela Reforma Sanitária, onde os trabalhadores constituíam as “peças-chaves” para a consolidação do SUS. Mesmo com a incorporação da NOB-RH/SUS pelo MS, discutindo a centralidade dos trabalhadores, da valorização profissional e regulação do trabalho em saúde, prevaleceu a “antipolítica” de RH, favorecendo a terceirização de serviços e a consecutiva privatização do trabalho no setor, e a completa desregulação da abertura de novos cursos na área da saúde. A autora conclui que a década de 90 pode ser denominada como a “[...] década perdida para os recursos humanos em saúde”, marcada pela absoluta negligência com que a questão do trabalho no SUS foi tratada pelo governo brasileiro no período, a desmobilização do movimento sindical e pela pulverização de ações educativas e formativas pelo MS, além da proliferação indiscriminada de “escolas de saúde” (MACHADO, 2005).

No ano 2000, a 11ªCNS teve um papel essencial para o processo de reorganização da descentralização do SUS, reivindicando pela humanização do cuidado, a garantia do acesso e a qualidade dos serviços, avaliando o processo de municipalização e contribuindo para a elaboração da Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001, que reorientava a descentralização do SUS em torno da regionalização do Sistema. Ao passo, reafirma os princípios e diretrizes apontados na NOB-RH/SUS, reivindica a realização da 3ª CNRHS em 2003 e delibera pela regulamentação do Artigo 200 da CF/1988, que atribui ao SUS a formação e a ordenação de recursos humanos na área da saúde, reafirmando a necessidade de uma Política de Gestão do Trabalho e da Educação para a Saúde, pautada em princípios e diretrizes que ampliem a participação e a corresponsabilidade (CAMPOS et al., 2006b; FERREIRA; MOURA, 2006).

Nesse mesmo ano ocorreu um estudo para avaliar o processo de implementação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal da Saúde da Família - projeto implementado a partir de 1997 e que criou doze pólos em todas as regiões do país. Identificou-se a existência de dilemas quanto às diretrizes educacionais para a saúde e o processo de institucionalização da formação para trabalhadores e apontou-se oito ações fundamentais à efetivação da proposta de educação permanente:

1. Reorientar o modelo de formação profissional na área de Saúde em todos os segmentos, destacando-se a importância de integrar os conteúdos da Atenção Básica e da Saúde da Família nos cursos de graduação e pós-graduação.
2. Empreender ações que levem à ruptura do modelo setorial estanque, integrando Educação e Saúde, tanto no nível dos ministérios quanto no nível das secretarias estaduais e das universidades.
3. Aproximar os alunos da realidade da Atenção Básica, consubstanciada principalmente na estratégia de Saúde da Família, contemplando diferentes áreas educacionais, implementando programas de residência médica concebida conjuntamente pelos setores da Educação e da Saúde, de modo a enfatizar as dimensões do atendimento básico, oferecendo novas oportunidades profissionais de modo a incrementar o prestígio profissional da área e ampliando sua potencialidade de ser escolhida como área de atuação de bons profissionais.
4. Gerar e difundir tecnologia educacional para a área de capacitação em Saúde da Família, incluindo conteúdos adequados, metodologias e recursos pedagógicos destinados à formação, educação continuada e treinamento de habilidades específicas.
5. Institucionalizar o aparelho formador, exigindo um processo de discussão, concepção de medidas e implementação pactuada capaz de permitir a definição clara dos limites e atribuições do conjunto de organizações envolvidas com as atividades de formação e educação permanente de pessoal para a Saúde.

6. Descentralizar as ações de formação e capacitação, revisando a distribuição geográfica das agências formadoras e implementando redes com agências sedes, centros irradiadores e núcleos atuantes, em parceria.
7. Prover as instituições formadoras de recursos capazes de levar o ensino até a esfera local (municípios e suas Unidades Básicas de Saúde) mediante a distribuição de material didático, habilitação de formadores, ensino à distância e/ou presencial descentralizado com o apoio de redes institucionais.
8. Implementar sistemas de avaliação e monitoramento eficazes (CAMPOS, et al. 2006. p. 40-41)

Diante disso, objetivando garantir a devida atenção e os investimentos necessários à questão, foi criada no organograma do Ministério de Saúde do Brasil (MS) a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETS), em 2003, inicialmente estruturada a partir de dois Departamentos – de Gestão da Educação na Saúde (DGES) e de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) (BRASIL, 2003). Até então, a área de recursos humanos consistia basicamente em uma coordenação no terceiro escalão do MS. Por isso, a partir da criação da SGETS, configurou-se um cenário favorável ao fortalecimento, regulamentação e avanço para a questão da formação de recursos humanos para o SUS, com o desafio de equacionar os problemas existentes para a definição de políticas mais articuladas com as instâncias federativas de gestão do Sistema, com vistas à função estratégica do desenvolvimento dos recursos humanos para a consolidação do SUS (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2006).

Nesse momento o Brasil já havia alcançado uma condição privilegiada para a pauta, se destacando inclusive como o país que mais avançou nos últimos 10 anos. Destacando o grau de profissionalização dos trabalhadores no setor, com um quadro substancial de mestres e doutores e diretores com relativa estabilidade na condução da política. No entanto, apesar dos grandes avanços e transformações, o país ainda apresenta fragilidades nas estratégias de gestão que respondam a tal desempenho (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2006).

No mesmo ano em que cria a SGETS em sua estrutura, o MS apresenta e aprova junto ao Conselho Nacional de Saúde a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que em seguida foi pactuada na CIT. Instituído assim, através da Portaria nº 198/2004, a PNEPS enquanto estratégia privilegiada para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores do setor, criando os Pólos de Educação Permanente em Saúde em âmbito nacional, concebidos enquanto

espaços de articulação das instituições essenciais à formação de trabalhadores para o SUS (BRASIL, 2004).

Nesse momento, estrutura-se uma importante renovação teórica conceitual para a área no Brasil, baseada na proposta de um processo educativo que tem por objetivo a compreensão de aspectos estruturantes de relações e de práticas em todos os determinantes sociais possíveis, que contribuam para a melhoria da qualidade e da produção de saúde para a população, seja na promoção, prevenção ou recuperação.

Partindo da análise de diversas iniciativas do Ministério da Saúde para a formação de trabalhadores para o SUS, foi elaborado um modelo para construir e organizar processos educativos que gerassem interação e ação, com o objetivo de operar mudança no trabalho na saúde, pactuar processos, convocar protagonismos e agrupar todos os atores para a re-invenção de uma rotina ética e humanista, acompanhada pelo desempenho técnico profissional e do controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Ensino, gestão setorial, práticas de atenção, controle social – dão forma ao Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde, agrupando e fortalecendo várias iniciativas criadas ao longo dos 20 anos de SUS, que vislumbram a melhoria do serviço e da produção de saúde e organizadas em programas como os de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), de Capacitação e Formação em Saúde da Família, de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (PROFAE), de Aperfeiçoamento ou Especialização de Equipes Gestoras, de Formação de Conselheiros de Saúde, entre outros.

Ações destinadas à reorientação dos modelos e estratégias de cuidado à saúde individual e coletiva, acompanhadas por importantes movimentos sociais como a Reforma Sanitária e mais recentemente a Reforma Universitária, conseguiram provocar as instituições educacionais, questionando o modelo pedagógico e o objetivo da formação desenvolvida, revelando a necessidade constante de re-formar os profissionais egressos para trabalhar no SUS (CECCIM, 2005; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Nesse contexto, é firmada a parceria junto ao Ministério da Educação destinada a analisar o perfil de trabalhadores da saúde necessários ao SUS e articular estratégias que impactassem na formação e adequassem os currículos dos

cursos e das práticas de saúde a tais necessidades, ao passo em que mobiliza órgãos representativos da área: Conselho Nacional de Saúde, CONASS, CONASEMS e instituições de ensino.

É construída e instituída a Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde e a Estratégia dos Polos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde, referenciada centralmente pela integralidade do atendimento, que deve orientar as ações de saúde para indivíduos, famílias e comunidade, com base na prevenção, na cura e na promoção. Exigindo, portanto, o desenvolvimento da intersectorialidade e de equipes multiprofissionais para superar a formação fragmentada e reafirmar os princípios do SUS (SARETA, 2009).

Os Polos de EPS seriam instâncias locais e interinstitucionais para a gestão colegiada e execução da política, identificando e reconhecendo as necessidades locais do Sistema, além de desenvolver ações que desencadeiem processo de mudança em direção às necessidades dos serviços e da rede. Na medida em que se tornavam responsáveis pela integração ensino-serviço, articulando a inserção de docentes e estudantes nos “cenários de prática”, interferia, dessa forma, na definição das exigências de aprendizagem (BRASIL, 2004).

Para Campos et. al. (2006), os Pólos visavam envolver definitivamente instituições de ensino, principalmente universidades, que poderiam atuar de forma consorciada ou conveniada com as secretarias estaduais ou municipais de saúde para a implementação de programas destinados à formação de pessoal, em especial da gestão e da saúde da família. Dessa forma, esperava-se que a PNEPS fosse consolidada enquanto uma política que integrasse as iniciativas existentes, na medida em que se constituía enquanto eixo transformados do Sistema, fundamentada no papel dos pólos e do conceito de educação permanente.

Em 2007, um ano após a publicação do Pacto Pela Saúde, a 13ª CNS retoma fortemente a questão dos recursos humanos para o SUS e indica a necessidade dos trabalhadores serem valorizados, além de serem protagonistas do trabalho no SUS. Ao mesmo tempo, reivindica a responsabilização do MS, bem como das secretarias estaduais e municipais para a efetivação das novas diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, definidas pela Portaria MS/GM nº 1.996/2007.

As novas diretrizes evidenciam a regionalização enquanto elemento estruturante e condicionante para a implementação da política de educação

permanente em saúde, apontando o papel protagonista das Secretarias de Estado da Saúde (SES), mas condicionando a implementação da política a efetivação e desempenho dos Colegiados Gestores Regionais (CGR), a elaboração dos Planos de Ação Regionais de Educação Permanente em Saúde, além de criar uma nova instância interfederativa interinstitucional – a Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES) (STROSCHEIN; ZOCHE, 2012).

Esta comissão consiste em um dispositivo para a formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Pautada na interinstitucionalidade, a CIES tem como princípios fundamentais a interinstitucionalidade e a regionalização, sendo orientada por planos de educação permanente em saúde elaborados nos níveis regionais e estadual, podendo variar conforme a unidade da federação agregue processos formativos formais e estratégias para a reorganização e fortalecimento do trabalho em saúde (DANIEL; SANDRI; GRILLO, 2014; SILVA; LEITE; PINNO, 2014).

Inicialmente desenhada enquanto uma instância assessora aos Colegiados de Gestão Regional, devem ser constituídas pelos gestores de saúde municipais, estaduais e ainda, atendendo as especificidades de cada região, por:

- I – Gestores estaduais e municipais de educação e/ou seus representantes;
- II – Trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas;
- III – Instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos; e
- IV – Movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS (BRASIL, 2007, p. 4)

Dessa forma, a PNEPS reitera a participação dos atores do “quadrilátero da formação” na medida em que responsabiliza os níveis estaduais e municipais de gestão. Reafirma-se a lógica descentralizadora, ascendente e transdisciplinar, direcionada ao desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, da descentralização da gestão, da participação da comunidade e do controle social e à mudança do modelo assistencial centrado na doença e em procedimentos especializados, em direção a um conjunto articulado de serviços, nos três níveis de atenção, que constituem uma rede atenta às necessidades das pessoas (SARETA, 2009; STROSCHEIN; ZOCHE, 2012).

A partir de então, ao menos oficialmente, o MS mantém a lógica então estabelecida e vem desenvolvendo um conjunto de estratégias a partir da Diretoria de Gestão da Educação (DGES), direcionadas: à **estruturação da PNEPS**, a



exemplo do Programa Nacional de Educação Permanente em Saúde, do Programa Telessaúde Brasil e a Universidade Aberta do SUS; à **mudança da graduação**, a exemplo do Pró-Saúde, Pet-Saúde e Revalidação de Diplomas Médicos; e à **formação técnica**, a exemplo do Fortalecimento das Escolas Técnicas do SUS (ETSUS), PROFAE e PROFAPS; além de um conjunto de ações destinadas a qualificação de profissionais da saúde, a exemplo de residências Médicas e Multiprofissionais, novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação na área da saúde, dentre outras.

Atualmente, além do DGEs e do DEGERTS, a SGTES conta com um terceiro departamento – de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde – que tem, dentre outras, a responsabilidade de criar estratégias de provimentos e superação da atual escassez de profissionais médicos para o SUS, tanto em quantidade, quanto com formação adequada para o Sistema e às necessidades da população brasileira (BRASIL, 2015).

### **3.5 A Institucionalização da PNEPS**

Segundo Trevisan e Bellen (2008), considerando que as políticas públicas constituem processos em si, estas não poderiam se desenvolver a partir de uma sequência linear, de maneira que, a melhor abordagem para expressar a situação real de uma política pública é aquela que considera a continuidade do processo decisório que contribui para a adequação das ações desenvolvidas ou para alterar substancialmente uma política pública.

Nesse caso, a fim de analisar a conformação da PNEPS, a partir do referencial da institucionalização e da interdependência em rede, os critérios e as normas assumidos nesse trabalho dizem respeito ao caráter regional - a partir do Pacto Pela Saúde - que, para Fleury e Malfort (2007), consiste em um processo dinâmico, precedido pela atuação conjunta de vários atores (municípios e estados) que convergem em prol de um processo de rearticulação dos recursos disponíveis a uma região/microrregião de saúde. Dessa forma, a regionalização consiste em um processo de reconhecimento e aprofundamento de relações de interdependência entre atores organizados, com potencial de trabalho coletivo proporcional a legitimação da dinâmica interorganizacional (OUVERNEY, 2005).

A teoria institucional investiga o estabelecimento de arranjos, processos, estratégias, perspectivas e competências, na medida em que estes se estruturam a partir de padrões de interação e adaptação organizacional. Devendo a sua análise proceder a partir de processos cotidianos em detrimento a eventos ocasionais, e deve ser comum à todos os membros da organização (STANISE, 2008).

Dessa forma, as ações institucionalizadas envolvem a definição de um determinado número de papéis dentro de uma organização, que dizem respeito ao desenvolvimento do papel propriamente dito e a necessidade institucional de condutas reservadas a determinado ator. Assim, toda conduta institucionalizada envolve um determinado número de papéis dentro da condução ou controle da institucionalização. Conforme o papel é desempenhado, constrói-se um acervo socialmente definido de conhecimentos (BERGER; LUCKMANN, 1996).

Sendo assim, quanto maior for o compartilhamento de estruturas de uma organização, maior será a institucionalização, ao passo em que quanto mais fragmentada e restrita, menor a institucionalização. A velocidade da institucionalização varia conforme o tipo de organização, podendo haver em sua estrutura uma autoridade supervisora que leve a institucionalização mais rápida de determinadas práticas (STANISE, 2008).

Segundo Tolbert e Zucker (2007), a institucionalização é estruturada a partir de três elementos – Inovação, Habitualização, Objetivação e Sedimentação.

A **Inovação** ocorre em função de mudanças legais ou tecnológicas, por exemplo, que provocam a desestabilização; a **Habitualização** se dá a partir do estabelecimento padrões e procedimentos à resolução de problemas instalados pela inovação; a partir da **Objetivação**, os procedimentos passam a ter significados reconhecidos pela sociedade e oferecem uma estrutura reconhecidamente eficiente à resolução dos problemas, que é comparável à de outras organizações, dando legitimidade normativa, com base em exemplos de sucesso e não apenas da reprodução. A **Sedimentação** ocorre com a transmissão das tipificações aos membros da organização, que passam a tratá-las como dados sociais e as perpetuam, formando uma nova instituição que somente será extinta perante a repercussão negativa para os grupos tomadores de decisão ou pela persistência de resultados negativos decorrentes de sua adoção (TOLBERT; ZUCKER, 2007).

Finalmente, com a retomada do processo de regionalização da saúde baseado no compartilhamento do poder de decisão e a diversificação das fontes de

financiamento, originando uma variedade de arranjos multiestruturais de políticas públicas, cujo maior desafio é o estabelecimento de mecanismos e estratégias de integração e articulação que confirmam racionalidade e eficiência a tais arranjos (FLEURY, 2002).

Para Ouverney (2005), o estabelecimento de ações estrategicamente planejadas com finalidade comum, a partir da fixação de compromissos formais relativos a metas pactuadas coletivamente e o intercâmbio constante e a longo prazo para a otimização dos recursos disponíveis, caracterizam a existência de uma estrutura em rede. Tal fenômeno organizacional desenvolve uma institucionalidade composta “em torno do planejamento deliberado da divisão do trabalho e da articulação estratégica voltada para a manipulação do ambiente em que opera a rede, ou seja, a rede desenvolve-se pelo trabalho coletivo especificamente planejado” (OUVERNEY, 2005, p. 97).

Na mesma direção, Stanise (2008), afirma que a institucionalização é o processo de incorporação da avaliação à rotina, constituindo-se como um processo pelo qual uma organização é amplamente estabelecida, reconhecida e universalmente aceita. Os atores que a compõe operam a partir de expectativas de que a mesma prevalecerá em um futuro previsível, sendo a institucionalização o mecanismo que confere valor e estabilidade aos procedimento e a própria organização.

Ou seja, na medida em que surge uma base de institucionalidade, o padrão de interdependência é modificado e deixa de envolver apenas a construção de relações interorganizacionais entre os atores e passa a assumir um padrão de interdependência em rede, pautado, dentre outras coisas, pelo estabelecimento de relações de coordenação interorganizacional. Dessa forma, na medida em que a cooperação entre entes federados extrapola a ratificação de convênios e consórcios entre partes e passa a assumir um caráter de coordenação regional a partir de colegiados gestores, as políticas de saúde passam a se estabelecer a partir de redes, com altos graus de interdependência e padrões associativos mensuráveis (BRASIL, 2006; FLEURY, 2002; OUVERNEY, 2005).

Isto posto, para definição de institucionalização da Política de Educação Permanente em Saúde, pode-se considerar a sua efetivação enquanto uma estratégia que deve ser desenvolvida regionalmente a partir do planejamento deliberado para a divisão do trabalho e articulação entre os três níveis de governo,

instituições de ensino, entidades representativas dos trabalhadores, setores da educação e controle social (BRASIL, 2007).

De maneira geral, são atribuições comuns às três esferas: Formular, promover e apoiar a gestão da EPS; Mobilizar e articular junto as instituições de ensino e a Educação, em seu respectivo âmbito, com o objetivo de induzir mudanças na graduação e pós-graduação para as profissões da saúde; e Realizar processo de EPS em cooperação entre os entes, integrando todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente em seu respectivo âmbito (BRASIL, 2006).

No entanto, quatro questões não são inteiramente comuns entre os entes no Pacto Pela Saúde, a saber:

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

Destes, talvez o de mais fácil constatação seja a descentralização financeira da PNEPS em consonância com os princípios do SUS. Principalmente no que diz respeito à esfera federal que, somente para a Região Nordeste do país, transferiu aproximadamente cento e quarenta milhões de reais através de portarias ministeriais, entre 2007 e 2011, como pode ser observado no ANEXO B.

Para tanto, a destinação de tais recursos é condicionada, a elaboração dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) pelos Colegiados Gestores Regionais (CGR) e a instituição das Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço (CIES), pactuadas em CIB e em conformidade com o PDR do estado (BRASIL, 2007).

Os CGR são instancias de decisão colegiada solidária e de cooperação entre gestores municipais de saúde de uma região de saúde, acompanhados por um representante da gestão estadual, responsável pela gestão da Política de Educação Permanente, dentre outras, com o apoio das CIES – instâncias intersetoriais e

interinstitucionais permanentes que participam da formulação, da condução e do desenvolvimento dos planos regionais de EPS. Estas tem papel preponderante na condução da política de EPS e devem ser compostas por gestores municipais e estaduais da saúde e da educação, representantes dos trabalhadores do SUS, de instituições de ensino superior e técnico com cursos na área da saúde e movimentos sociais ligados às políticas públicas de saúde (SILVA; LEITE; PINNO, 2014).

No entanto, apesar de terem um papel bem definido, as CIES podem assumir diversos formatos, conforme o Estado. No Rio Grande do Sul, por exemplo, estão vinculadas às Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) da SES de cada território, e são organizadas em seis macrorregiões de saúde, compostas por uma, duas, três ou quatro CRS (DANIEL; SANDRI; GRILLO, 2014).

Diferentemente, no Paraná, apesar das novas atribuições estabelecidas pela portaria nº 1.996/07, as CIB deliberou pela manutenção da denominação de PREPS ao invés de CIES, ao passo em que as CGR também continuaram a ser designadas enquanto CIB-Regional. Mais ainda, nesse estado a PNEPS é coordenada e articulada pela Escola e Saúde Pública do Paraná (ESPP), que orientou a construção da PNEPS de forma descentralizada onde os PREPS/CIES coincidiram com as 22 Regiões Administrativas da SES constituindo, portanto, 22 PREPS/CIES (NICOLETTO et al., 2013).

Enquanto isso, a Paraíba assume um terceiro formato, que mescla elementos dos dois anteriores, onde a PNEPS é conduzida e coordenada pelo Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba (CEFOR-RH/PB). Porém, as CIES são organizadas em quatro instâncias macrorregionais, sendo referência para três, quatro ou cinco Regiões de Saúde. Apesar de haver apoio, são independentes das Gerências Regionais de Saúde (GRS) da SES (PARAÍBA, 2009, 2010a, 2010b).

Em um quarto arranjo, o estado de Pernambuco, tal qual o Paraná, institui as CIES descentralizadas coincidentes com as 11 Gerências Regionais de Saúde (GERES), porém, a política estadual é coordenada pela Diretoria de Educação em saúde da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da SES, que além de coordenar a elaboração dos 11 PAREPS e a conformação do PEEPS, direciona os recursos destinados à formação técnica pelas portarias ministeriais para execução da Escola de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE) (MACEDO, 2011).

Frente ao processo de descentralização da política e a desconcentração de recursos é possível entender que se trata de um processo de transferência de poder operativo, bem como de recursos necessários de um nível superior para outro nível de decisão e execução. Todavia, Stanise (2008) observa que o simples fato de a descentralização das reponsabilidades estarem acompanhadas da desconcentração de recursos pode apenas caracterizar a dispersão física de atividades e financiamento pelo MS.

Viana (2010) analisou a PNEPS a partir da instituição do Pacto Pela Saúde (2006) e conclui que o êxito da política estava diretamente relacionado à estruturação das CIES e dos CGR, e que esta deveria se organizar em torno da descentralização da saúde com estratégias para o fortalecimento do SUS a partir da qualificação dos trabalhadores. Reestabelece ainda o papel articulador dos estados na conformação dos CGR, que podiam ser considerados “a grande novidade introduzida pelo Pacto” e uma instância para construção de consenso regional entre municípios e estados capaz de realizar a regionalização da saúde.

A pesquisa analisou o Estágio da Regionalização e os Níveis de Institucionalidade da Educação Permanente, assumindo como parâmetros as diretrizes estabelecidas pelo Pacto Pela Saúde e pela portaria GM/MS nº 1.996/2007. Constatou-se que, naquele momento, aproximadamente 15% dos estados brasileiros se encontravam em um estágio de regionalização incipiente e baixa institucionalidade da EPS, ao passo em que aproximadamente 22% apresentavam um estágio avançado de regionalização e alta institucionalidade da EPS. Os demais se encontravam em estágios intermediários (VINAL, 2010, p.12).

Finalmente, Viana (2010) conclui que existe uma correlação alta e positiva entre os níveis de regionalização e a institucionalização da PNEPS na medida em que o estágio de regionalização avançado corresponde a alta institucionalidade da educação permanente, devendo-se, portanto, incentivar integração da regionalização através dos CGR e da PNEPS por meio das CIES.

Tais estratégias exigem a articulação de diretrizes estaduais e nacionais de políticas, através de mecanismos ascendentes, para a construção de estratégias de transferência de recursos financeiros intergovernamentais, de decisão colegiada das políticas e de funções sistêmicas, da institucionalização de instâncias de mediação e construção de acordos intergovernamentais no três níveis de governo, além de outros elementos essenciais à organicidade do SUS (FLEURY, 2002).

Dessa forma, constata-se que a característica de composição interorganizacional constitui em um desafio constante na efetivação das políticas de saúde, que consiste na efetivação da integração entre os diversos atores do Sistema através da articulação de recursos e bases organizacionais de decisões que confira racionalidade às diretrizes e políticas (FLEURY, 2009).

## 4 METODOLOGIA

O desenho consiste em estudo analítico exploratório, de natureza qualitativa, que analisou a institucionalização da política de Educação Permanente em Saúde em três estados da região Nordeste.

Segundo Vieira-da-Silva (2014), estudos analíticos exploratórios são essenciais e precedentes a uma avaliação sistemática de um programa ou política. Tem por finalidade um exame sistemático e preliminar de um programa ou política, em sua teoria e em sua prática. Dessa forma, pode justificar uma avaliação extensa ou subsidiar a priorização de áreas críticas na avaliação.

Apesar de incorporar objetivos comuns à análise estratégica, o estudo analítico exploratório tem objetivos próprios, destinados a identificar as concordâncias entre atores de um mesmo programa, verificar a disponibilidade e acessibilidade de dados necessários à avaliação ou averiguar a disponibilidade de gestores e formuladores de políticas para mudar o programa a partir das informações geradas pela análise (VIERA-DA-SILVA, 2014).

### 4.1 Período do Estudo

O estudo foi realizado entre março de 2014 e fevereiro de 2016 e analisou informações referentes à institucionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) na região nordeste, entre 2007 e 2014.

A definição do período de estudo considerou:

- a) A redefinição das diretrizes nacionais para a PNEPS em 2007, através da Portaria Ministerial nº 1.996;
- b) Os repasses federais à implementação da política terem ocorrido entre os anos de 2008 e 2011; e
- c) A disponibilidade de Relatórios Anuais de Gestão (RAG) aprovados pelos Conselhos Estaduais de Saúde (CES) e publicados até a data da busca documental.



## 4.2 Área e Sujeitos do Estudo

Para realização do estudo recorreu-se a documentos oficiais públicos disponibilizados pelas Secretarias de Estado da Saúde (SES) em ambiente virtual institucional e no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), ou seja, a área de estudo foi definida com base naquelas SES da região nordeste que tinham informações disponibilizadas nessas fontes, entre agosto e dezembro de 2014.

Critério de exclusão: a indisponibilidade de todos os PEEPS, uma vez que durante a busca dos documentos identificou-se que ações denominadas como EPS são comuns a diversas áreas das SES, sem necessariamente estarem relacionada com a PNEPS, o que poderia induzir a superestimação do quantitativo de ações realizadas, mesmo na ausência da política em nível estadual.

Dessa forma, foram selecionados os Estados da Paraíba, Pernambuco e Sergipe, conforme a disponibilidade de documentos representada no Quadro 1.

Quadro 1 - Documentos estaduais da região nordeste disponíveis em ambiente virtual entre setembro e dezembro de 2014.

UF	PES		PEEPS				RAG					
	2008/ 2011	2012/ 2015	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011	2012	2013
AL	X	X								X	X	X
BA												
CE		X										
MA		X								X	X	X
PB	X	X	X	X	X	X				X	X	X
PE	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
PI	X	X								X	X	
RN												
SE	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Fonte: elaborado pelo autor.

## 4.3 Instrumentos de Coleta

Para a coleta de dados recorreu-se a três instrumentos – pesquisa documental, revisão bibliográfica e questionário - de maneira a ampliar o acervo de informações acerca da formulação da política no âmbito dos estados estudados, bem como a percepção de atores estratégicos.

#### 4.3.1 Pesquisa Documental

Segundo Oliveira (2007), 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.

Para Tobar e Yalour (2004), pesquisa documental é considerada um tipo de particular de pesquisa que é feita a partir de documentos pertencentes à pessoas ou a órgãos públicos e/ou privados de qualquer natureza.

A pesquisa documental é muito próxima da pesquisa bibliográfica. O elemento diferenciador está na natureza das fontes: a pesquisa bibliográfica remete para as contribuições de diferentes autores sobre o tema, atentando para as fontes secundárias, enquanto a pesquisa documental recorre a materiais que ainda não receberam tratamento analítico, ou seja, as fontes primárias. Essa é a principal diferença entre a pesquisa documental e pesquisa bibliográfica. No entanto, na pesquisa documental, o trabalho do pesquisador requer uma análise mais cuidadosa, visto que os documentos não passaram antes por nenhum tratamento científico (OLIVEIRA, 2007).

Para este estudo, a pesquisa documental é etapa fundamental, pois precedeu e foi condicionante à etapa subsequente - a aplicação de questionário - uma vez que apenas os gestores de estados cujos documentos selecionados estiveram disponíveis ao domínio público foram submetidos à aplicação do questionário.

Com esta técnica buscou-se obter elementos essenciais para responder:

Ao 1º Objetivo específico - Analisar as ações de EPS identificadas nos estados da região - a análise dos Planos Estaduais de Saúde (PES), dos Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) e dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG), nos forneceram informações sobre o número de ações ou estratégias planejadas e realizadas, o público alvo de cada ação ou estratégia e se estas são constituídas como cursos, treinamentos, pesquisas, eventos ou ações estruturantes.

Não obstante as discussões conceituais e metodológicas que envolvem a proposição de uma política de educação permanente para o setor saúde, além de ações objetivamente educativas ou educacionais, foram identificadas e analisadas estratégias para a qualificação e estruturação do e para o trabalho no SUS, a

exemplo de rodas de conversa, oficinas ou encontros temáticos, implementação de espaços de gestão participativa, seminários, entre outras.

Dessa forma, considerou-se:

- a) Curta Duração: atividades formativas de caráter interinstitucional vinculadas a instituições de ensino com duração e temática pré-estabelecida; Treinamentos: atividades formativas de caráter intrainstitucional, com duração e temática pré-estabelecidas;
- b) Pesquisas: Atividades de caráter intra ou interinstitucionais destinadas a dar resposta a um problema pré-estabelecido;
- c) Eventos: atividades pontuais de curta duração destinadas à integração institucional ou de finalidade científica;
- d) Ações Estruturantes: estratégias destinadas à mudança de rotinas de serviços ou instituições, para a integração-ensino-serviço (rede escola, por exemplo), implantação de estratégias ou serviços e estruturação ou reorganização da rede de saúde; implantação e/ou coordenação da PNEPS; assessoramento das instancias colegiadas (CIR e CIB).

Ao 2º objetivo específico – Descrever como se organiza a política de EPS nos estados da região – identificou-se e descreveu-se estratégias, instâncias, atores e mecanismos para implementação e desenvolvimento da política no estado, permitindo verificar a participação dos municípios nas discussões, bem como relações com outras políticas de saúde no estado (saúde mental, saúde da família, materno infantil e etc).

Ao 3º objetivo específico - Identificar os principais mecanismos e dificuldades da gestão estadual para a execução das ações/estratégias de EPS – a análise documental revelou informações acerca de diversos mecanismos para implementação das ações propostas, a exemplo de convênios e parcerias interinstitucionais, a descentralização ou centralização da execução orçamentária.

Esta etapa consistiu na análise dos documentos localizados entre setembro e dezembro de 2014, referentes aos estados da Paraíba, de Pernambuco e de Sergipe.

Ao todo, foram analisados 27 documentos, conforme pode ser observado no Quadro 2:

Quadro 2 - Número de documentos submetidos à análise documental.

<b>UF</b>	<b>PES</b>	<b>PEEPS</b>	<b>RAG</b>	<b>TOTAL</b>
<b>PB</b>	2	4	3	8
<b>PE</b>	2	4	2	8
<b>SE</b>	1	4	6	11
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>27</b>

Fonte: elaborado pelo autor

Os documentos selecionados foram analisados a partir dos descritores: Educação Permanente, Educação em Saúde, EAD, Curso (os), Capacitação(ões), Qualificação, Formação, Rodas de conversa, Oficinas, Seminários, Congressos, Treinamento e Educação Permanente em Saúde.

#### 4.3.2 Revisão Bibliográfica e Definição dos Elementos de Análise

Além da pesquisa documental para o estudo recorreu-se também à Revisão Bibliográfica e aplicação de questionário aos gestores da PNEPS nas Secretarias Estaduais de Saúde.

A revisão bibliográfica não sistemática permitiu a seleção dos elementos de análise os quais possibilitaram a triangulação dos dados obtidos e orientaram a sua análise.

Para Marconi e Lakatos (2007), a pesquisa bibliográfica pode ser considerada o primeiro passo de toda pesquisa, e portanto é essencial. Para as autoras, mesmo as pesquisas que envolvem a documentação direta de dados exigem como premissa o levantamento de estudos relativos à questão da familiarização com o problema que pretende analisar e solucionar.

É uma modalidade de estudo e análise de documentos de domínio científico tais como livros, periódicos, enciclopédias, ensaios críticos, dicionários e artigos científicos. Como característica diferenciadora, é um tipo de “estudo direto em fontes científicas, sem precisar recorrer diretamente aos fatos/fenômenos da realidade empírica”. A principal finalidade da pesquisa bibliográfica é proporcionar ao pesquisador o contato direto com obras, artigos ou documentos que tratem do tema em estudo (OLIVEIRA, 2007).

Dentre suas características principais, deve dar ao pesquisador um repertório teórico diverso que contribua para a ampliação do conhecimento e fundamentando teoricamente o material a ser analisado. Todo estudo acadêmico exige conhecimentos prévios obtidos em produções científicas diversas e necessita de um processo metodológico a ser seguido (CONTRADIOPOULUS et al., 1997).

Dessa forma, nesta etapa optou-se pela adaptação dos elementos de análise propostos Ouverney (2005) no trabalho: Regionalização do SUS: uma análise da estratégia de integração intermunicipal.

Tal escolha decorreu do aspecto da associabilidade dos elementos presentes nesse instrumento com as propostas contidas nos objetivos do estudo aqui apresentado, conforme disposto no Quadro 3:

Quadro 3 - Categorias de Análise e Relação com os Objetivos do Estudo

(continua)

Categoria de Análise	Definição	Relação com os Objetivos do Estudo
<b>Foco gerencial</b>	Conjunto de atividades que detém a prioridade na coordenação interorganizacional	Através do foco gerencial foram identificadas as prioridades da PNEPS no estado a partir da forma de organização da mesma. Com base nas diretrizes nacionais, a PEPS pode assumir diferentes níveis de articulação e organicidade. Se organizando basicamente para o cumprimento das condicionalidades à repasses federais e para a execução de cursos, quanto apresentando novos arranjos de integração ensino-serviço-comunidade, implantação de estratégias de reorganização da gestão e dos serviços.
<b>Objetivos enfatizados</b>	Foco de objetivos dos atores envolvidos na formação interorganizacional	Mesmo organizadas em um único documento, as ações e estratégias previstas em um plano podem ser mais ou menos individualizadas. Analisar tal elemento nos permitiu saber o quão articuladas são as propostas e se estas consideram as necessidades regionais ou se seguem as determinações de um dos atores.
<b>Espaços internos de pactuação</b>	Forma de atuação de unidades de suporte político direcionadas a compor estratégias de compartilhamento decisório, promover consensos e projetos hegemônicos, além de prevenir bloqueios e impasses	Para além da existência formal de instâncias colegiadas, a identificação dos espaços internos de pactuação dessas instancias nos permitiu analisar a articulação das propostas regionais para a composição de uma proposta estadual. Superado o desafio da atuação individuada, é essencial a articulação estadual a partir de suas diversas regiões e realidades.

Quadro 3 - Categorias de Análise e Relação com os Objetivos do Estudo

(continuação)

Categoria de Análise	Definição	Relação com os Objetivos do Estudo
<b>Instâncias estratégicas de coordenação interorganizacional</b>	Forma de atuação de unidades organizacionais (instâncias) especificamente voltadas para articular e integrar recursos de forma eficiente e flexível, além de conduzir mecanismos de suporte decisório (análise de estudos, informações, relatórios, etc.)	Para sua efetivação, as diretrizes nacionais da PNEPS determinam a participação de diversos segmentos, além de gestores estaduais e municipais. A participação dos mesmos colabora tanto para o fortalecimento das instâncias colegiadas, quanto para eficácia das ações planejadas, que tendem a mais elementos para sua elaboração.
<b>Atores envolvidos e amplitude de inserção</b>	Nível de poder dos atores envolvidos das organizações que compõem a formação interorganizacional e amplitude de inserção dessas organizações na composição do arranjo	Uma vez que a PNEPS é uma política que deve ser operada a partir de instâncias colegiadas, das quais merece destaque a CIES por seu caráter interinstitucional, são imprescindíveis a pluralidade e o envolvimento dos atores. Dessa forma, esse elemento de análise possibilitou aferir o número de segmentos envolvidos na condução da PNEPS. De uma composição mais pobre, com tendências a centralização de decisões, a uma composição ampla, com tendências a lentidão operacional.
<b>Foco de poder</b>	Configuração dos arranjos decisórios e da distribuição do poder	Tal qual previsto nas diretrizes da PNEPS, os recursos da PNEPS podem ser repassados à UF e/ou Regiões de saúde, desde que tais pactuações sejam homologas em CIB. Todavia, a descentralização do financiamento pode indicar tanto a organização estratégica dos atores, quanto a desarticulação completa das ações.

Quadro 3 - Categorias de Análise e Relação com os Objetivos do Estudo

(conclusão)

Categoria de Análise	Definição	Relação com os Objetivos do Estudo
<b>Recursos envolvidos</b>	Quantidade de recursos direcionados para as atividades coletivas e sua forma de gestão	A PNEPS é uma política instituída essencialmente por diretrizes e repasses federais. Dessa forma, é importante identificar tanto as características de financiamento da mesma, quanto os recursos político-institucionais para a execução das suas ações, bem como quem os domina.
<b>Foco de controle</b>	Forma de monitoramento do trabalho coletivo e de promoção de accountability dos recursos empregados	O foco de controle nos permitiu identificar os instrumentos para monitoramento das ações planejadas. Mais do que isso, possibilitou identificar se esta é uma atividade secundária e desarticulada para os colegiados ou se é atribuição exclusiva a um dos entes.

Fonte: Adaptado de Ouverney (2005).



### 4.3.3 Questionário

Para responder aos objetivos específicos foi aplicado um questionário on line (autoaplicável), com questões abertas e fechadas, elaborado e trabalhado em quatro etapas, a saber: revisão de literatura sobre o tema; elaboração do instrumento e do seu manual de instruções; pré-teste; e análise dos resultados do pré-teste (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Segundo Moresi (2003), o questionário é uma coleção de perguntas ordenadas que devem ser respondidas por escrito pelo próprio informante, “ator chave”. Deve ser elaborado considerando questões práticas, como extensão do mesmo e instruções de preenchimento, além de ser objetivo, conforme a sua estrutura – aberto, fechado ou de múltiplas escolhas.

Trata-se de uma técnica de investigação composta por um número determinado de questões que buscam conhecer opiniões, crenças, sentimentos, etc. Dessa forma, as perguntas podem contemplar conteúdos diversos sobre fatos, atitudes, padrões de ação, comportamentos e outros (GIL, 1999).

Para Tobar e Yalour (2004), esse tipo de pesquisa propicia a submissão dos entrevistados aos mesmos estímulos e podem produzir dados numéricos e quantificáveis conforme sua estruturação. Todavia, tais informações não inviabilizam o estudo qualitativo, uma vez que seu propósito é compor a descrição e análise da cultura e conduta dos informantes enquanto “atores chave”.

Para Marconi e Lakatos (2010), os questionários são vantajosos em função do seu baixo custo, da facilidade de envio e de não reduzir a influência do pesquisador. Todavia, a apresentam desvantagens, destacamos a demora na devolução do questionário, o baixo índice de devolução e a impossibilidade do respondente tirar dúvidas, podendo incorrer em respostas erradas. Para isso, a fim de reduzir tais impactos, as autoras recomendam o envio de uma carta/nota explicativa anexa ao questionário evidenciando sua importância, de maneira a despertar o interesse do “ator chave”.

A estética do instrumento é importante e deve observar tamanho, facilidade de manipulação, espaços para respostas, disposição dos itens não apenas para favorecer seu preenchimento, mas para facilitar a computação dos dados (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Neste estudo, o instrumento foi disponibilizado on line e os gestores dos estados selecionados foram convidados à participar através de carta convite, email e contato telefônico. O instrumento conteve questões relativas à organização da política e às ações de EPS desenvolvidas nos Estados; as relações e papéis de regiões de saúde, SES e MS; ao público alvo dessas ações de EPS; aos mecanismos de execução das ações/estratégias de EPS; e a destinação e uso dos recursos financeiros.

#### *4.3.3.1 Critérios de Inclusão*

- a) Ser gestor estadual da PEPS, responsável direto pela sua condução nos referidos Estados (coordenadores, diretores, gerentes, chefes, superintendentes e etc.), ou representantes designados oficialmente;
- b) Ter sido gestor estadual da PEPS, responsável direto pela sua condução nos referidos Estados a partir de 2012;
- c) Aceitar participar da pesquisa.

#### *4.3.3.2 Critério de Exclusão*

- a) Não aceitar participar da pesquisa;
- b) Não responder o questionário em tempo hábil.

Após a aplicação, os questionários foram processados, as informações tabuladas e organizadas através de software de processamento de texto.

Em seguida, os resultados foram descritos com a finalidade de compor um universo de informações diversificado, com base em múltiplas variáveis independentes e que responderam aos objetivos do estudo.

As respostas ao 1º objetivo específico - Analisar as ações de EPS identificadas nos estados da região – foram estruturadas a partir das informações acerca da execução financeira dos recursos da PNEPS no estado, bem como acerca de instrumentos de monitoramento da execução dos PEEPS;

Para o 2º objetivo específico - Descrever como se organiza a PEPS no estado - o questionário forneceu informações acerca do processo de regionalização no

Estado, de organização e funcionamento das CIES, de construção dos PEEPS e de participação de outros seguimentos, para além de gestores estaduais e municipais.

Ao 3º objetivo específico - Identificar os principais mecanismos e dificuldades da gestão estadual para a execução das ações/estratégias de EPS – o questionário contou com questões referentes às estratégias para a execução das ações de EPS.

#### **4.4 Análise dos Dados**

Assumindo como pressuposto metodológico a triangulação de métodos, buscou-se efetivar a análise de um programa de maneira abrangente, lançando mão de três técnicas distintas, com vistas a ampliar o universos de informações em torno no nosso objeto de pesquisa (MARCONDES; BRISOLA, 2014).

Para Azevedo et al. (2013), a triangulação pode ser realizada “entre métodos” e “intra métodos”, sendo esta a possibilidade de olhar para um fenômeno a partir de diversas fontes de dados em uma mesma abordagem - qualitativa ou quantitativa.

Por isso, é possível concluir que se trata de uma estratégia eficiente, a qual reúne informações semelhantes a partir de distintos ângulos que podem corroborar ou iluminar o fenômeno em questão e reduzir a influência de valores pessoais do pesquisador e aumentando a possibilidade de generalização do estudo (AZEVEDO et al., 2013).

Dessa forma, a triangulação de métodos está presente na articulação de aspectos que subsidiaram a análise de fato: dados empíricos, análise de conteúdo, diálogo com os autores que estudam a temática em questão e análise de conjuntura, quanto contexto amplo e mais abstrato da realidade. Todavia, essa tríade configura-se como uma possibilidade, dentre diversas, que busca minimizar a “distância entre fundamentação teórica e prática de pesquisa” (GOMES, 2004, p. 69).

Em se tratando de um estudo qualitativo, houve uma análise a partir de variáveis nominais, sem qualquer pretensão de se estabelecer razões ou hierarquia entre as mesmas, selecionadas a partir da diretrizes nacionais da PNEPS, estabelecidas pela Portaria nº 1.996/2007, além de extensa leitura sobre o tema, estabelecendo parâmetros para aferir as dimensões de análise propostos (TOBAR; YALOUR, 2004).

Para Marconi e Lakatos (2010), a análise dos dados consiste na tentativa de evidenciar as relações existentes entre o objeto do estudo e outros fenômenos. Tais

relações podem ser estabelecidas conforme suas propriedades de relação de causa-efeito, produto-produto, de correlações e outros. Devendo ser realizada em 3 etapas: Interpretação, explicação e especificação.

Nesta etapa, a partir dos dados encontrados na pesquisa documental e no questionário, foi construída a estrutura analítica que possibilitou a caracterização e análise da institucionalização da política. Para tanto, o Quadro 4 apresenta as categorias, adaptadas de Ouverney (2005), e subcategorias de análise que compõe a estrutura.

Quadro 4 - Categorias e Subcategorias de Análise

(continua)

OBJETIVO ESPECÍFICO	CATEGORIAS	Subcategorias de Análise
a) Analisar as ações de EPS identificadas nos estados da região;	Foco gerencial	Forma de organização da PNEPS no estado.
	Objetivos enfatizados	Público alvo das ações e estratégias.
		Tipo de ações (cursos, treinamentos, eventos, pesquisas ou ações estruturantes).
		Relação com outras políticas de saúde.
b) Descrever como se organiza a política de EPS nos estados da região;	Espaços internos de pactuação	Existência CIES estadual.
		Participação das CIES regionais na CIES Estadual.
	Instâncias estratégicas de coordenação interorganizacional	Participação do Conselho Estadual de Saúde.
		Participação de Trabalhadores na elaboração das ações/ estratégias.
	Atores envolvidos e amplitude de inserção	Composição das CIES.
		Ente responsável pela coordenação / condução das CIES - Região de Saúde, SES, outras instituições membro, ou se é colegiada.
	Foco de poder	Forma de elaboração do PEEPS (CIR + SES; SES; CIR).
		Existência de PAREPS não previstos/articulados com os PEEPS.

Quadro 4 - Categorias e Subcategorias de Análise

(conclusão)

OBJETIVO ESPECÍFICO	CATEGORIAS	Subcategorias de Análise
c) Identificar os principais mecanismos e dificuldades da gestão estadual para a execução das ações/estratégias de EPS	Recursos envolvidos	Vínculo funcional do Secretário Executivo ou equivalente.
		Percentual de Recursos Federais Executados.
		Mecanismos jurídico-administrativos disponíveis para a execução financeira (licitações, convênios, contratos, fundações e/ou outros).
	Foco de controle	Registros da execução de ações previstas nos planos de EPS.
		Mecanismos e periodicidade de monitoramento e prestação de contas das metas e ações previstas nos planos de EPS (CIR, SES e/ou CIB).

Fonte: elaborado pelo autor.

#### 4.5 Considerações Éticas

Este estudo é parte integrante da Pesquisa CNPq/Decit. Nº 08/2013, intitulada: Análise do papel dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs) e das Comissões Permanentes de Integração Ensino/Serviço (CIES) no desenvolvimento das Políticas de Educação Permanente do SUS implementadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES), coordenada pelo Instituto de Medicina Social-IMS/UERJ; realizada em conjunto pelo Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva-NESC/UFRN, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva-NESCON/Faculdade de Medicina/UFMG e Centro de Pesquisas Ageu Magalhaes/ Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/FIOCRUZ); e Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (CEP-IMS/UERJ) em 24 de junho de 2014, conforme declaração em anexo. Atendendo, portanto, a todas as exigências éticas pertinentes, expressas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Visando contribuir para a melhor compreensão dos achados do presente estudo, os resultados e discussão estão apresentados em três seções, cada uma desenvolvida a partir de um objetivo específico e das respectivas categorias de análise associadas.

### 5.1 Analisando as Ações de EPS nos Estados da Paraíba, Pernambuco e Sergipe

A presente seção analisa informações obtidas a partir da pesquisa documental e da aplicação do questionário, de modo a demonstrar a aproximação de duas das categorias selecionadas, quais sejam: **Foco Gerencial e Objetivos Enfatizados**.

Buscou-se identificar e analisar as ações destinadas à formação de trabalhadores e/ou qualificação do trabalho no e para o SUS, apresentadas pelas SES dos estados selecionados. Nessa perspectiva foram examinados os planos estaduais de educação permanente, planos estaduais de saúde e relatórios anuais de gestão. Além disso, também foram objeto de análise os questionários.

#### 5.1.1 Foco Gerencial

O Foco Gerencial é definido por Ouverney (2005, p.98) como “conjunto de atividades que detém a prioridade na coordenação interorganizacional”. Que no caso da PEPS, foi identificado a partir das informações obtidas acerca do tipo de ação e das responsabilidades do setor de educação permanente em saúde das SES. Com base nessa denominação, serão descritos nessa seção: os tipos de ações realizadas; a responsabilidade do setor de educação permanente em saúde das SES; e as suas prioridades.

### 5.1.1.1. Do tipo de ações

Identificou-se no conjunto de PES, RAG e PEEPS, que foram propostas nos três estados 1.832 ações sendo analisada, 1.188, ou seja, aproximadamente 75%, pois caracterizavam-se como ações distintas entre si.

Como ações distintas entre si, consideram-se aquelas propostas por estados diferentes, registradas em documentos diferentes (PEEPS, PES ou RAG) e incluindo aquelas que tinham o mesmo tema mas que eram destinadas a públicos de diferentes escolaridades. Isso se deve em função das particularidades pedagógicas pertinentes a cada nível, bem como as atribuições e competências profissionais dos trabalhadores da saúde.

Sendo assim, tal como planejado, as ações foram classificadas segundo tipo, de maneira que pode-se observar que houve predominância naquelas, caracterizadas como de curta duração 68,3% (Tabela1). Cumpre salientar que diversos autores, dentre eles Davini (2005), atribuem a essa modalidade a condição de Educação Continuada adjetivada também como: modelo de “capacitacionismo”.

Tabela 1 - Ações analisadas classificadas por tipo.

<b>TIPO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Eventos	76	6,4%
<b>Curta Duração</b>	<b>811</b>	<b>68,3%</b>
Especialização	41	3,5%
Mestrado	3	0,3%
Pesquisa	30	2,5%
Técnico, Pós Técnico e Profissionalizante	93	7,8%
Residências em Saúde (Médicas ou Multiprofissionais)	7	0,6%
Estruturante	127	10,7%
	<b>1188</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: elaborado pelo autor, por meio da pesquisa documental.

Observando-se exclusivamente as ações contidas nos PEEPS, as quais totalizaram 571 ações, constatou-se que na verdade os cursos de Curta Duração

correspondem 75% do total das ações propostas. O que segue apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 - Ações dos PEEPS classificadas por tipo.

<b>TIPO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Eventos	21	3,7%
Curta Duração	428	75,0%
Especialização	24	4,2%
Mestrado	2	0,4%
Pesquisa	3	0,5%
Técnico, Pós Técnico e Profissionalizante	55	9,6%
Residências em Saúde (Médicas ou Multiprofissionais)	2	0,4%
Estruturante	36	6,3%
	<b>571</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: elaborado pelo autor, por meio da pesquisa documental.

A pouca relevância das ações estruturantes voltadas à mudança de rotinas de serviços ou instituições, à integração-ensino-serviço, planejamento, monitoramento, implantação de estratégias ou serviços e estruturação ou reorganização da rede de saúde, revela fragilidade da política de EPS, pois para Haddad, Roschke e Davini (1994), Ceccim (2005) e o Ministério da Saúde (2014), estas práticas devem ser o cerne da PES.

Ainda no âmbito da integração ensino serviço, as residências em saúde, por sua vez, constituem uma estratégia privilegiada para a formação de profissionais no e para o serviço, com grande potencial político pedagógico para mudança tecno-assistencial do SUS (GONÇALVES, 2015). Todavia, tem raríssima frequência e não aparecem dentre as ações propostas nos PEEPS analisados, apesar de ser referida por todos respondentes como uma das principais áreas sob responsabilidade do setor da EPS, como pode ser observado no Tabela1.

Essas primeiras evidências demonstraram haver prevalência característica da operacionalidade e eficiência para a execução de políticas baseadas na indução financeira da esfera federal (COÊLHO, 2013). Isso se opõe a concepção de EPS desenvolvida a partir de práticas transformadoras e problematizadoras no contexto



dos serviços, que promovem a integração entre ensino e trabalho, favorecendo a democratização das relações entre população, gestores e trabalhadores (MICCAS; BATISTA, 2014).

#### 5.1.1.2. Responsabilidade do setor de educação permanente em saúde das SES

A identificação dos aspectos que se referem a responsabilidade e as principais áreas/atividades do setor de EPS nas SES foram coletados através do questionário. Assim, foi possível identificar as competências consideradas mais importantes, a avaliação dessas estratégias, os principais aspectos positivos do PEEPS e o desenvolvimento de EPS por outras áreas da SES.

No que diz respeito as principais áreas/atividades sob a responsabilidade do setor de EPS, a realização de cursos de especialização, com destaque para curso de especialização em gestão do trabalho e educação na saúde (ProgeSUS), de residências em saúde, da articulação/organização de estágio curriculares, além do assessoramento das CIES, foram consenso entre os três estados pesquisados.

Quadro 5 - Principais áreas/atividades sob a responsabilidade do setor de EPS das SES.

Áreas / Atividades	PB	PE	SE
Articulação / Organização de estágios curriculares	X	X	X
Assessorar a CIES	X	X	X
Coordenar a CIES			X
PET-Saúde		X	X
Pró-Saúde		X	X
Telessaúde			X
Ver-SUS		X	
Residências Médica e Multiprofissional	X	X	X
Cursos de Especialização	X	X	X
ProgeSUS	X	X	X
Formação Técnica Profissionalizante	X		

Fonte: elaborado pelo autor por meio da análise do questionário.

Todavia, quando essas informações são comparadas com aquelas obtidas na análise documental, constata-se um quadro inconsistente. Algumas das principais

atividades referidas pelas SES foram exatamente as que menos aparecem nos PEEPS, como pode ser observado no Quadro 5.

Basicamente, as principais atividades do setor de EPS das SES consistem em ações de pouca frequência nos Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), indicando a predominância de ações destinadas às necessidades das regiões de saúde dos três estados, inclusive propostas pelas próprias regiões, com destaque para cursos de curta duração. Ao passo em que a operação e a condução da política tem protagonismo da gestão estadual.

Um exemplo importante são as residências em saúde que, além de aparecer raramente (0,6% do total de ações), predominantemente são relacionadas nos PES e RAG, sem correspondência entre si mas sinalizando que trata-se de uma ação recorrente, comum às três SES e que, mesmo não compondo necessariamente o leque de ações relacionadas ao PEEPS, tem sido assumida regularmente pela esfera estadual, com destaque para os estados de Pernambuco e Sergipe que vem financiando ordinariamente programas de residência médica e multiprofissional desde 2008.

#### 5.1.1.3. *Prioridades*

Outro elemento à ser destacado são as competências consideradas mais importantes pelos setores de EPS das SES. Em sua maioria estão diretamente relacionadas a estruturação de uma política de educação permanente pautada na mobilização de atores estratégicos para o fortalecimento das relações entre gestão, serviços e instituições de ensino. Que deve ser estruturada a partir da identificação dos entraves ao desenvolvimento da gestão, dos serviços e das redes de atenção, na medida em que busca suprir a necessidade de processos formativos que destinados ao desenvolvimento dos trabalhadores do SUS.

Mais uma vez, as informações referidas pelos gestores de EPS das SES, através do questionário, apontam na direção de uma política estadual bastante descolada dos PEEPS, onde ações estruturantes tem pouca relevância quando comparadas às ações educativas de curta duração.

Mais ainda, como podemos observar no Quadro 6, apesar fazer referência constante a instituições de ensino, inclusive com ações destinadas ao fortalecimento da integração ensino serviço registradas nos planos e relatório analisados, não há

consenso sobre a articulação com os órgãos educacionais, entidades sindicais e de fiscalização do exercício profissional e os movimentos sociais. E, ao contrário do que é apontado pela análise documental, a elaboração de treinamentos e introdutórios para servidores não são consideradas ações de grande importância.

Quadro 6. Competências do setor de EPS das SES consideradas de maior importância pelos respondentes.

Áreas / Atividades	PB	PE	SE
Promoção da integração dos setores da saúde e da educação no sentido de fortalecer as instituições formadoras de profissionais atuantes na área.	X	X	X
Promoção da articulação com os órgãos educacionais, entidades sindicais e de fiscalização do exercício profissional e os movimentos sociais.		X	
Elaboração de treinamento introdutório para servidores recém-admitidos.			
Identificação das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde.	X	X	X
Identificação dos atores envolvidos no processo.	X	X	X
Identificação do(s) problema(s) de saúde – identificar os principais problemas enfrentados pela gestão e pelos serviços da região.	X	X	X

Fonte: elaborado pelo autor por meio da pesquisa documental.

Os gestores estaduais de educação permanente referem que a SES tem papel centralmente articulador, responsável pelo planejamento e acompanhamento da política e sua efetivação junto ao “quadrilátero da formação” para a área da saúde, proposto por Ceccim (2005).

Essas declarações apontam para a consolidação de uma política pautada na superação da educação enquanto domínio técnico-científico das profissões, ou seja, por meio da estruturação de relações inerentes à melhoria da qualidade de serviços de saúde, frente a aspectos epidemiológicos do processo saúde doença, a gestão setorial para estruturação do sistema de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Assim, é centrada no desafio de um sistema ordenador de políticas de formação, ao passo em que se distancia das discussões acerca do trabalho no setor saúde, quase indiferente às questões trabalhistas em detrimento a necessidade da “qualidade dos serviços”.

Novamente, o questionário reitera tal padrão evidenciando o consenso entre as três SES acerca da integração das ações de educação em serviço enquanto um

dos principais aspectos positivos dos planos estaduais de educação permanente em saúde (PEEPS).

Como podemos observar na Quadro 7, as questões permaneceram no âmbito da educação em saúde e evidenciaram a importância da elaboração e criação de projetos, bem como sua execução através do diálogo com instituições de ensino, além da realização de cursos e da disponibilização de recursos financeiros.

Nota-se que não foram verificadas estratégias relacionadas a gestão do trabalho no SUS, a exemplo do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, das comissões especiais para elaboração de PCCS-SUS nos três níveis de governo, da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS), muito menos da consolidação do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SiNNP-SUS) (PIERANTONI et al., 2012).

Quadro 7 - Principais aspectos positivos dos PEEPS identificados pelas SES

<b>Aspectos</b>	<b>PB</b>	<b>PE</b>	<b>SE</b>
Participação das SES		X	
Reuniões para deliberações e acompanhamento dos projetos			
Execução financeira por parte dos PEEPS			X
Negociação, pactuação e aprovação de projetos.		X	X
Liberação de recursos financeiros	X		X
Integração das ações de educação em serviço	X	X	X
Formulação de projetos de educação que atendam à demanda local	X	X	
Diálogo com instituições de ensino	X	X	
Não identifica aspectos positivos			
Infra-estrutura física			
Coordenação do trabalho			
A oferta/regularidade de cursos	X	X	
Não sabe			
Outro			

Fonte: elaborado pelo autor por meio da pesquisa documental

Todavia, ainda nos questionários, também não existe a sinalização de qualquer outro aspecto positivo relevante aos PEEPS, seja na direção da gestão do trabalho ou em qualquer outra que não a própria área técnica de educação da saúde. Mesmo que as SES de Pernambuco e Sergipe tenham referido a existência de ações de EPS realizadas por outras áreas técnicas, sendo que apenas na SES-SE essas ações seriam articuladas com o setor de EPS.

### 5.1.2 Objetivos Enfatizados

A identificação dos objetivos enfatizados evidencia o foco de objetivos e dos atores envolvidos na construção e condução da política, cuja condicionalidade, redefinida pelo pacto pela saúde, consiste na articulação interorganizacional entre municípios, estados, esfera federal e outras instituições (OUVERNEY, 2005). Para tanto, três questões centrais orientam esse momento dos resultados: Qual o Público Alvo das ações de EPS? Que áreas do SUS são contempladas no documentos analisados? Como se organizam a integração ensino-serviço e a qual a relação com as ações da política de gestão do trabalho? Quem participa das decisões das prioridades?

#### 5.1.2.1 *Integração ensino-serviço e a relação com as ações da política de gestão do trabalho*

A gestão do trabalho em saúde, como referido anteriormente, institui a partir da esfera federal um conjunto de políticas destinadas a desprecarização do trabalho no SUS, constituindo dessa forma um conjunto de pautas “próprias” de grande complexidade. Aparentemente, as demandas geradas a partir da criação de dois departamentos – de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts) - propiciaram um distanciamento entre a PNEPS e as estratégias nacionais para a gestão do trabalho no SUS, como é possível observar na Tabela 3.

Das 179 ações classificadas como subárea da gestão do trabalho e da educação na saúde, apenas 8 estavam diretamente relacionadas a programas, ações ou política de gestão do trabalho ou recursos humanos para o SUS. Corroborando com os achados do questionário, onde não é possível observar

qualquer referência às ações e/ou programas desenvolvidos a partir de uma política de gestão do trabalho ou recursos humanos no SUS.

Inversamente, mas também em acordo com as informações referidas pelos gestores da PEPS das SES analisadas, as ações para a integração ensino-serviço merecem destaque ao corresponderem a aproximadamente 15,1% das ações da área de gestão do trabalho e educação na saúde (GTES). Somando quantidade inferior apenas as ações relacionadas a própria política (29,6%), que consistem na criação ou reativação de CIES, qualificação de membros das CIES e CIR, elaboração do planos de EPS e etc.

Dentre as ações de integração ensino-serviço estão incluídas estratégias direcionadas principalmente à formalização de estágios curriculares e extracurriculares, em sua maioria de caráter estruturante, inclusive com a criação de **redes escolas**.

Estas tem cunho colegiado, solidário e cooperativo e constituem dispositivos para a articulação do ensino, da pesquisa e da extensão junto aos serviços de saúde e das gestões municipais e estaduais. Composto fóruns de “pactuação” entre gestores, trabalhadores, professores, se alinham e tem elevado potencial para a implantação e aprimoramento das políticas de formação e educação permanente para os estudantes e trabalhadores do serviço público, todavia, ainda são poucos os estudos acerca. Na região nordeste é possível identificar análogos em diversas secretarias municipais e estaduais, a exemplo de Pernambuco, Paraíba e suas respectivas capitais.

Outras ações frequentes derivam da indução da esfera federal e adesão das SES a estratégias como Programa de Educação Pelo Trabalho para Saúde (PET-SAÚDE) e Estágio de Vivência na realidade do SUS (VerSUS). Ambos destinados a inserção de estudantes de graduação provenientes de instituições públicas e privadas no cotidiano dos serviços de saúde e/ou em comunidades ou regiões consideradas estratégicas. Por fim, aparecem os eventos destinados à avaliação dessas redes e outras estratégias para a integração ensino serviço, ao debate da educação permanente para o SUS e aos relatos e registros de experiências exitosa provenientes de tal contato.

Tabela 3 - Ações da área Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (GTES) por Tipo de Ação e Tipo de Documento

SUB ÁREA	Total		TIPO DE AÇÃO										TIPO DE DOCUMENTO				
	Qtd	%	VNT	CD	ESP	MEST	PES	TPROF	RES	STRU	PEEPS	PES	RAG	PES e RAG	PEEPS e RAG	PEEPS, PES e RAG	
Avaliação em Saúde	3	1,7	-	-	-	-	1	-	-	2	2	1	-	-	-	-	
Ciência e Tecnologia	5	2,8	-	-	-	-	-	-	-	5	-	1	3	-	-	1	
Desenv. Institucional das ETSUS	26	14,5	-	1	1	-	-	-	-	24	8	5	7	-	4	2	
Pós Graduação	10	5,6	-	2	1	3	-	-	-	4	3	3	1	3	-	-	
Educação em Saúde	3	1,7	-	3	-	-	-	-	-	-	2	-	-	1	-	-	
Educação Popular	5	2,8	1	3	-	-	-	-	-	1	3	2	-	-	-	-	
Gestão da Educação	3	1,7	-	1	-	-	-	-	-	2	3	-	-	-	-	-	
Gest. do Trabalho	8	4,5	1	4	-	-	1	-	-	2	5	1	2	-	-	-	
GTES	1	0,6	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	
Integ. Ensino-Serviço	27	15,1	7	-	-	-	-	-	-	20	9	5	5	8	-	-	
Política de EPS	53	29,6	3	16	-	-	-	-	-	34	29	13	5	5	-	1	
Profissionalização e Formação Básica	8	4,5	-	7	-	-	-	-	-	1	6	1	1	-	-	-	
Residências em Saúde	18	10,1	2	-	-	-	8	-	-	8	3	5	5	5	-	-	
Técnico e Pós Técnico	1	0,6	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	
Telessaúde	5	2,8	-	1	-	-	-	-	-	4	1	1	1	2	-	-	
Outras	3	1,7	1	1	1	-	-	-	-	-	1	-	2	-	-	-	
<b>Totais</b>	<b>179</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>39</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>107</b>	<b>75</b>	<b>38</b>	<b>33</b>	<b>25</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	

Fonte: Elaborado pelo autor por meio da pesquisa documental.

Legenda: VNT=Evento; CD=Curta Duração; ESP= Especialização; MEST=Mestrado; PES=Pesquisa; TPROF= Técnico, Pós Técnico e Profissionalizante; RES=Residência em Saúde; STRUT=Estruturante.

Apesar de não termos observado o registro de tais dispositivos nas informações fornecida pelos gestores estaduais de EPS, a integração das ações de educação em serviço foi o único consenso entre as SES estudadas quando questionados acerca dos principais aspectos positivos dos PEEPS, como já apresentado anteriormente.

No entanto, tal “ausência” é amenizada quando atribuem grande relevância às CIES enquanto estratégia da gestão do trabalho e da educação na saúde, mesmo que PET-Saúde, VerSUS e outros não sejam objeto de consenso entre as 3 SES (Quadro 8).

Quadro 8 - Relevância das estratégias federais para a Gestão do Trabalho e da educação na Saúde, segundo os respondentes (1 a 5)

Áreas / Atividades	PB	PE	SE
CIES	5	5	5
Educação Permanente em Saúde (Port. 1.996/07)	5	5	5
Educação Profissional de Nível Técnico (Port. 1.996/07)	5	5	5
<b>PET-Saúde</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
PROFAPS	5	5	5
ProgeSUS	4	5	5
Pró-Saúde	1	5	5
Telessaúde	1	5	4
<b>VER-SUS</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>4</b>

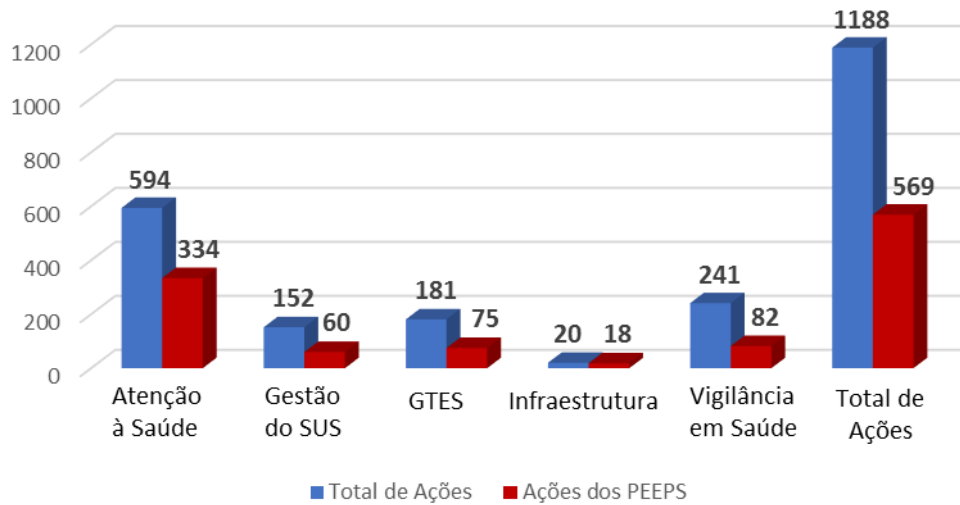
Fonte: elaborado pelo autor por meio do questionário  
\*grifo nosso.

### 5.1.2.2 Áreas do SUS priorizadas pelas SES

Como previsto na metodologia do estudo, as ações identificadas nos documentos analisados foram classificadas em cinco grandes áreas do SUS: Atenção à Saúde, Gestão do SUS, Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Infraestrutura e Vigilância em Saúde. Tal classificação viabilizou evidenciar as áreas priorizadas pela gestão estadual da Paraíba, de Pernambuco e de Sergipe no período estudado.



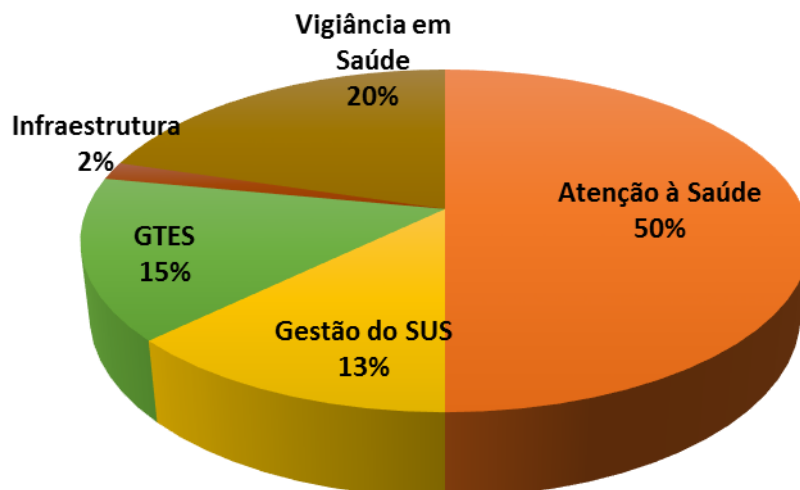
Gráfico 1. Proporção entre total e ações e ações dos PEEPS



Fonte: Elaborado pelo autor, por meio da análise documental

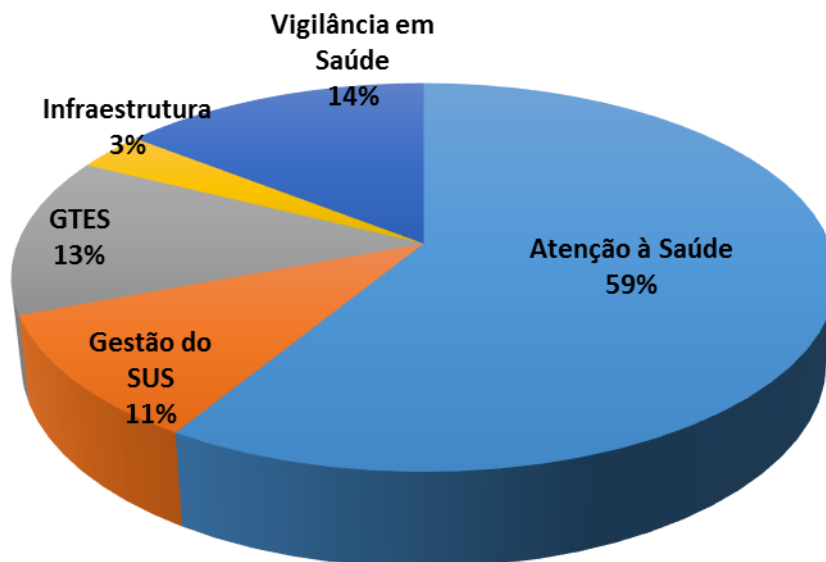
De maneira geral, a Atenção à Saúde foi a área de maior prevalência dentre todas as ações analisadas, respondendo por 50% destas, seguida pela Vigilância em Saúde que representa 20%. Tais proporções se repetem quando analisamos apenas as ações apresentadas apenas nos PEEPS, de maneira que a formação de trabalhadores dos diversos níveis de atenção à saúde são a prioridade para as SES estudadas. Nos Gráficos 2 e 3, além das informações já descritas, podemos observar a representatividade das demais áreas, sempre com proporções coincidentes entre todas as ações analisadas e as propostas exclusivas dos PEEPS.

Gráfico 2 - Proporção entre o total de ações analisadas por área



Fonte: Elaborado pelo autor, por meio da análise documental

Gráfico 3 - Proporção entre ações oriundas dos PEEPS por área



Fonte: Elaborado pelo autor, por meio da análise documental

Como podemos observar, a predominância da área de atenção é absoluta, o que poderia ser considerado natural, tendo em vista o amplo contingente exigido pelas atividades fim características do setor saúde. Para além disso, o constante avanço científico e tecnológico do setor impõe uma dinâmica acelerada e exige a incorporação constante de “novos conhecimentos”, bem como da necessidade de responder à “novas” demandas sociais, a exemplo da transição demográfica e da reconfiguração política social do país.

Não obstante, surtos epidemiológicos e a identificação de “novas” doenças em territórios onde não ocorriam normalmente, causam grande impacto, inclusive com consequências desconhecidas. À exemplo do recente e crescente surto de outras arboviroses, transmitidas pelo *Aedes Aegypti* (além da dengue) no Brasil, que além do acometimento grave e em grandes contingentes populacionais, tem sugerido consequências até então desconhecidas pela ciência, como a possível relação entre a contaminação de gestantes com o vírus Zika e a microcefalia nos recém nascidos. Atualmente em investigação por diversos grupos de pesquisa de todo o mundo.

Nessa perspectiva, é possível compor um quadro consistente ao classificar e analisar as ações de atenção à saúde em subáreas podemos observar a

predominância de ações relacionadas a políticas e programas específicos. Delimitados principalmente por fatores sociais relacionados aos ciclos da vida, acometimento por doenças crônicas e/ou grupos populacionais específicos (Tabela. 4).

Tabela 4 - Ações de área Atenção à Saúde classifica em subáreas

<b>SUBÁREA</b>	<b>Quant.</b>	<b>%</b>
Atenção Primária, Atenção Básica e/ou Saúde da Família	58	9,8%
Políticas/ Programas Específicos (Saúde Bucal, do Adulto, da Mulher, da Pessoa com Deficiência, da Criança, do Jovem e Adolescente, do Homem, do Idoso, de combate ao Tabagismo, HIPERDIA e outros)	133	22,4%
Minorias e Populações Negligenciadas (População Negra, Ciganos, Indígenas, Quilombolas, População Carcerária e outros)	15	2,5%
Saúde Mental	98	16,5%
Saúde Materno Infantil	46	7,7%
<b>REDES e/ou LINHAS DE CUIDADO</b>	<b>4</b>	<b>0,7%</b>
Assistência Farmacêutica	36	6,1%
Média Complexidade	42	7,1%
Alta Complexidade	66	11,1%
Outros	96	16,2%
	<b>594</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pelo autor por meio da análise documental.

No entanto, a operacionalização de um sistema de saúde através de políticas demasiadamente fragmentadas, independentes entre si, inclusive com diferentes e independentes fontes de financiamento, fundamentadas em concepções muitas vezes restritas aos seus gestores da esfera federal (indutora das políticas de saúde), confere ao SUS um caráter imediatista e distante de ações mais consistentes, planejadas para médio e longo prazo à implementação de ações e políticas estruturais essenciais à um sistema de saúde forte.

Apesar de serem propostas em uma perspectiva de transversalidade, baseada na coordenação da rede e do cuidado pela Atenção Básica, a concomitância e desvinculação entre as diversas políticas e/ou programas as coloca em uma situação de quase concorrência, na medida em que cada uma determina

um conjunto de atividades específicas à um mesmo profissional, cuja carga horária de trabalho não comportaria tal diversidade de atividades.

### *5.1.2.3 Público Alvo das ações de EPS*

Uma condição essencial à identificação dos objetivos enfatizados em uma política baseada na formação interorganizacional é dada no conjunto de atores à serem envolvidos pelas ações da política em questão (OUVERNEY, 2005). Tais atores dizem respeito não apenas aos gestores do processo, mas aos trabalhadores responsáveis pela execução das ações nos diversos níveis e áreas do SUS. Assim, ao identificarmos o público alvo às ações da PNEPS, é possível perceber um conjunto de prioridades, que podem ou não condizer com as necessidades de saúde dos estados em questão. Para este estudo, no entanto, nos limitaremos à identificação desse público.

Primeiramente, as ações analisadas foram classificadas em seis níveis de escolaridade: Ampliada (destinada a trabalhadores de diversos níveis de escolaridades), Fundamental ou Médio, Médio, Médio e/ou Técnico, Técnico e Superior. Observadas as indeterminações ou questões às quais não se aplicam ou cabem a identificação da escolaridade do trabalhador, às 156 ações estruturantes.

Como podemos observar na Tabela 5, não foi possível concluir com precisão qual o principal público alvo das ações no âmbito geral (de todos os documentos). Identificamos, no entanto, que quase 40% das ações analisadas não evidenciam qual o público alvo ou mesmo quantitativo de trabalhadores à serem alcançados. A questão fica ainda mais complexa ao observar que dentre as 387 ações sem identificação de público alvo, a grande maioria (mais de 40%) são propostas através dos Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde.

Ou seja, considerando os valores transferidos aos fundos estaduais das SES em questão, já apresentados anteriormente, tais recursos foram destinados à execução de ações de educação permanente, que consistem em sua maioria em curso de curta duração, como já apresentado anteriormente, cujo público não fora determinado ou previsto em sua concepção.

Tabela 5 - Ações classificadas por Escolaridade do Público Alvo

Escolaridade do público alvo	Nº	PEEPS	PES	RAG	PES e RAG	PEEPS e RAG	PEEPS, PES e RAG	%
<b>Indeterminado</b>	<b>387</b>	<b>157</b>	<b>76</b>	<b>98</b>	<b>56</b>	-	-	<b>37,5%</b>
Superior	245	142	27	46	30	-	-	23,7%
Ampliada	236	-	160	40	36	-	-	22,9%
Médio	117	73	15	17	12	-	-	11,3%
Médio e/ou Técnico	26	17	-	6	3	-	-	2,5%
Técnico	13	12	-	-	-	1	-	1,3%
Fundamental ou Médio	8	7	1	-	-	-	-	0,8%
	1032*	251	203	109	81	1	0	100%

Fonte: Elaborado pelo autor por meio da análise documental.

Nota: \*excluídas 156 ações classificadas como estruturantes

Ademais, pode-se observar que a maior parte das ações com público identificado são destinadas aos trabalhadores de nível superior, mesmo que aponte para o menor número desses em relação aos de nível médio e técnico, principalmente na atenção primária/básica. Em seguida, as ações com público alvo ampliado respondem por uma grande parcela das ações, no entanto, nenhuma foi proposta através dos PEEPS.

Dessa forma, tais informações corroboram para uma política baseada em ações de curta duração, destinada predominantemente à profissionais de nível superior, fiel à formação para categorias/profissões da saúde, ao passo em que negligência a formação dos demais trabalhadores e do fortalecimento de equipes multiprofissionais.

## 5.2 A Organização da Política nos Estados da Região

Esta seção busca descrever como se organiza a política de educação permanente em saúde na região, o segundo objetivo específico deste estudo, recorrendo para isso a cinco categorias que orientam a análise das informações coletadas através da pesquisa documental e da aplicação do questionário, à saber: Espaços internos de pactuação; Nível de formalização; Atores envolvidos e

amplitude de inserção; Instâncias estratégicas de coordenação interorganizacional; e Foco de poder.

### 5.2.1 Espaços Internos de Pactuação

Segundo Ouverney (2005), consistem na forma de atuação de instancias de suporte com a finalidade de compor estratégias de compartilhamento decisório, promoção de consensos e projetos hegemônicos, além da superação de impasses.

Com base nas diretrizes propostas pela Portaria MS nº 1.996/2007, a condução da política de EPS é de responsabilidade dos então Colegiados de Gestão Regional (CGR), equivalentes às atuais Comissões Intergestores Regionais (CIR), com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).

Estas, são instancias intersetoriais e interinstitucionais de caráter permanente, essenciais à formulação, condução e implementação da política de EPS. Sua composição deverá variar conforme especificidades de cada região, podendo contemplar gestores estaduais e municipais de educação, trabalhadores do SUS e/ou entidades representativas, instituições de ensino (todos os segmentos) e movimentos sociais ligados a gestão de políticas de saúde e do controle social no SUS.

Apesar de suas atribuições consistirem principalmente no apoio e cooperação técnica junto aos CGR, na articulação das instituições para proposição de ações baseadas na adesão cooperativa e solidária e para acompanhamento, monitoramento e avaliação da política regional ou estadual de EPS.

Na prática as CIES tem assumido protagonismos no planejamento e condução dessa política, frequentemente passando de ente demandado à ente demandante, pautando os colegiados de gestores para a articulação e realização das ações previstas nos planos regionais e estaduais de EPS.

No presente estudo, os gestores estaduais da PNEPS foram indagados, através do questionário, sobre a existência e composição das CIES regionais e estaduais, seu funcionamento e a relação com as CIR. Ao mesmo tempo, através da análise documental foi possível verificar mecanismos dessa relação e ações para a estruturação das instancias ausentes.

No que diz respeito às CIES Estaduais, apenas o estado da Paraíba informou não ter essa instância instituída, todavia, também no questionário, o gestor informou que existe proposta de criação da mesma em andamento.

Quanto às CIES regionais, as SES da Paraíba e de Pernambuco afirmaram a existências das mesmas ressaltando, no entanto, que a composição das CIES-Regionais são múltiplas e particulares à cada região de saúde, tal qual previsto nas diretrizes nacionais. No estado de Sergipe, foi observada uma inconsistência nas respostas ao questionário, uma vez que na 19ª questão a gestora informou a inexistência de CIES Regionais, no entanto, quando perguntada acerca da composição da mesma, na 27ª questão, informou que as CIES regionais são compostas apenas por gestores municipais e/ou seus representantes, segundo referido (Quadro 9).

Novamente não houve consenso entre as SES quando as questões abordaram a regularidade das reuniões das CIES. Entre as CIES-Regionais, as SES informaram que: Na Paraíba as reuniões são mensais; enquanto que em Pernambuco cada CIES tem seu próprio funcionamento; ao passo em que a SES de Sergipe não respondeu a questão, corroborando para a informação anterior de que não existem CIES Regionais no estado.

Quanto ao número de CIR vinculadas a cada CIES, enquanto Sergipe não respondeu a questão, a SES da Paraíba informou que as CIES Regionais estão vinculadas de 2 a 4 CIR, compondo um quadro consistente com a existência de planos macrorregionais de EPS, presentes tanto no questionário quanto na análise documental.

Quadro 9 – Existência, composição e frequência de reuniões das CIES nos 3 estados estudados.

SES	CIES no UF	Composição Regional	Nº CIR Vinculadas	Reuniões da Regional	Composição Estadual	Reuniões da Estadual
PB	04 Regionais	Cada CIES tem sua própria composição	2 a 4	Mensal	Não tem CIES Estadual.	Não se Aplica
PE	12 Regionais + 01 Estadual	Cada CIES tem sua própria composição	<b>5 ou mais</b>	Cada CIES tem seu próprio funcionamento	Representantes das IES e Escolas Técnicas públicas e privadas, Conselho estadual de Saúde, COSEMS, Secretaria de Saúde da capital (Recife).	Mensal
SE	01 Estadual	Gestores municipais e/ou seus representantes	Sem Resposta	Sem Resposta	Instituição de Ensino, Escola Técnica, CES	Mensal

Fonte: Elaborado pelo autor a partir das informações obtidas nos questionários.



Nesse ponto, a inconsistência identificada ocorreu nas informações referentes a SES de Pernambuco, uma vez que, no questionário foi informada a vinculação de 5 ou mais CIR à cada CIES Regional, o que não seria possível se analisarmos os PEEPS, onde é referido dentre outras coisas que:

[...] 4.3.2 metas com orçamento 2008:

- Criar 11 CIES **(1 em cada Gerência de Saúde)**;

- Realizar 1 oficina em cada macro regional -fev e mar/09

- Apoiar os Colegiados de Gestão Regional na formulação dos Planos de ação Regional em Educação Permanente em Saúde (PAREPS) (PERNAMBUCO, 2008, p. 16).

[...] CIES estadual continua ativa, com reuniões mensais, e com a participação de representantes das 11 CIES regionais, com representação de todos os seguimentos [...]. (PERNAMBUCO, 2011, p. 4, grifo nosso).

Finalmente, quando solicitados à qualificar no questionário o papel das CIES para a PNEPS, as três SES concordaram que tal instancia tem um papel estratégico e importante, mesmo que a relação entre as CIR e CIES se deem de maneiras distintas, como pode-se observar nos Quadros 10 e 11.

Quadro 10 - Relação entre as CIES's e as CIR's por SES.

Relação	PB	PE	SE
Conflituosa			
Subordinação			
Cooperação	X		
Assessoramento		X	
Outro: Como uma Câmara Técnica Especializada, para os assuntos específicos.			X

Fonte: elaborado pelo autor por meio da análise do questionário.

Quadro 11 - Papel da CIES para PNEPS por SES.

Papel	PB	PE	SE
Burocrático e dificultador			
Conflitante			
Facilitador			
Estratégico e importante	X	X	X
Não sabe avaliar			

Fonte: elaborado pelo autor por meio da análise do questionário.

## 5.2.2 Instâncias Estratégicas De Coordenação Interorganizacional

Para a implementação de uma política de caráter regional, que induz um quadro de interdependência entre os entes envolvidos, é exigido a formação de instancias estratégicas para a coordenação interorganizacional, de maneira a articular e integrar recursos o mais flexível e eficientemente possível, na medida em que opera mecanismos de suporte para a tomada de decisão, à exemplo dos PAREPS (OUVERNEY, 2005).

No caso da política em questão, uma das primeiras estratégias nacionais de saúde pós Pactos 2006, a PNEPS incorpora tais instancias com caráter interinstitucional e passa a ser assessorada, por comissões compostas por representantes de diversos segmentos do SUS e de instituições formadoras (CIES), e operada a partir de colegiados composto por gestores municipais e estaduais (CGR).

Esta categoria possibilitará apresentar a conformação de dessas instancias, principalmente das CIES, nos estados estudados. Observando ainda a sua dinâmica de funcionamento e relação com as demais instancias colegiadas.

Para tanto, é importante reconhecer que para além de sua existência e da relação formal com CIR ou CIB, as CIES apresentam diferentes formatos e interação de diferentes formas com as demais instancias e com a gestão estadual da saúde. Sendo assim, tais entes podem variar quanto a composição, a relação com as demais instancias, o funcionamento e composição. Por isso, à seguir apresenta-se os achados provenientes da análise documental e do questionário, conforme estado.

### 5.2.2.1 Sergipe

Quando indagados sobre o número de regiões de saúde existentes no Estado, apenas a gestora de Sergipe informou no questionário o número de regiões de saúde – sete – tal qual pactuado através da deliberação nº 056/2012 do Colegiado Interfederativo Estadual de Sergipe. Além disso, também foi referida a inexistências de CIES regionais e de apenas uma CIES de âmbito estadual.

Da mesma forma, essa configuração foi verificada durante a pesquisa documental, aparecendo ainda na introdução de todos os PEEPS/SE analisados (2008, 2009, 2010 e 2011). Mantendo-se inclusive exatamente o mesmo texto, a saber:

Considerando as semelhanças entre os Municípios das Microrregiões do Estado de Sergipe com relação aos indicadores de saúde e implantação do Sistema Único de Saúde, bem como a complexidade do Município de Aracaju que se diferencia dos demais por ser o Município Pólo com grande concentração de profissionais e estabelecimento de saúde; o Estado de Sergipe ficará responsável pelas ações de Educação na Saúde em todos os seus 74 Municípios, com exceção do Município de Aracaju que ficará responsável pelo desenvolvimento das ações na sua área de abrangência. (SERGIPE, 2007, 2008, 2009, 2010).

Dessa forma, Sergipe faz opção por uma gestão da política de EPS parcialmente centralizada na esfera estadual, assumindo como critério a semelhança entre as regiões de saúde, com exceção da região vinculada a capital do estado.

Nesse formato, a execução das ações da PNEPS/SE em 74, dos 75 municípios que compõe essa UF, é de responsabilidade da esfera estadual, executadas através da Fundação Estadual de Saúde (FUNESA). Uma entidade integrante da Administração Pública Indireta do poder executivo de Sergipe que, dentre outras competências, mantém a Escola Técnica do SUS (ETSUS/SE). Dessa forma, a FUNESA tem por finalidade, dentre outras, formar profissionais e “promover educação permanente na área da saúde”, tendo como compromisso desenvolver tais ações de modo a apoiar a reorganização dos modelos de gestão e atenção à saúde (SERGIPE, 2011).

Cabe a Escola Técnica de Saúde do SUS (ETSUS/SE), portanto, a missão de órgão formador da Educação Profissional em Saúde no estado, respondendo centralmente pelas ações destinadas à formação técnica e profissionalizando de trabalhadores do SUS. (SERGIPE, 2010).

A CIES Estadual, por sua vez, atua na condução da PNEPS/SE, inclusive na apreciação e parecer acerca de projetos diretamente relacionados a PNEPS, a exemplo do Programas de Educação pelo Trabalho-PET, residências, entre outros. (SERGIPE, 2011).

Na medida em que se constitui enquanto instancia formuladora e articuladora dessa política no âmbito Estadual, assume como desafios a implicação dos demais atores à efetivação da mesma. De tal maneira que ainda em 2011 (quatro anos após

a PM nº1996/2007) a CIES Estadual priorizava estratégias para o fortalecimento dos colegiados regionais, visando a mobilização e comprometimento de gestores municipais, trabalhadores e usuários à construção da PNEPS no estado (SERGIPE, 2011).

Sendo assim, segundo o PEEPS/SE 2011, a implementação da política depende da “articulação, interlocução e engajamento da SES”, através do setor de EPS, demais diretorias, das fundações estatais de saúde (Fundação Hospitalar de Saúde-FHS, Fundação Estadual de Saúde – FUNESA e Fundação Parreiras Horta-FPH), CIR's, CIES Estadual, Colegiado Interfederativo Estadual (CIE) (equivalente a CIB), Instituições Formadoras e Controle Social.

#### 5.2.2.2 Pernambuco

Tal qual o primeiro, o estado de Pernambuco também é marcado pela longevidades do modelo adotado para gestão da política de EPS. No entanto, como pode ser observado em todos os PEEPS/PE analisados (2007, 2009, 2010 e 2011), a opção do estado foi centralizar a gestão dos recursos na esfera estadual.

A opção parte do entendimento de que, segundo a Portaria nº1996/2007:

o Estado é responsável pela garantia da cooperação e assessoramento técnico para a operacionalização da Política de Educação Permanente. Nessa perspectiva, à SES -PE compete ordenar a formação de RH para a área de saúde e incrementar o desenvolvimento científico e tecnológico que responda as necessidades do sistema e estejam de acordo com a realidade social, respeitando as especificidades regionais, necessidade de formação, desigualdades regionais, capacidade já instalada de ações de educação e o desenvolvimento para o trabalho (PERNAMBUCO, 2008. p.17 ).

Segundo consta nos próprios documentos, os PEEPS/PE foram elaborados pela gestão estadual da EPS da SES a partir de necessidades e indicadores de saúde, da avaliação das ações implementadas ou não em anos anteriores e da necessidade de estruturação da própria PNEPS.

Porém, antes de apresentados ao MS os mesmos foram submetidos à apreciação da CIES-Estadual e à aprovação da CIB-PE (PERNAMBUCO, 2011). De maneira que, a opção pela centralização da condução da política estadual na SES-PE, extrapola a própria instituição e, se não tem apoio, tem consentimento das instancias colegiadas deliberativa e consultiva da gestão do SUS e da PNEPS.

Desta feita, os planos regionais de educação permanente (PAREPS) somente foram construídos após a aprovação do PEEPS/PE e a disponibilização dos recursos ao fundo estadual de saúde pelo MS. Cabendo a SES-PE orientar a construção desses planos, bem como avaliar a pertinência das ações demandadas e operacionaliza-las, uma vez consideradas viáveis.

Finalmente, uma vez reestruturada de Escola Técnica de Saúde Pública de Pernambuco (ETESPPE) (restrita a formação de nível técnico profissionalizante) à Escola de Saúde Pública (ligada a Diretoria Geral de Educação em Saúde da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da SES), a partir de 2009 a ESPPE passa a conduzir a implementação da política por meio da realização de seminários regionais para a criação das CIES, fortalecimento das CGR e construção dos Planos regionais de educação permanente (PERNAMBUCO, 2009).

#### *5.2.2.3 Paraíba*

O estado da Paraíba, por sua vez, se destaca pelas diversas mudanças na organização da política estadual apresentando diferentes formatos na construção dos planos e na organização das CIES. Dessa forma, em seu documentos estadual mais recente apresenta um terceiro modelo para a articulação e condução da política.

Tamanha é a diversidade de arranjos que, conforme o questionário respondido pelo gestor estadual da EPS, o estado apresenta apenas planos regionais de educação permanente em saúde e não dispõe de planos estaduais.

Apesar disso, destaca-se quatro questões fundamentais.

Primeiro, foram analisados quatro documentos denominados PEEPS do estado, cujas vigências são: 2008 – 2009; 2009 – 2010; 2010 – 2011; e 2011 – 2012. Um quinto documento, composto por uma nota técnica do CEFOR-RH/PB e aprovado pela CIB (resolução 54/2013) enquanto “descentralização dos recursos orçamentários de EPS para os municípios”, mais do que isso, revoga todos os planos de educação permanente anteriores, redefine a política estadual, além da destinação e execução financeira dos recursos da PNEPS, então acumulados no fundo estadual de saúde.

Para isso, dentre outras coisas, institui o Plano Plurianual de Educação Permanente em Saúde da Paraíba (PPEPeS-PB), 2013 – 2014 – à ser constituído por 4 Planos Macrorregionais de Educação Permanente em Saúde (PMEPeS). Estes, para além de compor um plano estadual, são condições à descentralização de uma parcela dos recursos da PNEPS acumulados no fundo estadual de saúde.

Em segundo lugar, observa-se que os planos apresentados entre 2008 e 2010 partem de uma “Coordenação de Educação Permanente em Saúde”, de maneira que a construção dos mesmo, conforme parágrafo comum e idêntico aos três planos:

[...] é resultante de propostas construídas coletivamente entre os Colegiados de Gestão Regional, Secretaria de Estado da Saúde através da Coordenação de Educação Permanente – CEFOR – RH, Gerências Regionais de Saúde, Conselho Paraibano de Secretários Municipais de Saúde, Instituições Formadoras e Controle Social. No presente Plano, estão contempladas as demandas/necessidades de qualificação/formação/capacitação para os trabalhadores da saúde do Estado, contidas nos Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde – PAREPS, demandas das Gerências Executivas da SES, do Centro Formador de Recursos Humanos e de alguns Serviços de Saúde do Estado (PARAÍBA, 2008, 2009, 2010, p. 3).

Em 2010, por meio de pactuação na CIB-PB, o estado passa a contar oficialmente com 04 CIES Regionais, sendo uma por macrorregião de saúde. Assim, é estabelecida uma relação diferente dos outros estados estudados, de tal maneira que o espaço de formulação e planejamento da política de educação permanente extrapola a dimensão regional das CIR/CGR e propõe uma instancia (CIES) cuja missão envolve a articulação de prerrogativas e atribuições de 3 a 5 CIR's que compõe cada uma das 4 macrorregiões.

A partir de 2011 a condução da política estadual passa a ser vinculada ao Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba, como pode-se observar:

A condução das agendas relativas à formulação e ao desenvolvimento da Política de Educação na Saúde da SES/PB, e sua gestão, está sendo realizada pelo Centro Formador de Recursos Humanos – CEFOR-RH [...]. [...] A SES/PB através do CEFOR-RH planejará as ações e estratégias constantes nos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde em conjunto com os municípios das respectivas Regiões de Saúde, buscando que estes sejam executados de forma qualificada e eficaz. Para isso, trabalhará também na articulação entre os gestores municipais com o aparelho formador e demais segmentos envolvidos no processo, considerando as potencialidades e especificidades de cada Região” (PARAÍBA, 2011, p. 30, 32).

Em terceiro lugar, observa-se que desde 2008 o estado organiza a PNEPS a partir de macrorregiões de saúde, que por sua vez são compostas por regiões de saúde que designam a instituição dos CGR/CIR. Dessa forma, até 2011 o estado contava com 25 regiões de saúde, organizadas em 4 macrorregiões (PARAÍBA, 2011).

Mesmo com a redução do número de regiões de saúde para 16, a partir da análise documental percebeu-se que os PEEPS/PB de 2008 a 2011 consistem em um compilado de demandas regionais (cursos e formações), organizadas formalmente em macrorregiões de saúde, sem haver, no entanto, qualquer informação referente a organização ou participação de CIES de qualquer âmbito nesse processo.

### 5.2.3 Atores Envolvidos e Amplitude de Inserção

A definição de atores envolvidos diz respeito não apenas aos sujeitos, mas ao nível de poder dos atores que compõe os espaços de tomada de decisão interorganizacionais, bem como da amplitude da inserção desses espaços na composição das redes e do sistema de saúde (OUVERNEY, 2005).

Como já apresentado anteriormente, a composição das CIES estaduais e regionais variam conforme o estado e, em cada estado, conforme as regiões. Corroborando com as diretrizes da PNEPS redefinidas em 2007, mas em contraste com o protagonismo das SES.

Portanto, a presente seção é destinada a identificar os atores implicados na formulação e desenvolvimento da política estadual no âmbito das SES estudadas.

Para tanto, os gestores da PNEPS nas SES indicaram, dentre as opções do questionário, quais atores participam do planejamento e execução das ações dos PEEPS (Quadro 12). Demonstrando que, dentre as três SES, o estado da Paraíba apresenta o maior isolamento do gestor da EPS para o planejamento e execução dos PEEPS, ao passo em que Pernambuco apresenta o maior número de atores mobilizados para tal, inclusive com a participação do secretário de estado.

Quadro - 12. Atores que participam do planejamento para execução das ações do PEEPS

<b>Relação</b>	<b>PB</b>	<b>PE</b>	<b>SE</b>
Unidades Administrativas Regionais da SES		X	
Outras áreas técnicas		X	X
Gestor da EPS	X	X	X
Secretário de Estado da Saúde		X	
Consultoria/Assessoria externa			

Fonte: elaborado pelo autor por meio da análise do questionário.

Sergipe, por sua vez, ainda informou a participação de outras áreas técnicas nesse processo, tal qual observa-se nas informações obtidas a partir da análise dos PEEPS, que afirmam que implementação da política depende da “articulação, interlocução e engajamento da SES”, através do setor de EPS, demais diretorias, das fundações estatais de saúde, além das CIR’s, CIES Estadual, CIE, Instituições Formadoras e Controle Social.

Tal cenário pode decorrer do próprio nível de centralização de uma política pública, uma vez que ações concentradas em um único âmbito de gestão tende a mobilizar maior número de atores do mesmo nível. Ao passo em que nas atividades cuja condução é atribuída a um colegiado, que envolvem atores externos, o caráter institucional é diluído segundo a percepção de sujeitos vinculados a setores mais operacionais das gestão pública.

Poder-se-ia associar tal isolamento da gestão da PNEPS na SES/PB a inexistência de ações de educação permanente realizadas por outras áreas, pintando um cenário onde essa política, ou mesmo tal referência, tem pouca relevância na instituição. Porém, não é possível identificar na análise documental as áreas proponentes de diversas ações denominadas como EPS nos documentos do estado, portanto, não é admissível afirmar que todas as 489 ações analisadas estavam relacionadas exclusivamente a gestão de educação permanente, principalmente aquelas provenientes dos PES e RAG.

Ao contrário, tanto Pernambuco quanto Sergipe, informaram a existência de ações de EPS realizadas por outras áreas da SES. Discordando, no entanto, quanto a integração destas com o setor de EPS.



Na medida em que Sergipe continua apontando para uma gestão da EPS com maior participação de outros setores, Pernambuco apresenta um quadro particular onde existe uma grande diversidade de atores da SES/PE que participam da condução da PNEPS (Quadro 11) ao mesmo tempo em que existem ações de EPS realizadas por outros atores, sem a participação da gestão da política de EPS.

Tal realidade é comum à outros estados como Paraná, Porto Alegre e Bahia, e decorre da própria fragmentação política-institucional da gestão federal do SUS. Fenômeno que se manifesta através da sobreposição de estratégias, a exemplo da “**formação de trabalhadores do SUS**”, que mesmo após a instituição da 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”, permanece enquanto um componente estrutural de diversas outras políticas recentes, a exemplo das políticas de vigilância a saúde (BRASIL, 2004).

Não obstante, tal sobreposição talvez não se configure enquanto um problema de fato se considerarmos a própria complexidade de um sistema de saúde estruturado a partir da descentralização e hierarquização dos serviços, da integralidade do cuidado e da regionalização das ações, dentre outras diretrizes e princípios.

Talvez, a inocência esteja no imaginar que uma única política poderia ordenar a formação para todas as áreas, no volume e na velocidade que todas as áreas precisam. Principalmente se considerarmos que durante a análise documental dos RAG, observam-se diversas ações não realizadas repetidamente reprogramadas para anos subsequentes.

#### *5.2.3.1 O papel das escolas técnicas do SUS*

Outro elemento comum aos três estados consiste no papel de destaque das escolas técnicas do SUS que, embora diferentes quanto a personalidade jurídica e vinculação no organograma das SES, tem em comum a exclusiva responsabilidade pela formação de nível técnico profissionalizante e protagonismo na condução da política de educação permanente, como é resumido no Quadro 13.

Quadro 13 - Caracterização das escolas de saúde dos estados estudados, a partir dos PEEPS.

<b>SES</b>	<b>Denominação</b>	<b>Vinculação</b>	<b>Gestão</b>	<b>Escopo Educacional</b>	<b>Outras Atividades Relacionadas</b>
PB	Centro Formador de RH (CEFOR-RH)	Gabinete do Secretário de Estado	Direta	Educação Técnica Profissionalizante.	- Coordenação da PNEPS-PB; - Coordenação da Rede Escola SUS/PB; - Lato Sensu em Parceria com IES.
PE	Escola da Saúde Pública (ESP)	DGES / SEGTES - PE	Direta	Educação Técnica Profissionalizante.	- Seminários Regionais e implantação das CIES; - Preceptoria enquanto estratégia de formação dos trabalhadores; - Integra a CIES Estadual; - Lato Sensu em Parceria com IES.
SE	Escola Técnica do SUS (ETSUS)	FUNESA	Indireta	Educação Técnica Profissionalizante.	- Integra a CIES;

Fonte: elaborado pelo autor por meio da pesquisa documental.

### 5.2.3.2 *Participação das Instituições de Ensino*

Mesmo que não apareçam explicitamente com grande frequência, as Instituições de Ensino Superior representam um ator essencial para a PNEPS nos três estados estudados. Não apenas por fazerem parte de todas as CIES referidas pelos gestores através dos questionários, como pela frequência de ações que exigem a participação destas, identificadas na pesquisa documental.

Através do questionário foi possível verificar que uma das atribuições comuns aos setores de EPS das três SES, conforme apresentado no Quadro 1, consistem exatamente na implementação de Cursos Lato Sensu – Especializações, Residências Médicas e Multiprofissionais, Articulação/Organização de estágios

curriculares e o ProgeSUS. Além de outras, referidas isoladamente - Telessaúde, Pró-Saúde, PET-Saúde e Ver-SUS.

A partir da análise documental, também identificou-se um quadro semelhante ao classificar e analisar as ações por tipo (Tabela 1). Novamente, as ações de pós graduação surgem, mesmo que em pequena quantidade se comparada com os demais tipos, chegando a 4,3% do total, considerando apenas Especializações, Mestrado Profissional e Residências. Cabendo destacar que todas as demais ações podem envolver em menor ou maior grau as instituições em questão (pesquisa, eventos, cursos de curta duração, técnico profissionalizante e estruturantes).

Frente a isso, é possível identificar um quadro de grande relevância das instituições de ensino superior, destacando-se que não fora identificada nenhuma instituição de nível superior vinculada diretamente a nenhuma das três SES, seja na pesquisa documental ou no questionário.

Sendo assim, considerando-se a centralização da execução da PNEPS nas três SES, bem como as frequentes ações estruturantes identificadas por meio da formalização de convênios com IES para realização de pós graduação e estágios curriculares. É possível perceber que uma parte importante das ações à serem executadas dependem diretamente da atuação dessas instituições, como podemos observar na Tabela 6.

Tabela 6 - Percentual ações por tipo e por SES.

<b>Tipo / Denominação</b>	<b>Total de Ações</b>	<b>PB</b>	<b>PE</b>	<b>SE</b>
Mestrado	0,3%	0,4%	0,2%	0,0%
Especialização	3,5%	3,3%	4,0%	2,5%
Residência	0,6%	0,0%	1,2%	0,5%
Pesquisa	2,5%	0,6%	5,4%	0,0%
Eventos	6,4%	2,9%	11,7%	2,0%
Curta duração	68,3%	78,4%	58,5%	67,8%
Estruturante	10,7%	6,3%	11,3%	19,8%
Técnico, pós técnico e profissionalizante	7,8%	8,2%	7,7%	7,4%
<b>Total</b>	<b>1188</b>	<b>490</b>	<b>496</b>	<b>202</b>

Fonte: elaborado pelo autor por meio da pesquisa documental.

Dentre os três estados, destaca-se PE que apresenta a maior proporção das três modalidades de pós graduação dentre o total de ações do estado. Enquanto que SE tem a menor soma, chegando a apenas 3% do total de ações do estado e PB a 3,7%.

### 5.2.3.3 *Outros atores*

Apesar de não estarem dentro do organograma das SES, é oportuno destacar duas outras instancias importantes à serem observadas, tanto por comporem as diretrizes da política em questão, quanto pela essencialidade para o SUS – Conselhos de Saúde e Conselhos de Secretários Municipais de Saúde.

No que diz respeito ao questionário, apenas o estado de Pernambuco fez referência às tais atores, identificando estes como integrantes da CIES Estadual. Apesar disso, quando retomamos a análise documental é possível identificar a presença constante de ações destinadas ao controle social e à gestores do sistema nos três estados.

No âmbito das ações classificada na área de gestão do SUS, é possível perceber que as destinadas ao controle social somam maioria (18,8%) (Tabela 7).

Tabela 7 - Área de Gestão do SUS por Subáreas

<b>Subárea</b>	<b>Quant.</b>	<b>%</b>
Controle Social	29	18,8%
Gestão em Saúde	24	15,6%
Planejamento	22	14,3%
Financiamento	13	8,4%
Sistemas de Informação	13	8,4%
Controle, Avaliação E Auditoria	12	7,8%
Ouvidoria do Sus	7	4,5%
Gestão de Serviços	6	3,9%
Redes / Linhas de Cuidado	5	3,2%
Avaliação em Saúde	4	2,6%
Regionalização	4	2,6%
Direito Sanitário	3	1,9%
Gestão Estratégica e Participativa	3	1,9%
Regulação em Saúde	3	1,9%
Informação em Saúde	2	1,3%
Outras	4	2,6%

Fonte: elaborado pelo autor por meio da análise documental.

Todavia, ao analisar o público alvo das ações percebe-se que existe um predomínio de gestores em relação a conselheiros de saúde, usuários e representantes da sociedade civil. Mais ainda, pode-se considerar que, com exceção das ações cujo público alvo estão indeterminados ou agrupados como “outros”, mesmo não sendo direcionadas para gestores especificamente a grande maioria das ações tem foco em áreas e atores da gestão da saúde (em negrito) (Tabela 8).

Tabela 8 - Área de Gestão do SUS por Público Alvo

<b>Público Alvo</b>	<b>Quant.</b>	<b>%</b>
<b>Gestores</b>	39	25,3%
Indeterminado	32	20,8%
Conselheiros de Saúde, usuários e representantes da sociedade civil	28	18,2%
Técnicos	12	7,8%
<b>Auditores</b>	5	3,2%
<b>Gerentes</b>	5	3,2%
Não Aplicável (ações estruturantes)	4	2,6%
<b>Ouvidores e assistentes</b>	3	1,9%
<b>Secretários de Saúde</b>	2	1,3%
<b>CIR e CIB</b>	1	0,6%
<b>Membros das Câmaras Técnicas dos CGR</b>	1	0,6%
<b>Membros dos CGR</b>	1	0,6%
<b>SES, COSEMS, SEAD, SEFIN, CES, MP e Comitê de Judicialização da Saúde</b>	1	0,6%
Outros	18	11,7%
Total	154	100,0%

Fonte: elaborado pelo autor por meio da análise documental.

#### 5.2.4 Foco de Poder

O foco de poder diz respeito a “configuração dos arranjos decisórios e da distribuição do poder”. Não trata de “autoridade” entre atores, ao contrário identifica o nível de participação destes para uma determinada tomada de decisão. Enquanto política interorganizacional regional, diz respeito a possibilidade de um ou mais

entes, ou mesmo de regiões, influenciarem mais ou menos em uma determinada questão.

No caso da PNEPS nos estados estudados, como apresentado na seção 5.2.2. - Instâncias estratégicas de coordenação interorganizacional - observa-se a centralização dos recursos financeiros no fundos estaduais de saúde, em maior ou menor grau, mas de maneira que as três SES assumem uma função de coordenação determinante à efetivação (ou não) da política. Ao mesmo tempo em que as CIES constituem espaços de grande relevância no planejamento da política nos três estados, segundo informado através dos questionários.

Por isso, esta seção é destinada a analisar o foco das ações de EPS nos estados, de maneira a evidenciar se o nível de centralização da gestão administrativa financeira nas SES é refletido na definição dos arranjos interinstitucionais e no âmbito de organização do SUS para o qual as ações são destinadas.

Para tanto, recorreu-se a pesquisa documental a fim de identificar dentre as ações analisadas dos PEEPS dos três estados, o âmbito de organização do SUS para o qual essas estavam destinadas. Enquanto que nos questionários buscou-se identificar as principais dificuldades e pontos positivos à implementação da política de EPS.

Sendo assim, antes de mais nada, é necessário apresentar que por “âmbito de organização do SUS” compreendeu-se a esfera ou instancia de gestão do SUS a qual as ações de EPS são destinadas, de maneira que:

- a) Âmbito Regional, designa ações cujo público alvo são trabalhadores da esfera municipal do SUS de uma ou mais regiões de saúde;
- b) Âmbito da SES, são as ações cujo público alvo são trabalhadores da esfera estadual do SUS, em qualquer setor ou área, seja da gestão direta ou indireta das SES;
- c) Âmbito Estadual, designa as ações destinadas à trabalhadores das esferas de governo municipal e da SES; e
- d) Indeterminado, designa as ações onde não foi possível identificar com plena certeza o público alvo, ou a esfera de governo à qual esse estavam vinculados.

As ações denominadas indeterminadas, representaram uma fatia importante (17,2%) e consistem em diversos tipos. Desde de estratégias baseadas na

continuidade da formação profissional e atualização técnica, a exemplo de “Mestrado Profissional nas áreas de Saúde Pública” e “Especialização e curso técnico em saúde do trabalhador para profissionais de nível superior e nível médio inseridos na saúde do trabalhador”; passando pela formação profissionalizante, a exemplo de “Formar 30 técnicos em Citologia em todo Estado”; e chegando às ações estruturantes para a política, como “Realizar 300 capacitações pedagógicas para profissionais de saúde com enfoque em Educação Permanente” e “Implantação de 4 Centros Regionais de Educação Permanente em Saúde no Estado de Sergipe” (PERNAMBUCO, 2010, 2011).

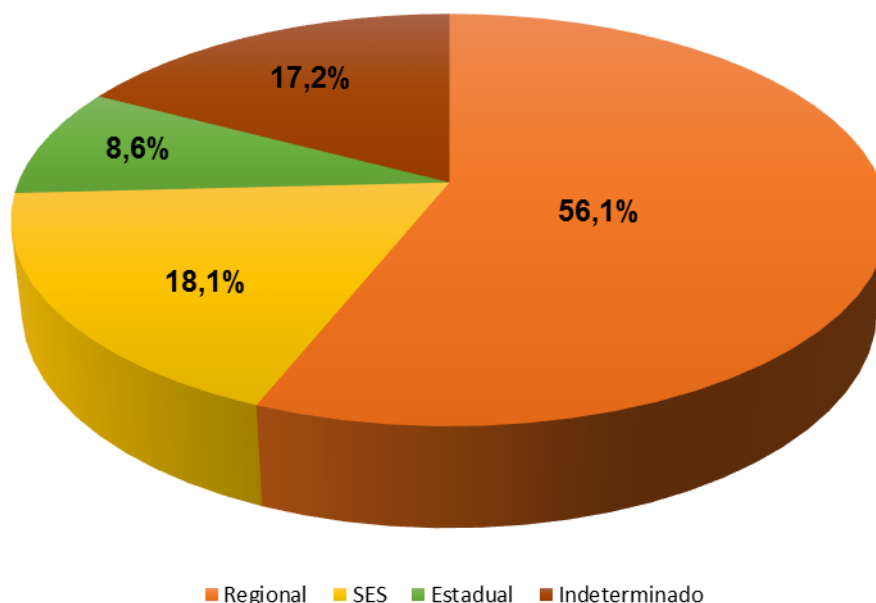
Há ainda aquelas ações cujo próprio público alvo não está claro e não existem informações nos PEEPS que contribuam para isso, nem ao menos quanto a escolaridade. À exemplo de “Capacitar 30% dos trabalhadores da saúde da Rede de Atenção Hospitalar do Estado de Sergipe” e “Capacitar 40 pessoas no curso de Cuidador do Idoso”.

Como pressuposto básico para definição de ações com âmbito e público indeterminados, assumiu-se a não pressuposição de informações baseadas em literaturas não discutidas nesse momento ou experiências pessoais. Uma vez que não consiste em um objetivo deste estudo conhecer as possíveis normas que regulam ou orientam uma “Capacitação em ACLS para os profissionais da Rede de Urgência e Emergência”, por exemplo, quanto à escolaridade do público alvo, a quantidade de pessoas envolvidas e muito menos o âmbito de implementação pertinente.

Da mesma forma, denominações passíveis de ambiguidade como “regional”, “profissionais” e outras, podem assumir sentidos distintos, conforme o contexto, sem necessariamente serem ações regionalizadas ou que designam apenas trabalhadores de nível superior e excluem os demais.

No que diz respeito às ações identificadas com sucesso, como pode-se observar no Gráfico 4, apesar da constatada centralização administrativa nas SES, as ações de EPS propostas nos PEEPS são destinadas majoritariamente ao âmbito regional (56,1%), ao passo em que as ações destinadas exclusivamente ao âmbito estadual representam a menor fatia (8,6%).

Gráfico 4 - Percentual de ações de EPS identificadas nos PEEPS por Âmbito



Fonte: Elaborado pelo autor, por meio da análise documental

Tal achado é compatível com as informações obtidas dos gestores da EPS das SES que, quando perguntados sobre os critérios utilizados para definição do público alvo das ações de EPS, compõe consenso ao referirem a CIB como espaço determinante à definição do público alvo das ações (Quadro 14).

Quadro 14 - Critérios utilizados para definição da clientela das ações de EPS

Relação	PB	PE	SE
Demanda do Secretário de Saúde		X	
Demanda dos Conselhos de Saúde		X	
Indicação técnica			X
Vagas por região			
Desenvolvimento da carreira dos funcionários da SES		X	
Pactuação na CIB	X	X	X
Setores estratégicos ou demanda setorial da SES		X	
Demanda espontânea dos trabalhadores		X	
Outro			

Fonte: elaborado pelo autor por meio da análise do questionário.



Vale destacar que, analisados isoladamente, dois dos três estados apresentaram proporções bastante semelhantes, observado número de ações de cada conjunto de PEEPS (Tabela 9).

Tabela 9 - Percentual de ações de EPS identificadas no PEEPS por Âmbito

<b>Local</b>	<b>Quantidade de ações</b>	<b>Âmbito Regional</b>	<b>Âmbito da SES</b>	<b>Âmbito Estadual</b>	<b>Indeterminado</b>
<b>PB</b>	309	73,8%	24,3%	1,9%	0,0%
<b>PE</b>	110	34,5%	15,5%	20,0%	30,0%
<b>SE</b>	150	35,3%	7,3%	14,0%	43,3%
<b>PB, PE e SE</b>	569	56,1%	18,1%	8,6%	17,2%

Fonte: elaborado pelo autor por meio da pesquisa documental.

Todavia, a dissidência da SES-PB em relação aos volumes de ações de âmbito estadual e da SES é determinante para a predominância deste em relação ao primeiro no quadro geral. Enquanto que, inversamente, Pernambuco e Sergipe apontam para a predominância de ações de âmbito estadual em detrimento das ações do âmbito da SES.

Quando comparados o percentual das ações de EPS (Tabela 9) e os critérios utilizados para definição da clientela das ações de EPS (Quadro 14), evidencia-se um quadro sólido entre ambos elementos de análise, na medida em que a gestora da SES-PE foi a única que referiu uma maior participação das gestão estadual, inclusive contando com a participação do próprio secretário de estado da saúde, a análise das ações dos PEEPS revelou a maior incidência de ações no âmbito da SES.

Da mesma forma, ao inverso, na medida em que o gestor da SES-PB referiu a pactuação em CIB como único determinante para definição do público alvo das ações, a análise dos PEEPS do estado revela a menor incidência de ações no âmbito da SES, dentre os três estados.

Tal cenário, porém, não é exclusivo à PNEPS e remonta desde o próprio processo de adesão dos estados e municípios ao Pacto 2006, onde Lima et al. (2012) identifica a caracterização de um papel indutor e coordenador da gestão estadual na implantação do Pacto, de tal forma que o ritmo de adesão dos municípios aumenta exponencialmente mediante a adesão estadual.

Apesar disso, Fleury (2010) afirma que a configuração institucional do SUS, a partir de 2006, fortalece a esfera local enquanto um “lócus privilegiado” para enfrentamento às questões centrais para a efetivação do SUS. Para tanto, faz-se necessário a estruturação de espaços concretos de governança local, de maneira a garantir um suporte técnico, gerencial e político. Mesma direção apontada por Santos (2013), que destaca a imprescindibilidade de que a configuração de tais espaços de colaboração entre entes federativos, seja cercada de segurança jurídica, de modo a garantir o cumprimento dos acordos firmados.

Desta feita, a PNEPS nos estados estudados segue uma tendência característica ao próprio processo de descentralização e regionalização do SUS, onde a esfera estadual tem um forte papel na condução das políticas de saúde, ao mesmo tempo em que a esfera municipal detém um papel determinante para a definição e conformação das mesmas. Uma realidade apenas vislumbrada quando determinada, através das NOAS2001, a responsabilidade das Secretarias de Estado da Saúde na definição das Regiões de Saúde.

### 5.3 Do Planejamento a Implementação das Ações

Finalmente, esta seção busca responder ao terceiro e último objetivo específico do presente estudo (**Identificar os principais mecanismos de gestão para execução das ações/estratégias de EPS**), recorrendo para tanto a duas categorias de análise centrais - **Recursos envolvidos e Foco de controle**.

Parte-se, para tanto, da descoberta de uma política fortemente centralizada na esfera estadual, no que diz respeito condução, a operacionalização das ações planejadas e execução orçamentária. De maneira que, apresentamos aqui alguns dos principais recursos empregados pelas SES para implementação da política de educação permanente em saúde, bem como as principais dificuldades informadas, o monitoramento e a avaliação das ações planejadas.

#### 5.3.1 Recursos Envolvidos

Como já discutido anteriormente, a PNEPS é uma política instituída a partir da esfera federal, através de um importante volume de recursos financeiros destinados aos demais entes federados. Porém, os recursos em questão vão além das

transferências fundo a fundo, dizem respeito a “quantidade de recursos direcionados para as atividades coletivas e sua forma de gestão” (OUVERNEY, 2005).

Sendo assim, a presente seção busca identifica-los a partir das repostas dos gestores ao questionário acerca dos recursos disponíveis nessas instituições para o cumprimento das respectivas responsabilidades para implementação dos planos regionais de saúde. Dessa forma, obtiveram-se informações essenciais à caracterização do setor quanto a vinculação nas SES, a estrutura e pessoal disponíveis, principais dificuldades para implementação dos PEEPS, a composição do financiamento e das dificuldades para execução deste.

No que diz respeito a estruturação do setor, observa-se no Quadro 15 que todas as SES referiram a existência de setores específicos destinados a gestão da PNEPS, inclusive dispo de estrutura física própria. No entanto, a SES-PE foi a única que informou que o setor não consta no organograma oficial da instituição.

Um fato um tanto contraditório, uma vez que, além de dispor de recursos físicos importantes, dentre as três, a SES-PE é a que apresenta maior nível de centralização da política, detento, dentre outras coisas, a responsabilidade de elaborar os PEEPS e, somente após a disponibilização dos recursos financeiros no fundo estadual de saúde, analisar a pertinência dos PAREPS e executar as ações assim consideradas.

Quadro 15 - Recursos disponíveis à gestão da PNEPS nas SES analisadas.

<b>Recursos</b>	<b>PB</b>	<b>PE</b>	<b>SE</b>
Setor específico de EPS na estrutura da SES	X	X	X
Presença no organograma oficial da SES	X		X
Estrutura física própria	X	X	X
Recursos físicos disponíveis: Informáticos	X	X	X
Recursos físicos disponíveis: Sala de Aula	X	X	
Recursos físicos disponíveis: Sala de Reunião	X	X	
Recursos físicos disponíveis: Internet	X	X	X
Recursos físicos disponíveis: Audiovisuais	X	X	
Estrutura específica para formação de pessoal	X	X	X

Fonte: elaborado pelo autor por meio da análise do questionário.

Outro fato importante à ser destacado é que no caso das SES-PB e SES-PE, o setor de EPS em questão consistem na própria estrutura específica para formação

de pessoal – o CEFOR-RH/PB e a ESPPE, respectivamente. Sendo assim, uma vez dispondo de tal estrutura de formação, obviamente possui estrutura própria e, naturalmente, conta com os recursos físicos apresentados no questionário, característicos à instituições de ensino.

Duas questões de grande relevância à qualquer unidade institucional pública dizem respeito ao número de pessoas do quadro próprio e de pessoas contratadas ou nomeadas para trabalhar no setor. Todavia, destas, apenas a gestora da EPS da SES-SE informou contar com 3 pessoas contratadas ou nomeadas, denominadas como “cedidas”. Enquanto que as demais SES não responderam as questões a respeito, impossibilitando afirmar se dispõem ou não de pessoal, ou mesmo se os respondentes desconheciam a informação.

#### *5.3.1.1 Dificuldades para implementação dos PEEPS*

A fim de identificar as principais dificuldades enfrentadas para implementação dos PEEPS, os gestores da EPS foram solicitados a pontuar de 1 a 5 as alternativas apresentadas nos questionário, de modo que fora possível estabelecer um grau de relevância dentre as opções, onde 1 seria a menor relevância e 5 a maior (Tabela 10).

O primeiro achado sobre a questão consiste na quase inexistência de consenso entre os respondentes. De maneira que, para a viabilizar a análise e estabelecer um grau de relevância entre as dificuldades, acrescentou-se a quinta coluna na organização da Tabela 10. Que corresponde a soma da pontuação atribuída por cada gestor, de forma que a relevância analisada diz respeito as três SES e não as unidades individualmente. Dito isto, destacam-se a seguir algumas questões centrais à este estudo.

Primeiramente, dentre as seis dificuldades mais relevantes destacam-se as questões referentes ao financiamento da política, seja para execução dos recursos disponíveis nos fundos estaduais, para liberação destes ou mesmo da insuficiência perante o volume de ações. Segundamente, destacam-se as dificuldades referentes a normatização para elaboração e execução dos projetos pelas SES, ao passo em que a política tem pouca prioridade na agenda da gestão e o gestor de EPS tem baixa governabilidade na estrutura das SES.

Identificou-se um cenário complexo onde, segundo os gestores respondentes, existem importantes dificuldades das SES para executar os recursos financeiros alocados no próprio fundo estadual de saúde. Ao mesmo tempo em que os gestores tem baixa governabilidade à efetivação dos processos administrativos necessários para a realização das ações e a política tem baixa prioridade na agenda da gestão da SES.

Tabela 10 - Principais dificuldades enfrentadas para implementação dos PEEPS.

<b>Dificuldade</b>	<b>PB</b>	<b>PE</b>	<b>SE</b>	<b>Soma</b>
Execução financeira por parte dos PEPS	4	5	3	12
Liberação de recursos financeiros	3	5	3	11
Ausência/insuficiência de normatização em relação à elaboração e execução de projetos	3	4	3	10
Baixa priorização da PEP na agenda da gestão	2	5	3	10
Poucos recursos orçamentário-financeiros para muitos projetos	2	5	3	10
Baixa governabilidade do gestor de EP	1	5	3	9
Disputas políticas entre municípios de uma mesma região	2	5	2	9
Ausência de acompanhamento dos projetos	3	3	2	8
Desorganização da equipe no local (SES)	3	4	1	8
Diálogo com instituições de ensino	2	4	2	8
Disputas políticas entre regiões de saúde e SES	1	5	2	8
Entendimento da Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da PNEPS.	4	3	1	8
Identificação de problemas e prioridades	2	5	1	8
Entendimento da Portaria GM/MS 198, de 13/02/2004, que instituiu a PNEPS.	4	1	1	6
Não tem enfrentado dificuldades	1	1	4	6
Coordenação do trabalho	2	2	1	5
Infra-estrutura física	2	1	1	4
Negociação, pactuação e aprovação de projetos na CIB	1	1	1	3
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>64</b>	<b>37</b>	<b>143</b>

Fonte: elaborado pelo autor por meio da análise do questionário.

No entanto, é importante evidenciar as posições extremas entre os respondentes das SES/PE e SES/PB, principalmente no que diz respeito a relevância da política para a gestão estadual da saúde e a governabilidade do setor de EPS. Um fato bastante consistente com a disponibilidade de recursos, onde as SES em questão também se opõe quanto existência do setor de gestão da EPS no organograma oficial. De tal forma que, a inexistência no organograma da SES-PE corrobora com a baixa governabilidade do setor e a pouca priorização para gestão. E o inverso se aplica a SES-PB.

A SES-SE, por sua vez, atribui uma relevância intermediária às essas questões, sugerindo uma maior constância da política no estado, principalmente quando o gestor de EPS atribui grande relevância à opção “Não tem enfrentado dificuldades”.

Em uma generalização, ao somar a relevância atribuída a cada uma das dificuldades apresentadas, a SES-SE foi o que atribuiu menor relevância às dificuldades (37) e a SES-PE foi a que atribuiu a maior (64). Dessa forma, é possível concluir que, segundo os respondentes, a SES-PE é a que apresenta o maior grau de dificuldades à implementação da política pela esfera estadual, ao tempo que a de SE apresenta o menor.

Um elemento essencial à compreensão de tal panorama decorre dos mecanismos de gestão utilizados por cada SES e a vinculação, tanto da PNEPS quanto da ETSUS de Sergipe, à uma fundação integrante da Administração Pública Indireta. Ou seja, um ente com maior autonomia administrativa, apta à operacionalização de recursos independente dos setores da SES ou do próprio secretário de estado.

Dessa forma, é possível apontar para uma relação direta entre as principais dificuldades enfrentadas para implementação dos PEEPS e a vinculação jurídico-administrativa do setor responsável.

### *5.3.1.2 Composição do financiamento e dificuldades para sua execução*

O financiamento da política, bem como a execução dos respectivos recursos ocupam grande relevância à efetivação ou não dos PEEPS, segundo os respondentes. Isso se deve, em parte, ao fato de tratar-se de uma política de indução, elaborada no âmbito da esfera federal da gestão do SUS.

Tais estratégias podem ter diferentes níveis de efetividade, conforme a adesão dos demais entes federados à política proposta. Um dos indicadores para tal adesão consiste na incorporação desta na composição orçamentária das demais esferas de gestão ou reprodução da política pelas mesmas (COÊLHO, 2013). O que não acontece no caso da PNEPS, como foi referido pelos respondentes quando indagados sobre as fontes dos recursos e por quem estes eram operados.

Os gestores de EPS das três SES informaram que o financiamento da PNEPS decorre exclusivamente da esfera federal, não havendo qualquer comprometimento de recursos das esferas estaduais ou municipais, se não obrigações patronais referidos pela SES-SE (Quadro 16). O que talvez até pudesse ser considerada uma contrapartida obrigatória mínima para os estados de Paraíba e Sergipe, a depender da interpretação da legislação local sobre o uso de repasses federais para custos patronais.

Quadro 16 - Fontes e execução de recursos financeiros da PNEPS

<b>SES</b>	<b>Fonte</b>	<b>Execução</b>
PB	União exclusivamente	Pela própria instituição
PE	União exclusivamente	Sem resposta
SE	Existe fonte 00 tb, mas quase exclusivamente, a Política depende do recurso do MS	Através de fundações

Fonte: elaborado pelo autor por meio da análise do questionário.

As dificuldades das SES na execução financeira dos recursos disponíveis nos respectivos fundos estaduais (Quadro 17) é objeto de divergência entre as três instituições estudadas. Ocorrendo um único consenso que aponta como principal empecilho as dificuldades do âmbito administrativo das SES, seguidas das limitações jurídico-legais, referidas pelos gestores de PB e PE.

Um segundo destaque para as informações da SES-SE, trata da referência a complexidade para prestação de contas. Uma afirmação que não combina com as respostas às outras questões sobre o monitoramento e a prestação de contas, como será discutido na seção a seguir.

Quadro 17 - Dificuldades encontradas para a execução dos recursos da PNEPS pelas SES

<b>Dificuldades</b>	<b>PB</b>	<b>PE</b>	<b>SE</b>
Falta de apoio técnico dos órgãos que financiam	X		
Fragilidade de qualificação das equipes da SES para execução	X		
Desconhecimento dos processos que permitem sua execução		X	
Administrativas	X	X	X
Jurídico-legal	X	X	
Complexidade para prestação de contas			X
Outro			X

Fonte: elaborado pelo autor por meio da análise do questionário.

Sem divergir dos demais, a gestora de SE acenou para outras dificuldades e descreveu que:

Existem vários fatores, entre os quais: tempo do trâmite do contrato estatatal; dificuldade quanto à pactuação da execução das ações dos municípios, especialmente quanto à distribuição de vagas, liberação das equipes, profissionais, dificuldade para contratação de facilitadores" (questão 40, questionário).

### 5.3.2 Foco de Controle

O foco de controle diz respeito ao monitoramento do trabalho desenvolvidos e da promoção de accountability dos recursos empregados (OUVERNEY, 2005). Assim, a presente seção busca identificar os instrumentos de monitoramento das ações planejadas, bem como os atores envolvidos nesse processo.

Para isso, recorreu-se as informações coletadas através da pesquisa documental e do questionário, somados para composição de um quadro mais claro possível.

Em primeiro lugar, destaca-se a relação entre os diferentes tipos de documentos analisados, observada a finalidade de cada um:

- a) PES: apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas. Sendo operacionalizado através de quatro programações anuais de saúde (BRASIL, 2009a);



- b) RAG: instrumento que apresenta os resultados alcançados e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários (BRASIL, 2009a);
- c) PEEPS: atribuição da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, no âmbito da Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009b).

Como pode-se observar os PEEPS são apresentados enquanto atribuição da CIB, no entanto, não existe uma diretriz clara sobre sua composição, organização ou sua relação com os planos de ação regionais (PAREPS). Sendo assim, a primeira questão à ser evidenciada é que cada UF pode apresentar um modelo distinto e por isso, verificou-se importantes diferenças entre os PEEPS das três SES.

A partir da análise documental, foi possível verificar que:

- a) Na SES-PB os planos estaduais analisados são compostos pelo conjunto dos PAREPS macrorregionais, que por sua vez foram compostos a partir da necessidade referida e enviadas pelas CIR que compõe a respectiva macrorregião de saúde em um prazo preestabelecido. Em seguida, o plano é submetido à aprovação da CIB, antes de ser enviado ao MS como critério à disponibilização de recurso da política.
- b) Em Pernambuco os PEEPS analisados foram elaborados pela gestão de EPS da SES-PE, submetidos à aprovação da CIB Estadual e depois da CIB. Somente após a disponibilização do financiamento pelo MS no fundo estadual de saúde, os PAREPS foram construídos pelas 12 regiões de saúde do estado e submetidos à SES-PE enquanto demanda à ser atendida.
- c) Em Sergipe, por ano, existem dois planos de educação permanente independentes e ambos devem ser aprovados na CIB antes de enviados ao MS como requisito à aprovação de financiamento. Um de abrangência municipal, cujo planejamento e desenvolvimento das ações é atribuição do próprio município de Aracaju. E outro de âmbito estadual / regional, cuja formulação é capitaneada pela Área Técnica de Educação Permanente da SES-SE, é implementado pela Fundação

Estadual de Saúde (FUNESA) e atende aos outros 74 municípios do estado.

A partir dessas informações, foi possível sistematizar um quadro geral de caracterização dos referidos planos (Quadro 18):

Quadro 18 - Síntese da construção dos PEEPS nas três UF.

<b>UF</b>	<b>Elaboração</b>	<b>Instancias/ aprovação</b>	<b>Composição</b>
PB	SES – CEFOR- RH / PB	CIB-PB	PAREPS macrorregionais
PE	SES – DGES/ SGTES	1º CIES Estadual; e 2º CIB-PE.	Necessidades identificadas pela DGES e referidas pelas regiões de saúde.
SE	SES – Área Técnica de EP.	CIB-SE	Necessidades identificadas pela área técnica de EP e referidas pelas regiões de saúde.

Fonte: elaborado pelo autor por meio da análise documental.

Consideradas as particularidades dos PEEPS, retoma-se a identificação das relações entre estes e os demais documentos. Como já apresentado na metodologia do estudo, esperava-se identificar as ações comuns entre os três tipos de documentos, caracterizando uma relação consistente principalmente quanto a realização das ações.

Apesar disso, conforme pode-se observar na Tabela 11, através da pesquisa documental não foi possível estabelecer tal relação de accountability entre os PEEPS e os RAG, nem uma relação consistente entre os planos quadrienais e os de EPS.

Das 1188 ações analisadas, apenas 4 apareciam nos três tipos de documentos analisados. A maior parte das relações identificadas consistem em ações provenientes do PES, que aparecem nos RAG equivalentes.

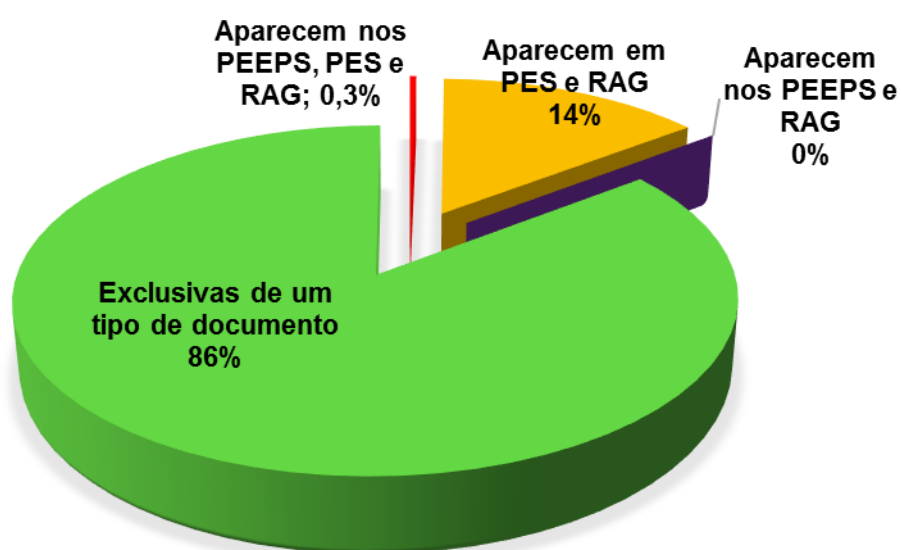
Tabela 11 - Frequência de Ações por tipo de Documento

<b>Ações por tipo de documento</b>	<b>PB</b>	<b>PE</b>	<b>SE</b>	<b>Geral</b>	<b>%</b>
Aparecem nos PEEPS, PES e RAG	0	4	0	4	0,3%
Aparecem APENAS em RAG de anos diferentes	0	3	0	3	0,3%
Aparecem em PES e RAG	1	168	0	169	14,2%
Aparecem nos PEEPS e RAG	0	0	0	0	0,0%
Apenas em RAG	58	157	31	246	20,7%
Apenas em PEEPS	309	110	150	569	47,9%
Apenas em PES	121	56	20	197	16,6%
Coincidentes	1	175	0	176	14,8%
Exclusivas de um tipo de documento	488	323	201	1012	85,2%
<b>Total</b>	<b>489</b>	<b>498</b>	<b>201</b>	<b>1188</b>	

Fonte: elaborado pelo autor por meio da análise documental.

A SES-PE se destaca pela forte correspondência entre os planos estaduais de saúde e os relatórios anuais de gestão, ao passo em que tal relação não foi identificada nos demais. No entanto, tal correspondência não se repete quando analisamos as PEEPS e RAG em nenhuma das SES, como pode-se visualizar no Gráfico 5.

Gráfico 5 - Proporção de ações por tipo de documento



Fonte: Elaborado pelo autor, por meio da análise documental

Tal cenário remete à duas hipóteses: o acompanhamento das ações de EPS não é considerado durante a produção dos RAG; ou as ações de EPS não são realizadas.

Eventualmente, a não realização das ações pode ser considerado um problema bem mais crítico do que o não registro das mesmas, todavia, a ausência de informações acerca do desenvolvimento de políticas públicas constitui um problema crônico e maligno para o sistema de saúde brasileiro, como aponta. Além de consistir em uma falha administrativa fundamental, uma vez que, tal ausência de informações inviabiliza a análise da eficiência da ação, dos gastos, dos prazos, do alcance, enfim, da própria existência da política.

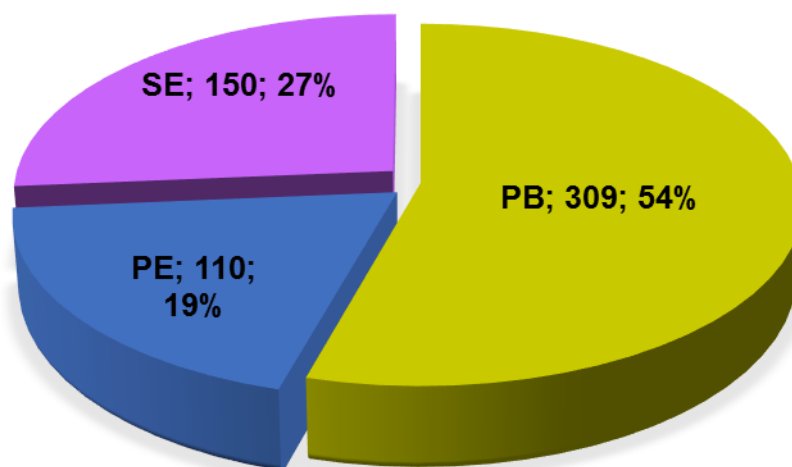
Configura-se enquanto um problema ainda maior na medida em que se trata de uma política cujo recurso predominantemente é centralizado na esfera estadual, mas que público alvo das ações planejadas são trabalhadores da esfera municipal do SUS. Um grave problema para uma política estruturada a partir de uma lógica interfederativa, marcada pela interdependência dos entes envolvidos.

Para o sucesso desse modelo é urgente a criação de novos arranjos jurídico-administrativos que possam garantir a efetivação de políticas e redes regionalizadas e hierarquizadas, cuja titularidade é das três esferas de gestão do SUS. Mais do que uma gestão baseada na solidariedade entre os entes, faz-se necessária a construção de acordos colaborativos alicerçados por segurança jurídica para que, como define Santos (2013), ninguém fique de “pires na mão”.

Nessa perspectiva em 2011 é publicado o Decreto nº 7508 que, baseado no argumento da regulamentação da Lei Orgânica do SUS, no que diz respeito a sua organização, utiliza da reedição de um conjunto de definições e artigos como veículo para a instituição dos Contratos Organizativos de Ação Pública (COAP) no âmbito do SUS. Buscando, dessa forma, a construção de um instrumento que garanta uma necessária segurança jurídica às relações que definem uma rede interfederativa de serviços (BRASIL, 2011).

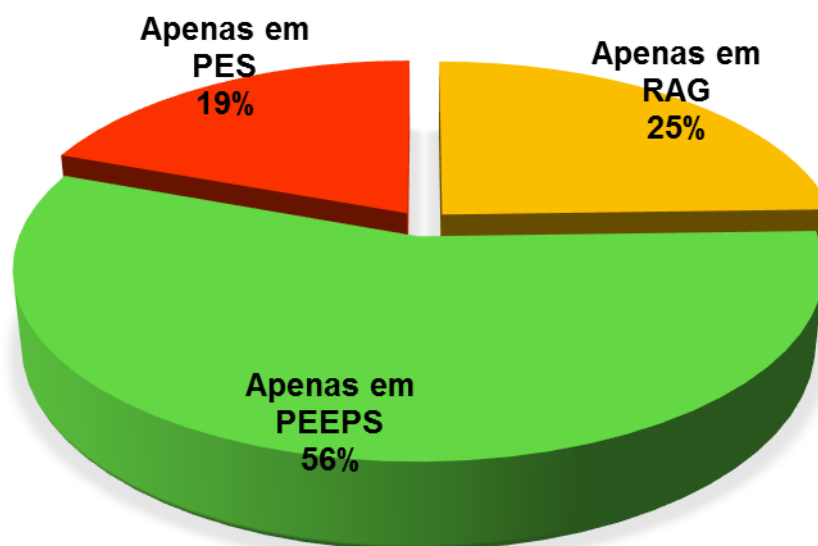
A segunda hipótese parece improvável frente ao grande volume de ações apresentadas através dos PEEPS. Quase 50% das ações analisadas, principalmente da SES-PB que apresenta o maior número de ações desse tipo de documento (Gráfico 6). Da mesma forma, ao analisar a proporção entre as ações exclusivas de um tipo de documento, identifica-se novamente a predominância de ações identificadas nos PEEPS (Gráfico 7).

Gráfico 6 - Quantidade de ações analisadas a partir dos PEEPS



Fonte: Elaborado pelo autor, por meio da análise documental

Gráfico 7 - Proporção entre as ações exclusivas de um tipo de documento



Fonte: Elaborado pelo autor, por meio da análise documental.

### 5.3.2.1 O Controle Referido

Se, com base na análise documental, os achados não são tão positivos, as informações referidas pelos gestores de EPS das SES por meio dos questionários, diferentemente, apresenta um cenário onde não apenas as ações são monitoradas pela gestão das três SES, como existe a prestação de contas dos recursos de EPS junto ao Ministério da Saúde pelas três SES e junto a CIB-PE, no caso de Pernambuco.

Segundo os respondentes, não somente são realizadas avaliações das ações de EPS, como estas avaliações consideram outras variáveis descritas no Quadro 19.

Quadro 19 - Dimensões considerados nas avaliações das ações de EPS nas SES

<b>Dimensões</b>	<b>PB</b>	<b>PE</b>	<b>SE</b>
Avaliação dos trabalhadores/alunos e/ou docentes	X		X
Conteúdo programático do curso			X
Estrutura curricular e metodológica dos cursos			X
Modalidades dos cursos		X	X
Total de concluintes	X	X	X
Utilização dos recursos financeiros	X	X	
Modificação dos indicadores de saúde		X	
Melhoria do processo de trabalho	X	X	
Outro			X

Fonte: elaborado pelo autor por meio da análise do questionário.

O primeiro ponto à ser destacado revela que o total de concluintes é o indicador universal comum aos três estados. A modalidade dos cursos, utilização dos recursos financeiros, bem como a melhoria do processo de trabalho, também são indicadores de relevância à duas, das três SES.

O estado de Sergipe refere o maior número de indicadores utilizados, o que sugere um processo avaliativo mais amplo, apesar disso, optando pela alternativa “outros”, a gestora da EPS da SES-SE registra que tanto a modificação dos indicadores de saúde quanto a melhoria do processo de trabalho são indicadores desejáveis e necessários “sem os quais não conseguimos avaliar o impacto das ações no território, no entanto não conseguimos avançar” (SERGIPE, 2011).

Quanto ao tipo de instrumento utilizados para tal fim, o indicador consensuado é relativo a cursos realizados, ao tempo em que relatórios periódicos não são utilizados e nenhum outro instrumento é de uso comum às SES (Quadro 20).

Quadro 20 - Instrumentos utilizados para o monitoramento das ações de EPS  
Fonte: elaborado pelo autor por meio da análise do questionário.

<b>Instrumentos</b>	<b>PB</b>	<b>PE</b>	<b>SE</b>
Total de certificados emitidos		X	
Visitas técnicas	X		
Relatórios periódicos			
Relatórios de cursos	X	X	X
Prestação de contas		X	
Outro			X

Fonte: elaborado pelo autor por meio da análise do questionário.

Tal informação, mais do que evidenciar as estratégias prioritárias no processo de avaliação das SES, reforça outro resultado já discutido anteriormente, uma política fortemente centrada em cursos formais, onde o acompanhamento se dá, principalmente, a partir do cálculo da evasão escolar, relatórios de curso e prestação de contas. Reforçando o entendimento de que, de fato, não há um processo de monitoramento e avaliação da política de educação permanente nas SES estudadas, mas somente avaliações isoladas de estratégias específicas, principalmente cursos.

Todavia, mesmo assumindo que os processos avaliativos sejam aleatórios e baseados no número de trabalhadores formados em cursos formais, não é possível explicar a impossibilidade do monitoramento da política a partir dos instrumentos de gestão analisados, principalmente ao considerar que mais de 70% das ações analisadas consistem exatamente em cursos formais, seja curta duração ou de pós-graduação.

Apesar disso, quando perguntados sobre as consequências dos processos de monitoramento e avaliação das ações de EPS, os gestores informam uma realidade bastante resolutiva, que determina desde a redefinição das parcerias institucionais, até a reorganização dos serviços de saúde (Quadro 21).

Quadro 21 - Ações decorrentes das avaliações e monitoramento das ações de EPS

<b>Encaminhamentos</b>	<b>PB</b>	<b>PE</b>	<b>SE</b>
Redefinição de parcerias institucionais	X	X	X
Reorganização e melhoria dos serviços	X	X	X
Ampliação das ações		X	X
Identificação de novas demandas	X	X	X
Revisão do planejamento executivo das ações		X	X
Outro			

Fonte: elaborado pelo autor por meio da análise do questionário.



## 6 CONCLUSÕES

Pioneira dentre as políticas nacionais estruturadas a partir do âmbito regional, a PNEPS completou 12 anos enquanto estratégia prioritária para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor saúde, na medida em que viabilizou a criação de potentes espaços interinstitucionais de gestão colegiada.

Baseada na concepção de que a formação para trabalhadores do SUS exige a mobilização de um conjunto de atores institucionais elementares (as três esferas de gestão, os próprios trabalhadores, instituições de ensino e controle social), além de uma política, vem se estruturando um campo de conhecimento na área da saúde coletiva desde então. Que apesar de proeminente no cenário nacional, seguiu a passos largos em direção a própria autoafirmação enquanto campo, na medida em que se distanciou do campo do trabalho em saúde e das questões trabalhistas como carreira, classes, categorias e direitos.

Dessa forma, duas políticas concebidas com a finalidade de romper o paradigma da gestão de recursos humanos da tradicional escola de administração, se desenvolvem quase que independentemente, de maneira que uma se destaca como uma solução universal à qualquer problema do setor saúde, a outra é vista como assunto espinhoso e delicado à ser evitado.

Assim como Tom Zé e Caetano, enquanto a gestão do trabalho seguiu ao ostracismo, a educação permanente ocupou protagonismo e se consolidou enquanto um componente natural à maioria das políticas de saúde. Sem, no entanto, necessariamente constituir-se em propostas educativas realizadas para reflexão e intervenção do processo de trabalho. Ou seja, o que deveria ser destinada tanto para a melhoria da qualidade dos serviços quanto para as condições laborais, a dita “educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho” (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994).

Na medida em que a formação dos trabalhadores se distancia do reconhecimento do indivíduo trabalhador, aponta em direção à um sujeito super – protagonista da própria realidade, como se esta se resumisse apenas aquilo que lhe é imediato e passível de interferência.

Como resultado, o presente estudo identificou:

- 1) Uma política bastante homogênea e pouco inovadora frente a tão questionada Educação Continuada.
- 2) No que diz respeito as ações, predominam de ações educativas, mais ou menos formais, porém quase sempre implementadas por meio de mecanismos tradicionais de formação – cursos, capacitações, residências e etc. Não por acaso, os principais mecanismos de monitoramento e avaliação das ações, únicos comuns às três SES, são a taxa de evasão, número de concluintes e relatórios de curso. Estes instrumentos são tradicionalmente utilizados no sistema educacional padrão, para aferição do sucesso da ação educacional
- 3) Apesar disso, é importante destacar a perseverança das ações destinadas ao fortalecimento das instancias interinstitucionais, comissões Intergestores, núcleos de educação permanente e da criação de estratégias destinadas ao fortalecimento da integração ensino-serviço.
- 4) A integração ensino-serviço, talvez seja a dimensão com o maior fortalecimento nos três estados. Em todos, as instituições de ensino aparecem enquanto atores assíduos na composição das CIES, além de parceiros frequentes na execução das ações educacionais, mesmo que muitas vezes tenha como principal objetivo garantir a certificação e formalização dos processos.
- 5) Outro arranjo importante são as “redes de escolas” referidas pelos estados da Paraíba e Pernambuco que, observadas as particularidades e amplitude de cada local, representam um potencial mecanismos de regulação da formação para a área da saúde, pois dentre outras aspectos, normatiza o acesso das instituições de ensino aos serviços de saúde e da própria gestão para a realização de estágios curriculares, visitas técnicas e etc.
- 6) No que diz respeito a organização da PNEPS nos estados, de maneira geral, os três estados apresentaram todos os elementos necessários a conformação da política. Desde a elaboração dos planos de ação de educação permanente, reservadas as particularidades de cada estado, passando pela existências e atividade das comissões de integração ensino serviço e chegando a frequência do argumento da EPS em todas as áreas dos planos estaduais de saúde e relatórios anuais de gestão.

- 7) Considerando-se a concepção original da proposta, observou-se uma forte dicotomização da PNEPS, na medida em que as instituições de ensino novamente são parceiros primários, enquanto que o controle social somente é referido como público alvo das ações, tal qual os trabalhadores e suas entidades de representação.
- 8) Caracteriza-se como uma política educacional fragmentada, onde cada ator ocupa seu respectivo papel - aqueles que planejam, aqueles e executam e aquele que são objeto da ação. Configurando-se como uma política fortemente centralizada na esfera estadual da gestão SUS, desde a idealização, planejamento e implementação. Ao tempo em que os municípios, organizados regionalmente, demandam as ações à serem executadas com maior ou menor grau de protagonismo, conforme o estado.
- 9) O processo de monitoramento e avaliação das ações é ainda de grande fragilidade, não sendo possível estabelecer relações consistentes entre os planos de Saúde, de EPS e os RAG. Portanto, aponta-se para uma política com pouca participação de representantes do controle social, inclusive dos próprios conselhos estaduais de saúde que, no mínimo, podem fiscalizar e monitorar a implementação da política através da apreciação quadrienal dos PES e anual dos RAG.

Por último, cumpre salientar que o presente estudo nunca pretendeu esgotar as discussões acerca da política em questão ou muito menos da construção de políticas regionalizadas. Longe disso, os resultados apontam para a necessidade de aprofundamento da análise da institucionalização de uma política de caráter genuinamente regional, na medida em que apresenta elementos importantes que contribuem para um processo avaliativo, além de fornecer um conjunto de elementos e provocações aos estudiosos da área.

## REFERENCIAS

AZEVEDO, C. E. F. et al. A Estratégia de Triangulação: Objetivos, Possibilidades, Limitações e Proximidades com o Pragmatismo. In: ENCONTRO DE ENSINO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE, 4., 2013, Brasília.

**Trabalhos**. Brasília: Anpad, 2013. Disponível em: <[http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnEPQ/enepq\\_2013/2013\\_EnEPQ5.pdf](http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnEPQ/enepq_2013/2013_EnEPQ5.pdf)>. Acesso em: 15 dez. 2014.

BAQUERA, H. Las principales propuestas pedagógicas em America latina. In: PERÚ. Ministerio de Salud. **Educación Permanente en Salude**. Lima: OPAS, 1990. Disponível em: <[http://bvs.minsa.gob.pe/local/IDREH/728\\_IDREH-DB3.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/IDREH/728_IDREH-DB3.pdf)>. Acesso em: 23 fev. 2015.

BENTZ, R. M. B. **Recursos Humanos en Salud en la Organización Panamericana de la Salud**: Orígenes y Evolución. Washington: OPAS, 2007. (Serie Recursos Humanos para la Salud, Nº 53). Disponível em: <[http://www.observearh.org.br/nesp/sistema/banco/20071105040509\\_ops\\_rh.pdf](http://www.observearh.org.br/nesp/sistema/banco/20071105040509_ops_rh.pdf)> Acesso em: 15 fev. 2015.

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. Petrópolis: Vozes, 1996.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília, 1988. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/legislacao/>>. Acesso em: 12 jan.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993**. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB SUS 01/93. Brasília, 1993. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545\\_20\\_05\\_1993.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html)>. Acesso em: 27 out. 2014.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB SUS 96. Brasília, 1996. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html)> Acesso em: 27 out. 2014.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Brasília, 2001. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095\\_26\\_01\\_2001.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html)> Acesso em: 27 out. 2014.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 – NOAS-SUS 01/02. Brasília, 2002. Disponível em:<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html)> Acesso em: 27 out. 2014.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004.** Brasília, 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>>. Acesso em: 27 out. 2015.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** – Brasília, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida\\_Vol1DiretOperDefesaSUSeGestao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida_Vol1DiretOperDefesaSUSeGestao.pdf)> Acesso em: 25 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.996/07 de 20 de agosto de 2007.** Brasília, 2007. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996\\_20\\_08\\_2007.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.htm)>. Acesso em: 2 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.813 de 20 de novembro de 2008.** Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e dá outras providências. Brasília, 2008. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2813\\_20\\_11\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2813_20_11_2008.html)>. Acesso em: 2 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.953 de 25 de novembro de 2009.** Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e dá outras providências. Brasília, 2009. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2953\\_25\\_11\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2953_25_11_2009.html)>. Acesso em: 2 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 4.033 de 17 de dezembro de 2010.** Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e dá outras providências. Brasília, 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4033\\_17\\_12\\_2010.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4033_17_12_2010.htm)>. Acesso em: 2 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em: 13 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.200 de 14 de setembro de 2011.** Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e dá outras providências. Brasília, 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2200\\_14\\_09\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2200_14_09_2011.html)>. Acesso em: 20 jan. 2015.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Brasília, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 12 set. 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Brasília, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em: 12 set. 2014.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 4.726, 09 de junho de 2003.** Brasília, 2003. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2003/D4726.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4726.htm)>. Acesso em: Jan/2015.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011**. Brasília, 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 28 set. 2013.

CAMPOS, F. E. et. al. Os Desafios Atuais para a educação permanente no SUS. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v.3, n.1, p. 39-35, 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_rh.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf)> Acesso em: 16 jan. 2015.

CAMPOS, F. E.; PIERANTONI, C. R.; MACHADO, M. H. Conferências de saúde, o trabalho e o trabalhador da saúde: a expectativa do debate. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v.3, n.1, p. 8-11, 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_rh.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf)> Acesso em: 16 jan. 2015.

CASTRO, J. Protagonismo Silencioso: a presença da OPAS na formação de recursos humanos em saúde no Brasil. **Inter-Legere**, Natal, ano 2, n. 4, p. 1653-179, 2009. Disponível em: <<http://cchla.ufrn.br/interlegere/revista/pdf/4/dt02.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2015.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, Botucatu, v. 9, n.16, p. 161-168, 2005. <<http://www.interface.org.br/revista16/debate1.pdf>> Acesso em: 17 dez. 2014.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v.14, n.1. p. 41-65, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312004000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312004000100004&script=sci_arttext)> Acesso em: 17 dez. 2014.

CHRISTÓFARO, M. A. A organização do sistema educacional brasileiro e a formação na área de saúde. In: SANTANA, J. P.; CASTRO, J. L. (Org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde – CADRHU**. Natal: Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde; Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 1999. p. 185-213. Disponível em: <<http://lcead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/A%20organiza%E7%E3o%20do%20sistema%20educacional%20brasileiro%20e%20a%20forma%E7%E3o%20na%20E1rea%20da%20sa%FAde.pdf>>. Acesso em: 9 fev. 2015.

COELHO, D. B. A agenda social nos governos FHC e Lula: competição política e difusão do modelo renda mínima. In: HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. P. (Org.). **Federalismo e Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.

COHN, A. Estudo da Políticas e saúde: implicações e práticas. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 2019-246.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (Brasil). **Reflexões aos novos gestores municipais de saúde 2013-2016**. Brasília: 2014. Disponível em: <<http://164.41.147.224/conasems/portal25/Publicacoes/publicacoes/reflexoes-aos-novos-gestores-municipais-de-saude.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. de A. (Org.). **Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 29-47. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/3zcf/ pdf/hartz-9788575414033-04.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2015.

COSTA, P. P. **Dos projetos à política pública: reconstruindo a história da educação permanente em saúde**. 2006. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=1880>>. Acesso em: 11 fev. 2015.

DANIEL, H. B.; SANDRI, J. V. A.; GRILLO, L. P. Implantação de política de educação permanente em Saúde no Rio Grande do Sul. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p. 541-562, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n3/1981-7746-tes-12-03-00541.pdf>>. Acesso em: 9 fev. 2015.

DAVINI, M. C. Educación Permanente en Salud. In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud**. Washington: OPAS, 1995. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3104/Educaci%C3%B3n%20permanente%20en%20salud.pdf?sequence=1>> Acesso em: 22 mar. 2015.

DOURADO, D. A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.1, p. 204-211, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/1944.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2015.

FERREIRA, M. A. L.; MOURA, A. A. G. **Evolução da Política de Recursos Humanos a partir da análise das Conferências Nacionais de Saúde (CNS)**. 2006. Monografia (Especialização) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife: 2006. Disponível em: <[http://www.cpqam.fiocruz.br/observarh/publicacoes/arquivos/politica\\_rh\\_analise\\_cns.pdf](http://www.cpqam.fiocruz.br/observarh/publicacoes/arquivos/politica_rh_analise_cns.pdf)>. Acesso em: 11 fev. 2015.

FLEURY S.; MAFORT A. L. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FLEURY, S. El desafío de la gestión de las redes de políticas. **Revista Instituciones y Desarrollo**, Catalunya, n.12-13, p. 221-247, 2002; Disponível em: <[http://peep.ebape.fgv.br/sites/peep.ebape.fgv.br/files/el\\_desafio\\_gestion.pdf](http://peep.ebape.fgv.br/sites/peep.ebape.fgv.br/files/el_desafio_gestion.pdf)> Acesso em: 18 fev. 2015.

FLEURY, S. et al. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v.28, n.6, p. 446-455, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v28n6/v28n6a06.pdf>> Acesso em: 30 Nov. 2014.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 743-752, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/10.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2014.

FUNDAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE (Sergipe). **Educação Permanente em Saúde no Estado de Sergipe**: Saberes e Tecnologias para Implantação de uma Política. Aracaju: FUNESA, 2011. (Livro do Aprendiz 2). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao\\_permanente\\_aprendiz.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_aprendiz.pdf)>. Acesso em: 30 dez. 2016.

GERSCHMAN, S. Municipalização e inovação gerencial: um balanço da década de 1990. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 417-435, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232001000200011&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232001000200011&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 30 nov. 2014.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, R. A Análise de Dados em Pesquisa Qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. et al. (Org.). **Pesquisa Social**: Teoria, Método, e Criatividade. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 67-80.

GUERREIRO, J. V.; BRANCO, M. A. F. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1689-1698, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000300006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300006)>. Acesso em: 17 Nov. 2014.

HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A. C.; DAVINI, M. C. **Educación Permanente de personal de Salud**. Washington: OPAS, 1994. Disponível em: <[http://www.comepa.com.uy/escuela/pluginfile.php/520/mod\\_resource/content/1/HaddadClasenRoschkeDavini.pdf](http://www.comepa.com.uy/escuela/pluginfile.php/520/mod_resource/content/1/HaddadClasenRoschkeDavini.pdf)> Acesso em: fev/2015.

INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL **Portaria nº 234 de 07 de fevereiro de 1992**. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB SUS 01/91. Brasília, 1992. Disponível em: <[http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234\\_07\\_02\\_1992.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf)> Acesso em: 27 out. 2014.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 258 de 07 de Janeiro de 1991**. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB SUS 01/91. Brasília, 1991. Disponível em: <[http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258\\_07\\_01\\_1991.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf)> Acesso em: 27 out. 2014.

LAVRAS, C. C. C. Descentralização, Regionalização e Estruturação de Redes. In: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. (Org.). **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 317-331.

MACEDO, B. C. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: A Experiência de Pernambuco**. 2011. Monografia (Especialização) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife: 2011. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010macedo-bc.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2015.



MACHADO, M.H. Trabalhadores na Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: Lima, N. T. (Org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 257-284.

MARCONDES, N. A. V.; BRISOLA, E. M. A. Análise por triangulação De Métodos: Um Referencial Para Pesquisas Qualitativas. **Revista Univap**, São José dos Campos-SP, v. 20, n. 35. p. 201-208, 2014. Disponível em: <<http://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/228/210>>. Acesso em: 18 jan. 2015.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. V. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

\_\_\_\_\_. **Metodologia do Trabalho Científico**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes\\_de\\_atencao\\_mendes\\_2.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf)>. Acesso em: 15 fev. 2015.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación Permanente en Salud. **Salud Colectiva**, Lanús, v. 2, p. 147-160, 2006. Disponível em <[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652006000200004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652006000200004&script=sci_arttext)> Acesso em: 22 dez 2014.

MORESI, E. (Org.). **Metodologia da Pesquisa**. Brasília: Universidade Católica de Brasília, 2003. Disponível em: <[http://ftp.unisc.br/portal/upload/com\\_arquivo/1370886616.pdf](http://ftp.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/1370886616.pdf)> Acesso em: 25 dez. 2014.

NICOLETTO, S. C. S. et al. Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n.4, p.1094-1105, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n4/12.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2014.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2007.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Educación permanente de Personal de la Salud em la Región de las Américas**. Washington, 1989. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos, n. 85). Disponível em: <<http://hist.library.paho.org/Spanish/DRH/2286.pdf>>. Acesso em: 8 fev. 2015.

OUPERNEY, A. M. Regionalização do SUS: uma análise da estratégia de integração intermunicipal. **Administração em Diálogo**, São Paulo, n. 7, p. 91-106, 2005. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/rad/article/view/672/469>> Acesso em: 22 set. 2014.

PAIM, J. S. **Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos**. São Paulo: USP, 1994.

PARAÍBA. Comissão Intergetores Bipartite. **Resolução nº 1.223, de 04 de maio de 2010**. Aprova a criação e composição das Comissões Regionais Permanentes de Integração Ensino Serviço Regionais – CIES. João Pessoa, 2010.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 1.230, de 04 de maio de 2010**. Altera a Resolução CIB/PB nº 1.135 e altera a composição da Comissão Estadual Permanente de Integração Ensino Serviço – CIES. João Pessoa, 2010.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 54 de 04 de junho de 2013**. Aprova a Descentralização dos Recursos orçamentários de educação permanente para os municípios. João Pessoa, 2013. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/56168356/doespb-27-06-2013-pg-5>>. Acesso em: 21 out. 2014.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação de Educação Permanente em Saúde-PB. **Plano Estadual de Ações de Educação Permanente em Saúde - Ano 2008**. João Pessoa, 2008. Disponível em: <<https://ceforpb.wordpress.com/arquivos/peeps2008.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2014.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Centro Formador de Recursos Humanos. **Plano Estadual de Ações de Educação Permanente em Saúde - Ano 2009**. João Pessoa, 2009. Disponível em: <<https://ceforpb.wordpress.com/arquivos/peeps2009.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2014.

\_\_\_\_\_. **Plano Estadual de Ações de Educação Permanente em Saúde - Ano 2010**. João Pessoa, 2010. Disponível em: <<https://ceforpb.wordpress.com/arquivos/peeps2010.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2014.

\_\_\_\_\_. **Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde da Paraíba 2011 – Execução 2012**. João Pessoa, 2011. Disponível em: <<https://ceforpb.wordpress.com/arquivos/peeps20112012.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2014.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2008 – 2011**. João Pessoa, 2008. Disponível em: <<https://ceforpb.wordpress.com/arquivos/pes20122015.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2014.

\_\_\_\_\_. **Plano Estadual de Saúde 2012 – 2015**. João Pessoa, 2012. Disponível em: <<https://ceforpb.wordpress.com/arquivos/pes20122015.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2014.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 620 de 11 de setembro de 2009**. Dispõe sobre a normatização da Política de Educação Permanente em Saúde no Estado da Paraíba. João Pessoa, 2009. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/12662380/pg-3-diario-oficial-do-estado-da-paraiba-doespb-de-15-09-2009>>. Acesso em: 24 nov. 2014.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2008-2011**. Recife, 2008. Disponível em: <[http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano\\_estadual\\_de\\_saude\\_2008-2011.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano_estadual_de_saude_2008-2011.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2014.

\_\_\_\_\_. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. Recife, 2012. Disponível em: <<http://www.saude.pe.gov.br/arquivos/Versao%20Preliminar%202012%20-%202015.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2014.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. **Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde 2007 - 2008**. Recife, 2007.

\_\_\_\_\_. **Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde 2008 - 2009**. Recife, 2008.

\_\_\_\_\_. **Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde 2009 - 2010**. Recife, 2009.

\_\_\_\_\_. **Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde 2010-2011**. Recife, 2010.

\_\_\_\_\_. **Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde 2011-2012**. Recife, 2010.

PIERANTONI C. R. et al. (Org.). **Gestão do trabalho e educação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS, UERJ, ObservaRH, 2012. Disponível em: <[http://www.obsnetims.org.br/uploaded/6\\_10\\_2014\\_\\_0\\_livro\\_gestao\\_do\\_trabalho.pdf](http://www.obsnetims.org.br/uploaded/6_10_2014__0_livro_gestao_do_trabalho.pdf)>. Acesso em: 13 fev. 2015.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos do trabalho em saúde: da teoria para a prática. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n.1, p. 100-800, 2006. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_rh.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf)> Acesso em: 30 jan. 2015.

SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde**: desafios da gestão interfederativa. Campinas: Saberes, 2012.

SANTOS, L. **SUS**: A Região é o Caminho. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, Universidade de Campinas, 2014. Disponível em: <[http://www.idisa.org.br/img/File/regiao\\_de\\_saude\\_%C3%A9\\_o\\_caminho\\_22\\_1\\_2014.pdf](http://www.idisa.org.br/img/File/regiao_de_saude_%C3%A9_o_caminho_22_1_2014.pdf)>. Acesso em: 15 jan. 2015.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.1671-1680, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/02.pdf>> Acesso em: 22 dez. 2014.

SANTOS, N. R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 273-280, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n1/28.pdf>> Acesso em: 15 jan. 2015.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Ed. Unesp: Cultura Acadêmica, 2009. Disponível em:

<<http://static.scielo.org/scielobooks/29k48/pdf/sarreta-9788579830099.pdf>>. Acesso em: 2 jan. 2015.

SCHOTT, M. **Análise das Instâncias Gestoras Constituídas na Implementação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde no Estado do Rio de Janeiro**. 2008. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=1399>> Acesso em: 25 dez. 2014.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação de Planejamento. **Plano Estadual de Saúde 2008 – 2011**. Aracajú, 2008. Disponível em: <[https://issuu.com/andreluizsales/docs/pes\\_se](https://issuu.com/andreluizsales/docs/pes_se)> Acesso em: 04 de out. 2014.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. Escola Técnica de Saúde do SUS em Sergipe ETSUS/SE. **Plano Estadual de Educação Permanente**. Aracajú, 2007.

\_\_\_\_\_. **Plano Estadual de Educação Permanente**. Aracajú, 2008.

\_\_\_\_\_. **Plano Estadual de Educação Permanente**. Aracajú, 2009.

\_\_\_\_\_. **Plano Estadual de Educação Permanente**. Aracajú, 2010.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação de Educação Permanente em Saúde. **Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde**. Aracajú, 2011.

SILVA, E. C.; GOMES, M. H. A. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.22, n.4, p. 1106-1116, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n4/13.pdf>> Acesso em: 17 jan. 2015.

SILVA, L. A.; LEITE, M. T.; PINNO, C. Contribuições das comissões de integração ensino-serviço na educação permanente em saúde. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 403-424, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462014000200011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000200011)> Acesso em: 20 jan. 2015.

SOUZA, A. M. A. et al. Principales cuestiones acerca del proceso educativos em los servicios de salud. In: PERÚ. Ministerio de Salud. **Educación Permanente en Salud**. Lima: OPAS, 1990. Disponível em: <[http://bvs.minsa.gob.pe/local/IDREH/728\\_IDREH-DB3.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/IDREH/728_IDREH-DB3.pdf)>. Acesso em: 23 fev. 2015.

STANISE, V. L. **Avaliação do Grau de Institucionalização dos Programas Municipais de DST/HIV/AIDS na Regional de Saúde de Campinas**. 2008. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4680/2/1089.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2014.

STROSCHEIN, K. A.; ZOCHE, D. A. A. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.505-519, 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n3/v9n3a09.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2015.

TOBAR, F.; YALOUR, M. **Como fazer teses em saúde pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

TOLBERT, P. S.; ZUCKER, L. G. A institucionalização da teoria institucional. In: CLEGG, S. R.; HARDY, C.; NORD, W. (Org.). **Handbook de estudos organizacionais**. São Paulo: Atlas, 2007.

TREVISAN, A. P.; BELLEN, H. M. V. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 529-550, 2008. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n3/a05v42n3.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2015.

VIANA, A. I. D.; LIMA, L. D. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestoras Bipartites. In: \_\_\_\_\_. **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

VIANA, A. L. D'A. (Coord.). **Recursos humanos e regionalização da saúde: programa de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Educação Permanente**: relatório. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2010. Disponível em: <[http://observasaude.fundap.sp.gov.br/BibliotecaPortal/Acervo/For%C3%A7a%20de%20Trabalho%20%20Profissionais%20e%20Educa%C3%A7%C3%A3o/Educa%C3%A7%C3%A3o%20Permanente%20em%20Sa%C3%BAde/Monit\\_2010mai.pdf](http://observasaude.fundap.sp.gov.br/BibliotecaPortal/Acervo/For%C3%A7a%20de%20Trabalho%20%20Profissionais%20e%20Educa%C3%A7%C3%A3o/Educa%C3%A7%C3%A3o%20Permanente%20em%20Sa%C3%BAde/Monit_2010mai.pdf)>. Acesso em: 19 fev. 2015.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de Políticas e Programas de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

**APENDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde

Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Declaro, por meio deste termo, que concordei em responder a pesquisa de campo **Análise da Política de Educação Permanente para o SUS**, desenvolvida pela Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é configurar a gestão do trabalho nas SES e SMS, a luz das diretrizes apontadas e estratégias desenvolvidas pela SGTES.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar a pesquisadora responsável ou seus colaboradores, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (CEP-IMS), situado na rua São Francisco Xavier, 524 - sala E 7.010-D, Maracanã, Rio de Janeiro (RJ), CEP 20559-900, telefone (x-21) 2234-7378 .

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

assinatura do(a) participante: \_\_\_\_\_

assinatura da pesquisadora:

**APENDICE B - Questionário aplicado aos gestores de EPS**  
**Carta aos Gestores de Educação Permanente das Secretarias Estaduais de**  
**Saúde**

---

---

Prezados Gestores,

A Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde, está realizando uma pesquisa sobre a Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.

Destacamos a importância deste estudo para configurar as políticas de educação permanente nas secretarias estaduais, considerando as diretrizes e estratégias desenvolvidas pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde.

A sua participação respondendo às questões do formulário será fundamental para o alcance dos objetivos da pesquisa, possibilitando conhecer como estão sendo incorporadas nos processos gerenciais e na estrutura organizacional as diretrizes recomendadas pelo Ministério da Saúde. Esperamos que os resultados contribuam para o fortalecimento da gestão da educação, identificando aspectos positivos, debilidades e propondo ajustes.

Cabe esclarecer que será resguardada a privacidade das instituições participantes, bem como dos respondentes, na análise e divulgação das informações coletadas. Assim, reafirmamos a importância de sua colaboração, solicitando que responda o mais prontamente possível.

Atenciosamente,

**Tania França**

Professora Adjunta - IMS/UERJ

Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde MS/OPAS

## Instruções de Preenchimento

---

---

As questões são auto-explicativas. Se tiver dúvidas, considere o conceito sempre no seu significado mais comum.

**Preste atenção nas instruções apresentadas a seguir antes de responder:**

1. Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido constante no corpo do questionário, em cumprimento aos requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares.
2. Observar o fluxo das questões.
3. Observar se há questões em que existe a possibilidade de marcar mais de uma alternativa. Nesse caso, marque com “X” até quantas forem indicadas.
4. Não deixar nenhuma questão em branco, exceto quando o fluxo indicar salto de questões.

**Obrigada pela sua colaboração!**



## BLOCO I - PERFIL

## IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

1 – Secretaria do Estado:

2 – UF:

3 – Endereço completo da SES:

4 – Telefone: -

5 – Fax: -

6 – Endereço eletrônico da SES:

7 – Possui setor específico de Educação no RH na SES?  
A – Sim      B – Não

8 – Subordinação do setor de Educação Permanente em Saúde na SES.

9 – Número de Regiões de Saúde do Estado: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

9 – Nome do responsável pelo Setor de Educação Permanente na SES:

9.1. Sexo:  Masculino  Feminino

9.2. Profissão  Cargo/ Função

9.3. Telefone: - Fax: -

- E-mail

9.4. Grau de escolaridade:

1º grau completo

2º grau incompleto

2º grau completo

superior incompleto

superior completo

9.5. Pós-graduação:

Especialização  Saúde Pública  Recursos Humanos  Administração

Outro \_\_\_\_\_

Mestrado  Saúde Pública/Saúde Coletiva  Administração  
Outro \_\_\_\_\_

Doutorado  Saúde Pública/Saúde Coletiva  Administração  
Outro \_\_\_\_\_

**9.6. Situação funcional:**

- É funcionário do quadro da SES  
 Não é funcionário do quadro (foi contratado especificamente para o cargo que ocupa)

**9.7. Tipo de vínculo:**

- Estatutário  
 Estatutário/função gratificada  
 Estatutário/DAS ou cargo Comissionado  
 DAS/cargo comissionado  
 CLT  
 Terceirizado  
 Prestador de Serviço  
 Outro, especificar: \_\_\_\_\_

**9.8. Tempo no Cargo Atual (de gestor):**

- Menos de 1 ano  
 De 1 a 3 anos  
 De 4 a 8 anos  
 Mais de 8 anos

**9.8.1. Tempo que trabalha na Instituição:**

- Menos de 1 ano  
 De 1 a 5 anos  
 De 6 a 10 anos  
 Mais de 10 anos

**9.9. Teve experiência anterior de trabalho na área de Educação Permanente?**

- Sim -  Na área da Saúde  Outra área. Especifique: \_\_\_\_\_  
 Não

**10 – Nome do responsável pelas informações:**

**Contato:**



**BLOCO II – FOCO ORGANIZACIONAL**

**11. A estrutura de Educação Permanente (EP) está presente no organograma da SES?**

- Sim  
 Não

**12. O setor de Educação Permanente possui estrutura física própria?**

- Sim  
 Não

**12.1. Recursos físicos disponíveis para o setor de Educação Permanente:**

- Sala de reunião
- Sala de aula
- Recursos informáticos
- Internet
- Recursos audiovisuais
- Outro: \_\_\_\_\_

**13. Número de pessoas do quadro próprio da SES que trabalham no setor de Educação Permanente:** \_\_\_\_\_

**14. Número de pessoas contratadas para trabalhar no setor de Educação Permanente que não pertencem ao quadro próprio da SES:** \_\_\_\_\_

**15. Indique as principais áreas/atividades sob a responsabilidade do setor de EP:**

- Formação técnica/profissionalizante
- Articulação/Organização de estágios curriculares
- Residências Médica e Multiprofissional
- Coordenar a CIES
- Assessorar a CIES
- Cursos de Especialização
- ProgeSUS
- Telessaúde
- Pró-Saúde
- PET-Saúde
- Ver-SUS
- Outras. Especifique: \_\_\_\_\_

**16. Os técnicos das áreas do setor de EP, no desenvolvimento de suas ações, dialogam com as áreas técnicas da SES?**

- Sim
- Não

**17. O setor de Educação Permanente possui estrutura específica para formação de pessoal:**

- Centro formador
- Escola técnica
- Escola de saúde pública
- Outro: \_\_\_\_\_
- Não possui estrutura própria

---

---

**18. Possui Plano Regional de Educação Permanente?**

- Sim  
 Não  
 Não sabe

**19. Possui Plano Estadual de Educação Permanente (PEEP)?**

- Sim  
 Não  
 Não sabe

**20. As diretrizes nacionais da Educação Permanente instituídas pela Portaria GM/MS no 1.996/07, influenciaram ou estão influenciando a construção do PEEP?**

- Sim (Passe para questão 21)  
 Não (Passe para questão 20)  
 Não sabe (Passe para questão 20)  
 Não conhece as diretrizes (Passe para questão 20)

**21. Por que razão as diretrizes não influenciaram/estão influenciando a construção do PEEP?**

- As diretrizes não atendem às necessidades da política de Educação Permanente da SES  
 Não houve interesse pelas diretrizes  
 As diretrizes não foram compreendidas  
 Outra.

Especifique: \_\_\_\_\_

**21. Que órgãos participam da elaboração do PEEP? (Assinale com X quantas respostas forem necessárias)**

- Áreas técnicas da SES  
 CIR  
 CIES  
 CIB  
 Outros:

**22. Há colaboração/participação dos trabalhadores na construção do PEEP?**

- Sim. Como? \_\_\_\_\_  
 Não  
 Não sabe

**23. Seu estado possui CIES?**

- Regional (Passe para questão 24)  
 Estadual (Passe para questão 24)  
 Regional + Estadual (Passe para questão 24)  
 Não  
 Não sabe (Passe para questão 24)

**24. Existe proposta de criação de CIES em andamento?**

- Sim. Qual?  Regional  Estadual  
 Não  
 Não sabe

**25. Que atores integram as CIES?**

Regional:

- Gestores estaduais e seus representantes  
 Gestores municipais e seus representantes  
 Trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas  
 Instituições de ensino com cursos na área da saúde  
 Movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS.

Outros: \_\_\_\_\_

Estadual:

- Gestores estaduais e seus representantes  
 Gestores municipais e seus representantes  
 Trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas  
 Instituições de ensino com cursos na área da saúde  
 Movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS.

Outros: \_\_\_\_\_

**26. Com que regularidade acontecem as reuniões da CIES?**

- Mensal  
 Trimestral  
 Por demanda

Outros: \_\_\_\_\_

**27. Como acontecem os registros das deliberações?**

- Em ata

- Relatório para CIR
  - Publicação em DO
  - Outros:-
- 

**26. Quem coordena as CIES Estaduais?**

- Departamento de EP da SES
- Unidades administrativas regionais
- Secretário de Saúde
- Outros.

Especifique:-

---

**26. Quem coordena as CIES Regionais?**

- Departamento de EP da SES
- Unidades administrativas regionais
- Secretário de Saúde
- Outros.

Especifique:-

---

**27. A participação nas reuniões de elaboração do PEEP é restrita às instituições integrantes da CIES?**

- Sim
- Não
- Não Sabe

**28. Quantas CIR's estão vinculadas às CIES Regionais?**

---

**29. De que forma se dá a relação entre as CIES e as CIR's?**

- Cooperação
- Subordinação
- Conflituosa
- Assessoramento

**30. Indique, entre as opções abaixo, as competências do setor de Educação Permanente da SES que considera mais importantes para a SES na qual trabalha: (Assinale com X quantas respostas forem necessárias)**

- Identificação do(s) problema(s) de saúde – identificar os principais problemas enfrentados pela gestão e pelos serviços da região.
- Identificação das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde.
- Identificação dos atores envolvidos no processo.
- Elaboração de treinamento introdutório para servidores recém-admitidos.
- Promoção da articulação com os órgãos educacionais, entidades sindicais e de fiscalização do exercício profissional e os movimentos sociais.

Promoção da integração dos setores da saúde e da educação no sentido de fortalecer as instituições formadoras de profissionais atuantes na área.

**31. Qual(is) a(s) principal(is) dificuldade(s) enfrentada(s) pelo PEEPS? (Pontue de 1 a 5 de acordo com grau de importância, sendo 1 menos importante e 5 mais importante):**

- Entendimento da portaria nº. 198/GM/MS, de 13/02/2004, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
- Entendimento da Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
- Ausência/insuficiência de normatização em relação à elaboração e execução de projetos
- Desorganização da equipe no local (SES)
- Coordenação do trabalho
- Infra-estrutura física
- Diálogo com instituições de ensino
- Identificação de problemas e prioridades
- Negociação, pactuação e aprovação de projetos na CIB
- Poucos recursos orçamentário-financeiros para muitos projetos
- Liberação de recursos financeiros
- Execução financeira por parte dos PEPS
- Ausência de acompanhamento dos projetos
- Disputas políticas entre regiões de saúde e SES
- Disputas políticas entre municípios de uma mesma região
- Baixa governabilidade do gestor de EP
- Baixa priorização da PEP na agenda da gestão
- Não tem enfrentado dificuldades
- Não sabe
- Outras. Especifique: \_\_\_\_\_

**32. Qual(is) o(s) principal(is) aspecto(s) positivo(s) do PEEPS? (Assinale com X no máximo 5 alternativas).**

- A oferta/regularidade de cursos
- Coordenação do trabalho
- Infra-estrutura física
- Diálogo com instituições de ensino
- Integração das ações de educação em serviço
- Formulação de projetos de educação que atendam à demanda local
- Negociação, pactuação e aprovação de projetos.
- Liberação de recursos financeiros
- Execução financeira por parte dos PEPS
- Reuniões para deliberações e acompanhamento dos projetos
- Participação das SES
- Não identifica aspectos positivos
- Não sabe
- Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

**33. Indique o apoio mais importante recebido pelo Ministério da Saúde:**

- Transferência de recursos financeiros
- Investimento direto em infra-estrutura e equipamentos
- Treinamento da equipe profissional do PEPS
- Assessoria técnica para elaboração dos projetos
- Resolução de conflitos e encaminhamentos de soluções
- Monitoramento, acompanhamento e avaliação dos projetos
- Nenhum
- Não sabe
- Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

#### BLOCO IV – RECURSOS ENVOLVIDOS

---

---

### 33. Quais as fontes de recursos para a Educação Permanente em Saúde?

- Estado exclusivamente
- União exclusivamente
- Estado + União + Municípios
- Outras: \_\_\_\_\_

### 34. Quais as dificuldades encontradas para a execução dos recursos de EP? (Assinale com X quantas respostas forem necessárias)

- Jurídico-legal
- Administrativas
- Desconhecimento dos processos que permitem sua execução
- Fragilidade de qualificação das equipes da SES para execução
- Falta de apoio técnico dos órgãos que financiam
- Complexidade para prestação de contas
- Outras: \_\_\_\_\_

### 35. Como são executados os recursos financeiros?

- Pela própria instituição
- Através de fundações
- Através de convênios/contratos com entidades públicas
- Outros: \_\_\_\_\_

### 36. Os recursos financeiros destinados para o setor de EP são gastos com: (Assinale com X quantas respostas forem necessárias)

- Material de consumo
- Material permanente/ estrutura física
- Cursos/ capacitação / treinamento de pessoal
- Bolsas para estagiários e residentes
- Passagens/diárias para reuniões técnicas
- Participação em congressos/ seminários



- Organização de material didático institucional
- Organização de eventos /congressos/seminários
- Outros: \_\_\_\_\_

**37. Existem ações de EP que são financiadas e executadas por outras áreas (Ex.: Atenção Básica, Vigilância em Saúde ...)?**

- Sim. Quais? \_\_\_\_\_
- Não (Passe para questão 39)

**38. Estas ações são articuladas com a equipe de EP?**

- Sim
- Não

**39. A que órgãos a SES presta contas dos recursos da EP?**

- Ministério da Saúde
- CES
- Tribunal de Contas
- Outros: \_\_\_\_\_
- Nenhum

**40. Na perspectiva dos órgãos de controle, você tem conhecimento de sanções e penalidades em caso de má execução dos recursos da EP?**

- Sim. Especificar: \_\_\_\_\_
- Não

#### **BLOCO V – ATORES ENVOLVIDOS E AMPLITUDE DE INSERÇÃO**

---

---

**41. Existe planejamento para execução das ações do plano de EP?**

- Sim
- Não
- Não sabe

**42. Indique os atores que participam do planejamento para execução das ações do plano de EP:**

- Pelo gestor estadual
- Pelo gestor de EP
- Em conjunto com outras áreas técnicas
- Com participação de equipe descentralizada nos distritos / regionais que compõem a estrutura da SES
- Consultoria/Assessoria externa

Outra forma: \_\_\_\_\_

**43. Quais os critérios utilizados para definição da clientela das ações de EP?**

- Pactuação
- Desenvolvimento da carreira
- Vagas por região
- Indicação técnica
- Demanda dos Conselhos de Saúde
- Demanda do Secretário de Saúde
- Setores estratégicos ou demanda setorial da SES
- Demanda espontânea dos trabalhadores
- Outros: \_\_\_\_\_

**44. Todos os trabalhadores participam dos processos de qualificação?**

- Sim
  - Não.
- Por quê? \_\_\_\_\_

Por

**BLOCO VI – FOCO DE CONTROLE**

---

**45. As ações de EP são avaliadas e monitoradas?**

- Sim
- Não
- Não sabe

**46. O que é considerado nas avaliações das ações de EP?**

- Utilização dos recursos financeiros
- Total de concluintes
- Modalidades dos cursos
- Estrutura curricular e metodológica dos cursos
- Conteúdo programático do curso
- Avaliação dos trabalhadores/alunos e/ou docentes
- Modificação dos indicadores de saúde
- Melhoria do processo de trabalho
- Outros: \_\_\_\_\_

**47. Que instrumentos são utilizados para o monitoramento das ações de EP?**

- Relatórios de cursos
- Relatórios periódicos
- Visitas técnicas
- Total de certificados emitidos

- Prestação de contas  
 Outros: \_\_\_\_\_

**48. Indique dentre as opções abaixo aquelas que decorrem das avaliações e monitoramento das ações de EP:**

- Identificação de novas demandas  
 Ampliação das ações  
 Reorganização e melhoria dos serviços  
 Redefinição de parcerias institucionais  
 Revisão do planejamento executivo das ações  
 Outras. Especifique: \_\_\_\_\_

**49. A participação dos trabalhadores/alunos nas iniciativas de EP favorece a:**

- Progressão na carreira  
 Pagamento de gratificações  
 Cálculo de produtividade  
 Não favorece  
 Outros: \_\_\_\_\_

**OPINATIVAS**

**70 – Na sua avaliação, as novas diretrizes da EP (Portaria GM/MS 1.996/07) contribuíram para: (Assinale com X no máximo 5 alternativas)**

- Fortalecimento da área de gestão da saúde  
 Favorecimento da integração entre as áreas de gestão do trabalho e da educação  
 Aumento do prestígio político da área de gestão do trabalho e da educação na estrutura da SES  
 Aumento da autonomia do gestor de EP  
 Favorecimento da separação das atividades de gestão do trabalho e da educação  
 Perda da governabilidade na execução de ações de formação para os trabalhadores  
 Melhoria dos processos de trabalho com impacto na qualidade dos serviços  
 Outra. Especifique: \_\_\_\_\_

**71 – Em sua opinião, em relação à área de gestão do trabalho e da educação, as iniciativas da Portaria GM/MS 1.996/07 implicaram em: (Assinale com X no máximo 3 alternativas)**

- A - Ampliação de recursos financeiros  
 B - Reorientação das políticas de gestão do trabalho e da educação em saúde  
 D – Qualificação da gestão da saúde  
 E – Não provocaram mudanças  
 F – Não sabe avaliar  
 G – Outra. Especifique: \_\_\_\_\_

**72 – Avalie as seguintes iniciativas da PNEPS:**

	Bom	Regular	Insuficiente	Desconhece
ProgeSUS				
VER-SUS				
CIES				
Pró-Saúde				
PET-Saúde				
Telessaúde				
Educação Permanente em Saúde				
Educação Profissional de nível técnico				

**73 – Qualifique o papel da CIES para PNEPS:**

- A – Estratégico e importante  
 B – Facilitador  
 C – Conflitante  
 D – Burocrático e dificultador  
 E – Não sabe avaliar

**74 – Na sua avaliação, com as propostas de mudanças na Portaria 1996/GM/MS/2007, o processo de educação em saúde:**

- A – Melhorou  
 B – Piorou  
 C – Não se modificou  
 D – Não sabe avaliar  
 E – Desconhece as propostas de mudança

## ANEXO A- Declaração do CEP/IMS/UERJ



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
 Instituto de Medicina Social  
 Comitê de Ética em Pesquisa  
 Rua São Francisco Xavier, 524 / 7º andar / Bloco D - Maracanã  
 CEP: 20550-900 - Rio de Janeiro - BRASIL  
 TEL: 55-021-2334-0504ramal 108  
 FAX: 55-021-2334-2152

**IMS** INSTITUTO  
 DE MEDICINA  
 SOCIAL

## DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o projeto "Pesquisa em educação permanente para SUS e dimensionamento da força de trabalho em saúde", CAAE 26800014.9.0000.5260, coordenado por Tânia França, com participação das pesquisadoras Ana Claudia Pinheiro Garcia, Celia Regina Pierantoni, Janete Lima de Castro e Katia Rejane de Medeiros, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (CEP-IMS/UERJ) em 24 de junho de 2014.

Rio de Janeiro, 06 de agosto de 2014

ROSSANO CABRAL LIMA  
 Coordenador adjunto  
 Mat. 35.986-9

**ANEXO B** – Tabela de repasses federais anuais destinados a Política de Educação Permanente em Saúde aos Estados da Região Nordeste, entre 2007 e 2014, por portaria ministerial.

UF	Portaria MS nº 2007 / 1.996	Portaria MS nº 2008 / 2.813	Portaria MS nº 2009 / 2.953	Portaria MS nº 2010 / 4.033	Portaria MS nº 2011 / 2.200	Total/ Estado
AL	R\$ 3.456.337,90	R\$ 3.511.454,77	R\$ 3.677.450,62	R\$ 1.282.856,48	R\$ 3.644.887,04	R\$ 15.572.986,81
BA	R\$ 3.683.595,67	R\$ 3.727.263,23	R\$ 3.663.576,38	R\$ 1.308.075,34	R\$ 3.736.339,37	R\$ 16.118.849,99
CE	R\$ 3.564.615,51	R\$ 3.461.030,24	R\$ 3.377.872,07	R\$ 1.190.841,46	R\$ 3.384.525,95	R\$ 14.978.885,23
MA	R\$ 3.545.934,68	R\$ 3.582.440,36	R\$ 3.767.210,53	R\$ 1.315.374,25	R\$ 3.726.027,39	R\$ 15.936.987,21
PB	R\$ 3.520.041,62	R\$ 3.442.826,43	R\$ 3.380.138,05	R\$ 1.180.862,17	R\$ 3.363.017,86	R\$ 14.886.886,13
PE	R\$ 3.063.058,17	R\$ 3.068.507,73	R\$ 3.228.423,39	R\$ 1.148.616,63	R\$ 3.276.802,29	R\$ 13.785.408,21
PI	R\$ 3.298.767,50	R\$ 3.203.926,04	R\$ 3.387.066,79	R\$ 1.200.652,19	R\$ 3.472.106,55	R\$ 14.562.519,07
RN	R\$ 3.669.261,94	R\$ 3.558.319,67	R\$ 3.658.623,16	R\$ 1.290.982,40	R\$ 3.668.371,78	R\$ 15.845.558,95
SE	R\$ 4.232.581,67	R\$ 4.225.511,50	R\$ 4.144.121,06	R\$ 1.444.085,83	R\$ 4.097.530,01	R\$ 18.143.830,07
<b>NE</b>	<b>R\$ 32.034.194,66</b>	<b>R\$ 31.781.279,97</b>	<b>R\$ 32.284.482,05</b>	<b>R\$ 11.362.346,75</b>	<b>R\$ 32.369.608,24</b>	<b>R\$ 139.831.911,67</b>

Fonte: elaborado pelo autor.