

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



***“Institucionalização, inovação e compartilhamento na gestão da política estadual da educação permanente, no estado do Tocantins: um projeto de intervenção”***

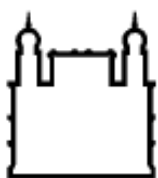
*por*

***Linvalda Rodrigues Henriques de Araújo***

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

*Orientador: Prof. Dr. Sergio Tavares de Almeida Rego  
Assistente do orientador: Prof.<sup>a</sup> Mônica de Rezende*

*Rio de Janeiro, junho de 2012.*



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

*Esta dissertação, intitulada*

***“Institucionalização, inovação e compartilhamento na gestão da política estadual da educação permanente, no estado do Tocantins: um projeto de intervenção”***

*apresentada por*

***Linvalda Rodrigues Henriques de Araújo***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Inês Carsalade Martins

Prof. Dr. Sergio Tavares de Almeida Rego – Orientador

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

A663 Araújo, Linvalda Rodrigues Henrique de  
Institucionalização, inovação e compartilhamento na  
gestão da política estadual da educação permanente, no  
estado do Tocantins: um projeto de intervenção. / Linvalda  
Rodrigues Henrique de Araújo. -- 2012.  
97 f. : tab. ; graf. ; mapas  
  
Orientador: Rego, Sérgio  
Rezende, Mônica de  
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde  
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012

## DEDICATÓRIA

*Ao meu amigo e cônjuge Flávio Araújo pelo estímulo, apoio e amor infindáveis. À Lindaura e Linvalra, mãe e irmã, que sempre acreditaram nos meus sonhos. Aos meus amados filhos, Daniel e Davi, maiores sonhos a serem contemplados.*

## AGRADECIMENTOS

*"Sabemos que todas as coisas cooperam para o bem daqueles que amam a Deus, daqueles que são chamados segundo o seu propósito." Romanos 8:28.*

Ter o privilégio de cursar o Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e Educação da Saúde na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, esta sendo para mim uma dádiva de Deus. Assim, inicio os meus agradecimentos a Ele sempre digno de todo louvor, toda honra, toda glória e majestade por toda eternidade.

À minha querida família, ao meu porto seguro Flávio Araújo, aos meus amados filhos Daniel e Davi, às minhas queridas Mãe e Irmãs, Lindaura, Valrinha e Márcia, pela dedicação em todos os tempos.

À minha comprometida equipe de trabalho da Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins, nas pessoas: Inez Gonçalves, Michelle Pantoja, Élen Fabiane, Gerciana, Aline, Laudecy Carmo, Auri Gonçalves, Henrique Médici e a todos os servidores da Superintendência da Escola Tocantinense do Sistema Único de Saúde (SETSUS). Sem eles seria impossível tornar realidade o sonho de poder inovar e institucionalizar a educação permanente para os nossos trabalhadores do SUS.

À minha amiga e companheira de trabalho Márcia Valéria, pelo constante incentivo, cooperação e compartilhamento de conhecimentos no processo de trabalho e na condução da SETSUS.

Agradeço, também, ao Bruno Tolentino, por colaborar nas minhas ausências para que o processo de trabalho não tivesse descontinuidade.

Aos amigos e companheiros de mestrado, por todo apoio, COMPARTILHAMENTO de aprendizado e incentivo. Com eles eu pude reaprender o SUS em todas as suas especificidades regionais.

À Cristiane Martins, que iniciou como companheira de mestrado tornando-se agora minha irmã, sempre parceira, amigável e fiel, ela foi um dos meus presentes neste mestrado.

À Rosangela e Sílvia pelo carinho e vários momentos de intensa alegria.

À Coordenação do Mestrado, Professores Antenor Amâncio e Sérgio Pacheco, pelo apoio incondicional.

À Secretária do Mestrado Luzimar, facilitadora de todos os processos. Agradeço eternamente pela cooperação permanente.

Ao corpo docente do Mestrado, em especial a Professora Maria Helena Machado, com ela eu consegui distinguir e entender melhor o papel de gestor público.

Ao meu Orientador Sergio Rêgo, fundamental para nortear os caminhos a serem percorridos neste aprendizado.

À minha querida e amada segunda Orientadora Mônica de Rezende. Ela foi instrumento de Deus para minha vida, com ela eu aprendi a ver as pessoas e os processos políticos em outra dimensão. Hoje me sinto um pouquinho dela nos valores éticos e solidários. Ela foi e sempre será minha eterna mestre.

E por fim, agradecer aos Governos Lula e Dilma, pelo investimento e oportunidade, que, por meio do Departamento da Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, possibilitou a realização desse Mestrado, empoderando vários atores de diversos estados a fazerem a gestão do SUS de forma qualitativa.

## RESUMO

Esta dissertação de mestrado profissional caracterizou-se como um projeto de intervenção, cujo intuito foi orientar a construção de mudanças no processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente no Estado do Tocantins, reestruturando o processo de formulação do Plano Estadual de Educação Permanente do Tocantins, visando ampliar a participação das instâncias colegiadas, à luz da realidade local e das diretrizes da PNEPS.

A partir da construção do marco teórico referencial, realizou-se um estudo exploratório, composto por entrevistas abertas e um grupo focal, por meio do qual buscou-se compreender como se dava esse processo no estado, até então, produzindo insumos para a análise e reflexão sobre os elementos que poderiam contribuir para qualificação da gestão.

Com base nos resultados deste estudo, elaborou-se um plano de ação para viabilizar as mudanças pretendidas. As 14 (quatorze) ações realizadas produziram 22 (vinte e dois) produtos.

A efetivação deste trabalho permitiu concluir que a institucionalização dos processos de trabalho na implementação da Política Nacional de Educação Permanente se dá com atores/instâncias participativas empoderadas e com o compartilhamento da gestão.

Palavras-chaves: Educação Permanente, Gestão Participativa, Ciclo da Política e Plano de Ação.

## **ABSTRACT**

This master's degree dissertation was characterized as an intervention project, whose purpose was to guide the construction of changes in the process of implementing the National Policy on Permanent Education in the State of Tocantins, which meant to restructure the process of formulating the State Plan for Continuing Education Tocantins, aiming to expand the participation of collegiate institutions in the light of local circumstances and the guidelines of PNEPS.

From the construction of the theoretical framework, we carried out an exploratory study, consisting of an open-ended interviews and focus groups, through which we sought to understand how this process has been happening in the state, producing inputs for analysis and reflection about the elements that could contribute to the management qualification.

Based on the results of this study was drawn up an action plan for achieving the desired changes. The fourteen (14) performed actions yielded 22 (twenty two) products.

The realization of this study concluded that the institutionalization of work processes in the implementation of the National Education Permanent happens with actors /instances empowered and participative management with sharing.

**Keywords:** Continuing Education, Participatory Management, Cycle Policy and Plan of Action



## ÍNDICE

DEDICATÓRIA .....	3
AGRADECIMENTOS.....	5
RESUMO.....	7
ABSTRACT .....	8
SUMÁRIO.....	11
LISTA DE FIGURAS, TABELAS, QUADROS E GRÁFICOS.....	12
LISTA DE SIGLAS.....	13
CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO II - OBJETIVOS.....	18
2.1    OBJETIVO GERAL.....	18
2.2    OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
CAPÍTULO III - MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.....	19
3.1    A CONSTRUÇÃO DA NOÇÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE .....	19
3.2    EDUCAÇÃO PERMANENTE: DA NOÇÃO ÀS RESPONSABILIDADES DE GESTÃO .....	27
3.3    A COMPLEXIDADE DA POLÍTICA PÚBLICA.....	34
3.4    ANÁLISE DE UMA POLÍTICA A PARTIR DA PERSPECTIVA DO CICLO DE POLÍTICAS .....	35
3.5    A GESTÃO PARTICIPATIVA COMO FORMA DE GERIR AS POLÍTICAS PÚBLICAS .....	42
CAPÍTULO IV – ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	45
4.1    UM POUCO DO TOCANTINS: O CENÁRIO DA INTERVENÇÃO .....	45
4.2    PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.....	46
4.3    DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE .....	47
4.4    REDE ASSISTENCIAL DE SAÚDE.....	48
4.5    OS PROCESSOS EDUCACIONAIS EM SAÚDE .....	49
4.6    OS PLANOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE:.....	51
4.6.1    Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde .....	51
4.6.2    Os Planos de Educação Permanente .....	52
4.7    MÉTODO APLICADO.....	54
CAPÍTULO V – RESULTADOS DAS ENTREVISTAS E GRUPO FOCAL.....	56
CAPÍTULO VI - PLANO DE AÇÃO .....	62

CAPÍTULO VII - PRODUTOS .....	79
CAPÍTULO VIII - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83
ANEXOS.....	89
ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ENTREVISTA) .....	90
ANEXO 2- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GRUPO FOCAL).....	91
ANEXO 3 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA ABERTA .....	92
ANEXO 4 - GRUPO FOCAL (PÁGINA 1): IDENTIFICAÇÃO DOS COMPONENTES.....	93
ANEXO 5 - GRUPO FOCAL (PÁGINA 2): REFERÊNCIAS.....	94
ANEXO 6 - ROTEIRO PARA GRUPOS FOCALIS (PÁGINA 3) .....	95
ANEXO 7 - OBSERVAÇÃO DO GRUPO FOCAL (PÁGINA 4): ANOTAÇÕES NO DIÁRIO DE CAMPO...	96

## SUMÁRIO

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO .....	13
CAPÍTULO II - OBJETIVOS.....	18
CAPÍTULO III - MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.....	19
CAPÍTULO IV – ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	45
CAPÍTULO V – RESULTADOS DAS ENTREVISTAS E GRUPO FOCAL.....	56
CAPÍTULO VI - PLANO DE AÇÃO .....	62
CAPÍTULO VII - PRODUTOS .....	79
CAPÍTULO VIII - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81

## LISTA DE FIGURAS, TABELAS, QUADROS E GRÁFICOS

FIGURA 1 – O Ciclo da Política segundo Howlett e Ramesh.....	36
FIGURA 2 – Os Três fluxos do processo decisório e a entrada de temas na agenda de governo.....	8
FIGURA 3 – DIAGRAMA 1 – Arcabouço Institucional e decisório do SUS.....	42
FIGURA 4 – Mapa das Regiões de Saúde Regionalização de Saúde .....	48
TABELA 1 – Mortalidade porporcional por causa capítulo (CID 10) .....	47
TABELA 2 – Tipos de unidades cadastrados no CNES. TOCANTINS. 2011. ....	49
QUADRO 1 – Resumo da historicidade da Educação Permanente .....	25
QUADRO 2 – Responsabilidades das gestões estadual e municipal, conforme o TGC. ....	28
QUADRO 3 – Apresentação das instâncias, atores envolvidos e atribuições no âmbito da PNEPS .....	32
QUADRO 4 – Distribuição do número de processos educacionais realizados, atores envolvidos e trabalhadores capacitados. ....	50
QUADRO 5 – Distribuição dos processos educacionais realizados pela ETSUS, e número de egressos. TOCANTINS, 2004 - 2011. ....	50
QUADRO 6 – Demonstrativo das ações realizadas .....	58
GRÁFICO 1 – Proporção de municípios de acordo com seu porte populacional. Tocantins, 2010. ....	45
GRÁFICO 2 – Mortalidade Proporcional por principais grupos de causas (CID 10). TOCANTINS, 2005 - 2009. ....	46

## LISTA DE SIGLAS

CEE-TO	Conselho Estadual de Educação do Tocantins
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CES	Conselho Estadual de Saúde
CF	Constituição Federal
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CHA	Conhecimentos, Habilidades e atitudes
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIES	Comissão Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CIR	Comissões Intergestores Regionais
CIRH	Comissão Intersetorial de Recursos Humanos
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNGTES	Conferência Nacional de Gestão do trabalho e Educação na Saúde
CNRH	Conferência Nacional de Recursos Humanos
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CREPES	Comitê de Regulação de Processos Educacionais em Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DGES	Diretoria de Gestão e Educação na Saúde
FORMSUS	Formulário do SUS
EP	Educação Permanente
ETSUS	Escola Técnica do Sistema Único de Saúde
FESP	Funções Essenciais da Saúde Pública
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
NOB/RH-SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS
NPA	Núcleo de Planejamento e Avaliação
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PAREPS	Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PEEP	Plano Estadual de Educação Permanente
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde

PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPA	Plano Plurianual
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROFAPS	Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgências
SECAD	Secretaria de Estado da Administração
SES/TO	Secretaria Estadual de Saúde - Tocantins
SETSUS	Superintendência da Escola Tocantinense do Sistema Único de Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SINTRAS	Sindicato dos Trabalhadores da Saúde do Tocantins
SUS	Sistema Único de Saúde
TCG	Termo de Compromisso de Gestão

## CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

Nestes 22 anos de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) diversas políticas de saúde foram desenvolvidas com vistas a sua efetivação. Uma delas é a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), elaborada para responder à problemática da inadequação da formação e qualificação dos trabalhadores e gestores de SUS visando dar conta das principais necessidades de saúde da população e dos serviços.

No decorrer destas últimas três décadas, esta temática fez parte das Conferências Nacionais de Saúde e Recursos Humanos, onde várias propostas e encaminhamentos foram realizados e tornaram-se estratégias, possibilitando assim o desenvolvimento desta política. Dentre elas: a Norma Operacional Básica em Recursos Humanos (NOB/RH-SUS); a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES); e a institucionalização da PNEPS, regulamentada pela Portaria Nº. 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Com o advento do Pacto pela Saúde, esta Política foi revisada e publicada a Portaria Nº. 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007.

A PNEPS tem a *“educação permanente como estratégia fundamental para recomposição das práticas de formação, atenção, gestão e formulação”* (Brasil, 2003). Porém, para que isto venha se tornar uma realidade, faz-se necessário a elaboração dos Planos Estaduais de Educação Permanente (PEEP) e Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS), que tem como objetivo a construção de projetos locais que promovam o desenvolvimento para formação dos profissionais de saúde, bem como dos gestores do SUS.

De acordo com as diretrizes da PNEPS, os estados têm a responsabilidade pela implementação desta Política por intermédio da elaboração dos Planos Estaduais de Educação Permanente (PEEP) junto às suas instâncias participativas, tais como: Conselho Estadual de Saúde (CES), Comissão Intergestores Bipartite (CIB), Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) e Comissões Intergestores Regionais (CIR). Entende-se que o desenvolvimento da política deve ser ancorado num amplo debate e no envolvimento dos diversos atores, e assim, proporcionar a participação das instâncias nas decisões e na condução das mesmas.

A recomendação da PNEPS é que as diretrizes para elaboração dos PEEP

fossem debatidas e propostas pelo Conselho Estadual de Saúde (CES) e, estas, subsidiassem a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) para, enfim, comporem o PEEP e o PROFAPS.

Em cumprimento à Portaria N.º. 1996/2007, o Tocantins implantou a Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES) por meio da Resolução CIB-TO N.º. 53, de 11 de julho de 2008, constituída por representantes da gestão estadual, municipal e instituições de ensino com curso na área da saúde. Após instituída, estes atores reuniam-se exclusivamente para aprovação das propostas dos Planos Estaduais de Educação Permanente (PEEP) e do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS). Esta comissão não possuía um instrumento que definisse as regras de funcionamento e normatizasse a organização das instâncias participativas, ou seja, um regimento interno.

A condução do PEEP no Estado era realizada por um grupo de atores da Diretoria de Gestão da Educação em Saúde (DGES/SESAU/TO), que fazia um levantamento das demandas, balizado na percepção dos gestores estaduais e municipais, sem que houvesse um debate com as instâncias participativas, para definição dos critérios e das propostas de cursos para a elaboração dos mesmos.

Já o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS), era desenvolvido pela Autarquia, Escola Técnica do Sistema Único de Saúde (ETSUS). Os servidores da mesma elaboravam este programa por meio de um plano que passava pelo mesmo fluxo do PEEP e na mesma linha de raciocínio acima citada.

Considerando que os dois planos compõem a PEEP, é necessário que os mesmos dialoguem para caminharem juntos, com a finalidade de se complementarem, haja vista que o PEEP tem como público alvo o nível superior e o PROFAPS, o nível médio. Neste sentido, o direcionamento da PNEPS é o desenvolvimento das ações de forma integrada.

Estes dois planos são direcionados e financiados pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), que é responsável pela proposição e formulação das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde nos níveis técnico e superior. No Tocantins, eles eram desenvolvidos em estruturas diferenciadas, o que impossibilitava uma política única com várias estratégias.



A convite do Secretário Estadual da Saúde (SES), em 2011 assumi interinamente a Presidência da ETSUS. Esta instituição, até março deste mesmo ano, tinha natureza jurídica de autarquia, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde. Considerando que no ano anterior havia sido servidora da DGES/TO e que quando assumi o novo cargo estava cursando o Mestrado Profissional para o qual agora desenvolvo esse trabalho, ao assumir a ETSUS percebi que havia uma política sendo operacionalizada em dois lugares distintos, com naturezas jurídicas diferenciadas, havendo poucos espaços e momentos para debate, o que ocasionava o paralelismo de ações, bem como o pouco envolvimento da ETSUS nas questões relacionadas à SES.

Ao analisar estes fatos à luz dos debates e estudos que estava vivenciando no Mestrado, propus ao gestor da época a junção dos setores que desenvolviam os dois planos, PEEP E PROFAPS, com igualdade de direitos e responsabilidades e trabalhando de forma complementar, com vistas a uma direção única para a Política Estadual de Educação Permanente. Tal proposta, aceita, na prática, significou. A construção de uma Superintendência da Escola Tocantinense do Sistema Único de Saúde (SETSUS), da qual me tornei a Superintendente.

A SETSUS, criada a partir da fusão da DGES com a Escola Técnica de Saúde do SUS Tocantins – Dr. Gismar Gomes, passou a operacionalizar a Escola Tocantinense do Sistema Único de Saúde, instituída por meio da Medida Provisória nº 15, de 05 de maio de 2011, que reestruturou a Secretaria de Estado da Saúde (SESAU) do Tocantins.

Nessa reestruturação, a SETSUS passou a ser o setor responsável pela gestão da Política de Educação Permanente e de Educação Profissional no Estado, planejando, elaborando e executando, a partir de parcerias com outras instituições de ensino, quando não possui a competência necessária para a operacionalização dos cursos de longa duração, tendo em vista que o desenvolvimento da formação e requalificação dos servidores para o SUS deve ser balizado pela discussão e construção curricular e pedagógica das ações formativas internas ou com instituições de ensino parceiras de acordo com as necessidades locais. Passou a ter como uma de suas atribuições nucleares, ancorada em sua missão, a gestão da educação na saúde no que tange à descentralização da política, com consequente fortalecimento dos municípios, integração ensino-serviço e atendimento às responsabilidades sanitárias estaduais, previstas no Pacto pela

Saúde.

Diante deste cenário, senti-me desafiada a construir mudanças importantes no processo de implementação da PNEPS no estado, que significava reestruturar o processo de formulação do Plano Estadual de Educação Permanente do Tocantins, visando ampliar a participação das instâncias colegiadas, à luz da realidade local e das diretrizes da PNEPS.

O primeiro passo para tal construção foi à identificação tanto das diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Portaria GM/MS nº 1996), que norteiam os planos estaduais, quanto dos processos envolvidos na formulação do plano no estado, tais como: necessidades de saúde, abordagens pedagógicas, atores e arenas envolvidas, pautas e tempos de negociação e ações desenvolvidas (cursos). Um estudo exploratório para compreender como se davam esses processos no estado, até então, se mostrou fundamental para aprofundar a análise e reflexão sobre os elementos que poderiam contribuir para qualificação da gestão.

A partir deste estudo inicial foi possível pensar estratégias que compuseram o plano de ação deste projeto de intervenção, que embora não tão claro desde o início, foi se estruturando à medida que o processo avançava e as necessidades surgiam. Cada ação teve seu desdobramento produzindo novas demandas, o que confirmou a dinâmica do planejamento e do processo político.

A preocupação que permeou todo o processo, no entanto, foi a institucionalização das ações. Para cada uma delas buscou-se atribuir responsabilidades, definir responsáveis e fluxos. Criar mecanismos que produzissem desenvolvimento e aprendizado institucional.

Como resultado, foi gerado um conjunto de documentos, que se por um lado mostram os caminhos trilhados, por outro revelam parte da complexidade da gestão estadual no país. A opção por incorporá-los a esse trabalho final, como um segundo volume da dissertação, se deve à crença de que ele pode auxiliar os interessados na compreensão das decisões tomadas.

Para o desenvolvimento deste estudo, partiu-se de alguns pressupostos:

1. O debate sobre a temática da educação permanente contribui para ampliar e qualificar a participação das instâncias colegiadas (CES, CIB, CIES e CIR), tanto no que diz respeito ao processo decisório na elaboração do PEEP quanto ao acompanhamento da implementação do mesmo.

2. O planejamento com a participação dos municípios, regiões de saúde

e estado garante não só a responsabilidade local pela execução das ações de saúde, mas também autonomia no processo de formação e desenvolvimento dos profissionais e gestores.

3. Os cursos elaborados de forma articulada entre gestores municipais, estaduais e as instituições de ensino, e de acordo com as diretrizes da PNEPS, tendem a ter maior adesão dos trabalhadores, possibilitando a reorientação tanto do cuidado à saúde quanto dos processos formativos.

## **CAPÍTULO II - OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Orientar a construção de mudanças no processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Tocantins, visando ampliar a participação das instâncias colegiadas, à luz da realidade local e das diretrizes nacionais e estaduais.

### **2.2 Objetivos Específicos**

1. Identificar as diretrizes da PNEP;
2. Desenvolver estudo exploratório sobre o processo de formulação do PEEP no Tocantins;
3. Elaborar Plano de Ação para alteração do processo de formulação do PEEP/TO, ampliando a participação das instâncias colegiadas;
4. Iniciar implementação do Plano de Ação.

## **CAPÍTULO III - MARCO TEÓRICO REFERENCIAL**

### **3.1 A Construção da Noção de Educação Permanente**

A noção de Educação Permanente (EP) traz consigo muitos sentidos e significados e tem sido alvo de debate nas atuais propostas para formulação de políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores de saúde no SUS.

De acordo com Ceccim e Ferla, a Educação Permanente deve ser entendida tanto como uma prática de ensino-aprendizagem quanto como uma política de educação na saúde. Ela configura-se como as duas coisas, simultaneamente. (Pereira e Lima, 2008).

Como prática de ensino-aprendizagem, a EP parte da realidade vivenciada no dia-a-dia dos serviços de saúde e têm como pressupostos as experiências anteriores dos atores envolvidos (aprendizagem significativa). Apoiar-se no “ensino problematizador”, no qual se identificam os problemas e/ou necessidades do trabalho para a produção de conhecimentos e de propostas de soluções, capazes de gerar as mudanças.

Como política de educação na saúde, a EP caracteriza-se com uma estratégia, visando (Pereira e Lima, 2008), p.164):

1. A articulação entre ensino, trabalho e cidadania;
2. A vinculação entre formação, gestão setorial, atenção à saúde e participação social;
3. A construção da rede do SUS como espaço de educação profissional;
4. O reconhecimento de bases loco regionais como unidades político-territoriais, nas quais estruturas de ensino e de serviços devem se encontrar em cooperação para a formulação de estratégias para o ensino.

Como política, possibilita espaços de construção coletiva, onde os diversos interesses se apresentam de variadas formas, produzindo negociações, conflitos e, algumas vezes, consensos. Conforme apontado por (Capella, 2006), depende do contexto e de acordos produzidos entre os atores envolvidos. Suas propostas não se darão de forma automática e a difusão das ideias contidas na política somente ocorrerá quando os indivíduos que a defendem conseguirem inseri-la como pauta

nos fóruns, com a intenção de sensibilizar os gestores, trabalhadores da saúde e a comunidade.

No setor saúde, o surgimento do tema educação permanente advém do debate sobre a formação de recursos humanos que teve início na década de 1970, por meio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Neste período, a América Latina estava em fase de implantação dos sistemas de saúde, visando à ampliação e qualificação dos serviços de saúde com ênfase na atenção primária.

Segundo Lopes, a OPAS desenvolveu várias pesquisas, com o objetivo de entender as inadequações dos profissionais nos serviços de saúde. Neste contexto, a educação permanente (EP) se insere no debate como “um novo modelo pedagógico”, que foi a proposta disseminada como um dispositivo para mudanças. (Lopes, Piovesan *et al.*, 2007).

No Brasil, este debate foi impulsionado no contexto da redemocratização do país, pelo movimento da reforma sanitária, que colocava a saúde como um bem social.

Nesta época a problemática das endemias era vivenciada principalmente nas regiões norte e nordeste, com a realização da VI Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1977, tendo a seguinte proposta para o enfretamento:

*“[...] aprimorar permanentemente a prestação dos serviços de saúde onde necessitava a participação dos sistemas de ensino e pesquisa”  
[...] bem como a intensificação de programas “docentes assistenciais” em todos os níveis da rede (Brasil, 1977).*

Outro ponto debatido nesta conferência foi sobre o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) onde se identificou algumas dificuldades, como: a insuficiência nas capacitações e remunerações para os recursos humanos, e a deficiência de integração entre o ensino e o serviço dentro das instituições, (Brasil, 1977).

Dando sequência às implementações programáticas, afim de melhor responder às necessidades da população, a VII CNS realizada em 1980 trouxe o debate do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - PREV-SAÚDE, que tinha como objetivo a integração dos serviços de saúde prestados as comunidades. Após dois anos de tentativas, o PREV-SAÚDE ficou apenas na descrição dos documentos. (Brasil, 1980).

O cenário apresentado na década de 80 era o encerramento da ditadura militar, onde se iniciou a chamada “Nova República”. A herança deixada pela ditadura nas áreas econômicas e sociais era a inflação alta, *déficit* público e crise previdenciária. (Brasil, 2006a).

Com esta crise instalada no país, houve a ascensão dos movimentos sociais e um grande debate político que cominou na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, na qual foram definidos os princípios norteadores do novo sistema nacional de saúde no campo dos recursos humanos. Esta conferência instigou a realização da I Conferência Nacional de Recursos Humanos (CNRH), intitulada “A política de recursos humanos rumo à reforma sanitária”, onde estes princípios foram discutidos e aprofundados. (Brasil, 1986a).

Na I CNRH o debate se deu em torno da consolidação das políticas de gestão e formação para os profissionais de saúde e, em seu relatório final foi afirmado que *“a formação de mão-de-obra em saúde proporcionada pelo aparelho formador não é adequada às necessidades de saúde da população brasileira nem às necessidades dos serviços.”* (Brasil, 1986b).

Nos dois anos subsequentes foi instalada a Assembleia Nacional Constituinte, ponto máximo da luta pela reforma sanitária que deu origem ao Sistema Único de Saúde - SUS na Constituição Federal, promulgada em 1988. A partir de então, a saúde tornou-se direito constitucional para todos os brasileiros e dever do Estado em garanti-la. (Brasil, 1988).

Em relação à formação dos recursos humanos na área da saúde, a CF/88 traz, no seu Art. 200, que ao SUS compete ordená-la. E, a Lei N.º. 8.080/90, responsável junto com a Lei N.º. 8142/90 pela regulamentação do SUS, no seu art.14, ordena a criação das Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço - CIES com a finalidade de propor prioridades, metodologias e estratégias para esta formação. (Brasil, 1990).

A realização da II CNRH, que aconteceu em 1993, foi recomendada pela IX CNS e teve como eixos de discussão os princípios e diretrizes do SUS e as leis que o regulamentam. Nesta II CNRH alertou-se sobre a *“ausência de uma política de recursos humanos para o SUS”* (p. 151) e foram apresentadas como propostas a criação de estruturas de desenvolvimento de recursos humanos nas secretarias estaduais e municipais de saúde e a sistematização da educação continuada de forma descentralizada e institucional. (Lopes, Piovesan *et al.*, 2007).

A elaboração do Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS e a regulamentação do inciso III, do artigo 200, da Constituição Federal ficam por conta da III Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, convocada para o ano de 1997 pela X CNS, realizada em 1996.

Tomando por base a deliberação da X CNS e após várias propostas de estudos e documentos, elaboradas por pesquisadores, gestores e trabalhadores e encaminhadas por intermédio das conferências de recursos humanos, a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH) elaborou um documento que sistematizava as primeiras propostas da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos, submetida à aprovação do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2005b).

Vários segmentos participaram deste debate através dos fóruns regionais, que resultaram na terceira versão do documento preliminar da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS), apresentada e aprovada na XI CNS, no ano de 2000. (Brasil, 2000).

A proposição NOB/RH-SUS direciona as atribuições e competências institucionais e define as responsabilidades das três esferas de governo (união, estados e municípios), propondo a elaboração de um programa institucional de Educação Permanente para todos os trabalhadores da saúde sob sua responsabilidade. Anualmente, estes programas devem assegurar a formação e capacitação dos trabalhadores em saúde para que se desenvolvam na carreira. (Brasil, 2005b).

Nesta perspectiva, a NOB/RH-SUS traz para o contexto do SUS, pela primeira vez, o termo 'Educação Permanente' - EP, conceituando-a da seguinte forma:

*“Educação Permanente ou Continuada: constitui-se no processo de permanente aquisição de informações pelo trabalhador, de todo e qualquer conhecimento, por meio de escolarização formal ou não formal, de vivências, de experiências laborais e emocionais, no âmbito institucional ou fora dele. Compreende a formação profissional, a qualificação, a requalificação, a especialização, o aperfeiçoamento e a atualização. Tem o objetivo de melhorar e ampliar a capacidade laboral do trabalhador, em função de suas necessidades individuais, da equipe de trabalho e da instituição em que trabalha”. (Brasil, 2002).*

A implementação da NOB/RH-SUS no nível federal iniciou-se no governo



Lula. Houve a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em 2003, com o objetivo de *“implementar uma política de valorização do trabalho no SUS e dos trabalhadores de saúde em conformidade com os seus princípios e diretrizes”*. (Brasil, 2006b).

Passados quase duas décadas da I Conferência Nacional de Saúde em Recursos Humanos, iniciou-se o processo da institucionalização. *“A partir de 2003, a educação na saúde ganhou estatuto de política pública para a formação e desenvolvimento no âmbito do SUS”* (Brasil, 2005a).

A institucionalização da Educação Permanente acontece em dois momentos. O primeiro por meio da Política Nacional para Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, aprovada pela Resolução N.º. 335 do Conselho Nacional de Saúde e o segundo por meio da Portaria N.º. 198 GM/MS de 13 de fevereiro de 2004, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS *“como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor”*. (Brasil, 2004).

Dando sequência à implementação da NOB/RH-SUS, as XI e XII CNS reafirmam os seus princípios e diretrizes e recomendam a realização da 3ª Conferência Nacional de Gestão do trabalho e Educação na Saúde (CNGTES) para elaborarem as propostas de implementação da Política de Gestão do Trabalho e da Educação para a Saúde. Com o tema *“Trabalhadores de Saúde e a Saúde de Todos os Brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação”*, a III CNGTES aconteceu em 2006. O grande desafio era operacionalizar a PNEPS, tendo por base as diretrizes norteadoras, de modo que os trabalhadores, gestores e formadores do SUS pudessem construir a gestão da educação permanente a partir dos espaços colegiados. (Brasil, 2005a).

Nota-se, que a partir da criação da SGTES, o uso do termo ‘recursos humanos’ foi substituído por ‘gestão do trabalho’ e ‘gestão da educação na saúde’ em função de uma nova compreensão do conceito, o que ampliou as responsabilidades de atuação tanto dos gestores quanto dos trabalhadores do SUS.

Ainda em 2006, o Ministério da Saúde aprova a definição de prioridades articuladas e integradas sob a forma de três pactos: Pacto pela vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de Gestão, visando a:

*“construção de um modelo de atenção que contemplates os*

*princípios do SUS, sob a égide da responsabilidade sanitária, adequada à realidade de cada Estado e região do país, integrando ações de promoção à saúde, atenção primária, assistência de média e alta complexidade, epidemiologia e controle de doenças, vigilância sanitária e ambiental; a reafirmação da importância das instâncias deliberativas CIB e CIT.” (Brasil, 2006c).*

Dentre outras coisas, o Pacto de Gestão prevê as diretrizes para a educação na saúde. São elas (Brasil, 2006d):

- Avançar na implementação da Política Nacional de Educação Permanente por meio da compreensão dos conceitos de formação e educação permanente para adequá-los às distintas lógicas e especificidades;
- Considerar a educação permanente 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, entre outras coisas;
- Considerar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, tendo como orientação os princípios da educação permanente;
- Assumir o compromisso de discutir e avaliar os processos e desdobramentos da implementação da Política Nacional de Educação Permanente para ajustes necessários, atualizando-a conforme as experiências de implementação, assegurando a inserção dos municípios e estados neste processo;
- Buscar a revisão da normatização vigente que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, contemplando a consequente e efetiva descentralização das atividades de planejamento, monitoramento, avaliação e execução orçamentária da Educação Permanente para o trabalho no SUS;
- Centrar, o planejamento, programação e acompanhamento das atividades educativas e consequentes alocações de recursos na lógica de fortalecimento e qualificação do SUS e atendimento das necessidades sociais em saúde;
- Considerar que a proposição de ações para formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde para atender às necessidades do SUS deve ser produto de cooperação técnica, articulação e diálogo entre os gestores das três esferas de governo, as instituições de ensino, os serviços e controle social e podem contemplar ações no campo da formação e do trabalho.

Com o advento do pacto de gestão a portaria GM/MS 1996/2007 implementou

as diretrizes da PNEPS, adequando-o as diretrizes e regulamento do Pacto pela Saúde.

As principais alterações foram:

- Quanto à condução da PNEPS realizada anteriormente pelos Polos de Educação Permanente e passando a ser pelos Colegiados de Gestão Regional e Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES);
- Elaboração do Plano de Ação Regional de EPS coerentes com o Plano Estadual e Municipais de Saúde;
- O financiamento anteriormente era para as entidades executoras e passam a ser fundo a fundo municipal ou estadual repassados em blocos, de gestão do SUS, instituídos pelo Pacto (Saúde, 2007).

Ao revisitar a historicidade da EP, resumida e esquematizada no Quadro 1, constatamos que o desenvolvimento deste tema se processou através das Conferências Nacionais de Saúde e de recursos humanos, onde as propostas após algumas décadas se tornaram política de Estado, cabendo a esta época a sua execução. Parafraseando Sérgio Arouca (Noronha, 2003), *“as conferências nacionais de saúde representam um espaço privilegiado para o debate entre todos os segmentos da sociedade sobre as questões de saúde”*.

Quadro 1 - Resumo da historicidade da Educação Permanente

<b>Ano</b>	<b>Ações</b>	<b>Documento de referência</b>
1970	OPAS introduziu o debate para construção de um novo modelo pedagógico para mudanças das práticas.	1ª Conferência Pan-Americana sobre Planejamento de RH.
1977	Surge a dicotomia entre o preventivo e o curativo; é proposta a carreira de sanitário; e identifica-se a necessidade de interiorização dos serviços de saúde.	VI Conferência Nacional de Saúde
1980	A implementação de algumas ações programáticas, tal como o PREV-SAÚDE.	VII Conferência Nacional de Saúde
1986	Reconhecimento da importância da formação de recursos humanos; definição dos princípios norteadores para o RH na saúde; estímulo para realização da I CNRH.	VIII Conferência Nacional de Saúde

1986	Aprofundamento do debate sobre recursos humanos no setor saúde; identificação da ausência da integração do ensino com o serviço.	I Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde
1988	Inclusão da temática 'recursos humanos para saúde' na Carta Magna.	Constituição Federal
1990	Reitera a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde; ordena a formação de comissões intersetoriais para tratar das articulações dos programas de educação; cria as Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço (CIES); define como atribuições comuns das três esferas de governo a participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos.	Lei Orgânica da Saúde N° 8080
1993	Propõe a criação de estruturas de desenvolvimento de recursos humanos nas secretarias estaduais e municipais de saúde.	II Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde
1996	Convocação da III Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, tendo como pauta a elaboração do Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS;	X Conferência Nacional de Saúde
2000	Aprovação da NOB/RH-SUS. Ressaltou-se a necessidade dos 3 níveis de governo assumirem a responsabilidade com a formação e o desenvolvimento de trabalhadores de saúde por meio do financiamento para qualificação de pessoal.	XI Conferência Nacional de Saúde
2000	Estabelecimento, na saúde, do conceito básico da educação permanente; define os princípios e diretrizes: para a gestão do trabalho no SUS; da política de desenvolvimento do trabalhador no SUS; da política de Saúde ocupacional no SUS; e controle social da gestão do trabalho no SUS.	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH-SUS)
2003	Criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde por ocasião da reestruturação do organograma do Ministério da Saúde.	Decreto Lei n° 7.135, do Ministério da Saúde

2003	Elaboração das orientações, princípios e diretrizes para educação permanente; aprovação da política nacional para formação e desenvolvimento para o SUS (“Caminho para educação”); criação dos polos de educação permanente.	Resoluções: n° 330 e 335, do Conselho Nacional de Saúde
2004	Institui a política de Educação Permanente como estratégia do SUS para formação e desenvolvimento dos trabalhadores do setor.	Portaria GM n° 198
2006	Operacionalizar a PNEPS, estimulando a construção de espaços colegiados de gestão da EP. OBS: Não foi localizado o Relatório final desta Conferência.	III CNRH
2006	Define o Termo de Compromisso de Gestão, estabelecendo as responsabilidades das três esferas de governo na educação na saúde.	Portaria GM n° 399
2007	Dispõe as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente.	Portaria GM/MS n° 1996

Fonte: Elaborado pela autora a partir da documentação analisada.

### 3.2 Educação Permanente: da noção às responsabilidades de gestão

A aplicabilidade da noção de Educação Permanente se dará por intermédio das propostas da política nacional para os municípios e estados. De acordo com esta política, a “*estratégia fundamental*” é a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão e controle social. Desta forma, a factibilidade de suas proposições necessitam de um trabalho articulado e negociado com os atores envolvidos. (Brasil, 2003).

A viabilidade destas propostas depende, dentre outras coisas, do comprometimento dos gestores municipais e estaduais a ser assumido nos Termos de Compromisso de Gestão (TCG) Municipal e Estadual. Tais termos estão regulamentados na Portaria N°. 699/GM, de 30 de março de 2006, e têm a finalidade de formalizar os objetivos, metas, atribuições e responsabilidades sanitárias dos gestores, bem como os indicadores para o monitoramento e avaliação dos compromissos assumidos. No Quadro 2 estão relacionadas às responsabilidades sanitárias da gestão estadual e municipal no que se refere à educação na saúde.

Quadro 2 - Responsabilidades das gestões estadual e municipal, conforme o TGC.

<b>Gestão Estadual</b>	<b>Gestão Municipal</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e os processos relativos à mesma no âmbito estadual;</li> <li>✓ Integrar todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente;</li> <li>✓ Apoiar e fortalecer a articulação com os municípios e entre eles, para os processos de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS;</li> <li>✓ Articular o processo de vinculação dos Municípios às referências (por exemplo: os Comissão Intergestores Regionais - CIRs) para viabilizar o seu processo de formação e desenvolvimento;</li> <li>✓ Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;</li> <li>✓ Articular e pactuar processos de formação com o Sistema Estadual de Educação, de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;</li> <li>✓ Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada, no âmbito estadual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde;</li> <li>✓ Criar, quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento;</li> <li>✓ Promover diretamente ou em cooperação com o Estado, com os Municípios da sua região e com a União, processos conjuntos de educação permanente em saúde;</li> <li>✓ Apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde;</li> <li>✓ Incentivar junto à rede de ensino, no âmbito municipal, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS;</li> <li>✓ Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS;</li> <li>✓ Promover e articular junto às Escolas Técnicas de Saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem.</li> </ul>

Fonte: Portaria n° 699/GM, de 30 de março de 2006.

A operacionalização destas responsabilidades demanda da gestão estadual a “*busca de estratégias articuladas com os vários atores sociais na saúde e exige, fundamentalmente das SES, três grandes capacidades: negociação, gestão da informação e apoio técnico*” (Cunha, 2009). Deste modo, necessita de mudanças na organização da gestão, que vão desde a concepção até a prática, na forma de fazer saúde.

Segundo Ceccim e Feuerwerker, (2004), a EP no seu sentido pleno possui uma lógica ascendente e descentralizadora, que proporciona aos gestores estaduais e municipais a formulação e implementação desta política. Tem como pressupostos a cooperação mútua, onde todos são sujeitos com direitos e responsabilidades, fazendo com que os gestores de saúde repensem a forma de qualificar os seus trabalhadores, revendo a prática de só propor um cardápio de cursos elaborados pelo nível central e baseando-se nos processos de trabalho dos serviços e das equipes.

Diversas são as instâncias participativas que devem atuar no processo de construção e desenvolvimento da política local de educação permanente, traduzida pelo Plano Estadual de Educação Permanente (PEEP). Para além dos gestores, os trabalhadores de saúde devem manifestar as suas propostas de qualificação com base nas suas necessidades e, desta forma, contribuir na construção dos Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) e, em sequência, do PEEP.

As instâncias participativas, as arenas decisórias e os grupos de atores envolvidos no processo de formulação e implementação dos planos de ação regional e estadual estão descritos na Portaria N.º. 1996/GM, de 2007, apresentados no Quadro 3 e serão descritos a seguir.

O Conselho Estadual de Saúde (CES), como órgão deliberativo e formulador das políticas para o setor saúde, tem no campo da EP a prerrogativa de definir as diretrizes estaduais para a elaboração do PEEP, bem como de aprová-lo. Contudo, é importante destacar que faz parte de suas atribuições o acompanhamento e avaliação deste processo.

As Comissões Intergestores Regionais - CIRs são instâncias de pactuação permanentes e de co-gestão solidária, formadas pelos gestores municipais de uma região de saúde e, no âmbito da EP, são responsáveis pela elaboração dos PAREPS, pela validação dos projetos de intervenção e pelo acompanhamento e

execução dos mesmos. Além disso, participa da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES).

A construção do PAREPS deve ser realizada de forma coletiva pelos atores envolvidos (trabalhadores, gestores, formadores e comunidade), tendo por base as necessidades dos serviços, da gestão e dos trabalhadores de saúde, sem perder de vista a sintonia com planos estaduais e municipais de saúde.

Diante deste contexto, vários elementos devem ser considerados para sua formulação: a caracterização da região de saúde; a identificação dos problemas de saúde, ou seja, identificar os principais problemas enfrentados pela gestão e pelos serviços daquela região; caracterizar as necessidades de formação em saúde, identificando as necessidades de determinadas categorias profissionais e de desenvolvimento dos profissionais dos serviços a partir do perfil epidemiológico da população e dos processos de organização do cuidado em saúde de uma dada região; a relação entre os problemas e as necessidades de educação permanente em saúde; os produtos e resultados esperados; os processos de avaliação do plano; e os recursos envolvidos para a execução do plano.

O PAREPS deve ser apreciado e avaliado pela Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES), uma instância intersetorial e interinstitucional permanente formada pelo quadrilátero: gestores, trabalhadores, instituições formadoras e controle social, que participa da formulação, condução e desenvolvimento da política local de educação permanente.

A CIES tem as seguintes funções: apoiar e cooperar tecnicamente com as CIRs; articular com as instituições para proporem as estratégias de intervenção; contribuir com o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações estratégicas da EP; avaliar os PAREPS; e elaborar os projetos futuramente validados pelas CIRs.

Após a validação dos projetos, deve ser elaborado o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB). A CIB se responsabilizará por definir o número e a abrangência das CIES; pactuar os critérios para alocação e fluxo dos recursos financeiros no âmbito estadual; homologar os Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde; acompanhar e avaliar os TCGs estadual e municipal.

Os PEEP, na sua formatação, devem apresentar os seguintes elementos:

- ✓ Nome de ação educativa;



- ✓ Justificativa da Ação;
- ✓ Análise de contexto da situação atual e dos problemas enfrentados pelos serviços e a proposição de estratégias para o enfrentamento dessa situação;
- ✓ Objetivo da Ação;
- ✓ Público alvo, (identificação das instituições, das áreas de atenção e da vinculação ao SUS dos atores envolvidos);
- ✓ Metodologia utilizada;
- ✓ Duração e cronograma de execução;
- ✓ Plano de Metas/Indicadores;
- ✓ Resultados esperados;
- ✓ Titulação a ser conferida (se for o caso);
- ✓ Planilha de custos e cronograma de execução financeira;
- ✓ Dados da instituição executora;
- ✓ Dados da instituição beneficiária;
- ✓ Responsável pela coordenação do projeto com os respectivos contatos.

Em relação ao financiamento, a PNEPS é incentivada pelo Ministério da Saúde por meio do bloco de gestão do SUS. Como pré-requisito para serem contemplados com estes incentivos, os Estados devem, além de conter um PEEP, assinar o TCG do Pacto pela Saúde. Os municípios devem apenas assinar o TCG. A distribuição destes recursos para os estados é realizada utilizando-se um conjunto de critérios estabelecidos pela Portaria GM/MS/Nº. 1996/2007 e a utilização dos recursos financeiros segue as orientações da Portaria GM/MS/Nº. 204 de 2007.

Para repetir a frase de John Friedman (Matus, 1991), “*pode se dizer que o plano é uma mediação entre o conhecimento e a ação*”. Sendo assim, o PEEP é o resultado da atuação de diversos grupos de interessados, com distintos conhecimentos de uma dada realidade, num determinado tempo e contexto, e define recursos, ações, mecanismos e estratégias para o desenvolvimento da política local de educação permanente.

Quadro 3 - Apresentação das instâncias, atores envolvidos e atribuições no âmbito da PNEPS

INSTÂNCIAS	FINALIDADE	ATRIBUIÇÕES	ATORES ENVOLVIDOS
<b>Comissões Intergestores Regionais (CIRs)</b>	Instâncias de pactuação permanente e co-gestão solidária e cooperativa	<p>I – Construir coletivamente e definir o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde para a região, a partir das diretrizes nacionais, estaduais e municipais (da sua área de abrangência) para a educação na saúde, dos Termos de Compromisso de Gestão dos entes federados participantes, do pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde;</p> <p>II – Submeter o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para homologação;</p> <p>III – Pactuar a gestão dos recursos financeiros no âmbito regional, que poderá ser realizada pelo Estado, pelo Distrito Federal e por um ou mais municípios de sua área de abrangência;</p> <p>IV – Incentivar e promover a participação nas Comissões de Integração Ensino-Serviço, dos gestores, dos serviços de saúde, das instituições que atuam na área de formação e desenvolvimento de pessoal para o setor saúde, dos trabalhadores da saúde, dos movimentos sociais e dos conselhos de saúde da sua área de abrangência;</p> <p>V – Acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação em saúde implementadas na região; e</p> <p>VI – Avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações caso necessário.</p>	Gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e representantes do(s) gestor(es) estadual(ais).
<b>Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES)</b>	Instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde.	<p>I – Apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde da sua área de abrangência;</p> <p>II – Articular instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde, da legislação vigente, e do Plano Regional para a Educação Permanente em Saúde, além do estabelecido nos Anexos desta Portaria;</p> <p>III – Incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação;</p>	<p>I – Gestores estaduais e municipais de educação e/ou seus representantes;</p> <p>II – Trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas;</p> <p>III – Instituições de ensino com cursos na área da saúde,</p>

INSTÂNCIAS	FINALIDADE	ATRIBUIÇÕES	ATORES ENVOLVIDOS
		<p>IV – Contribuir com o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde implementadas; e</p> <p>V – Apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, na proposição de intervenções nesse campo e no planejamento e desenvolvimento de ações que contribuam para o cumprimento das responsabilidades assumidas nos respectivos Termos de Compromisso de Gestão.</p>	<p>por meio de seus distintos segmentos;</p> <p>IV – Movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS.</p>
<b>Comissão Intergestores Bipartite (CIB)</b>	Fórum de pactuação entre gestores estaduais e municipais.	<p>I – Elaborar e pactuar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde;</p> <p>II – Definir o número e a abrangência das Comissões de Integração Ensino-Serviço, sendo no mínimo uma e no máximo o limite das regiões de saúde estabelecidas para o estado;</p> <p>III – Pactuar os critérios para a distribuição, a alocação e o fluxo dos recursos financeiros no âmbito estadual;</p> <p>IV – Homologar os Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde;</p> <p>V – Acompanhar e avaliar os Termos de Compromisso de Gestão estadual e municipais, no que se refere às responsabilidades de educação na saúde; e</p> <p>VI – Avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações caso necessário.</p>	Gestores municipais e estaduais.
<b>Conselho Estadual de Saúde</b>	Órgão colegiado, deliberativo e permanente do SUS	<p>I – Definir as diretrizes da Política Estadual e do Distrito Federal de Educação Permanente em Saúde;</p> <p>II – Aprovar a Política e o Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal, que deverão fazer parte do Plano de Saúde Estadual e do Distrito Federal; e</p> <p>III – Acompanhar e avaliar a execução do Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal.</p>	O Conselho de Saúde é composto por representantes de Usuários, de Trabalhadores de Saúde, do Governo e de Prestadores de Serviços de Saúde,

Fonte: Portaria N°. 1996/GM, de 20 de agosto de 2007.

Analisando a historicidade da PNEPS percebe-se que a questão da inadequação dos recursos humanos para o setor saúde tornou-se um problema e passou a fazer parte da agenda estratégica do governo federal no ano de 2003, com a criação da SGTES. Neste período, as mudanças na estrutura governamental e a inserção de pessoas comprometidas com esta questão em posições estratégicas de decisão e gestão proporcionaram a inclusão da educação na saúde como uma política pública de Estado.

Percebe-se nesta análise que, até a institucionalização da EP passaram-se três décadas, desde 1970, quando ainda era uma proposta de solução apresentada pela OPAS, até a sua regulamentação em 2003.

Atualmente, passada quase uma década dessa institucionalização, observa-se que ainda falta muito para a consolidação deste processo: os entendimentos sobre os conceitos pedagógicos no setor saúde; o fortalecimento e comprometimento das instituições no que tange as suas atribuições e, principalmente, a avaliação dos impactos das ações realizadas neste período.

Conforme apontado por (Ceccim e Feuerwerker, 2004) faz-se necessário analisar se os caminhos propostos estão alcançando os objetivos da PNEPS, que são: transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde com a intenção de melhorar a qualidade da atenção, da gestão e da formação, colaborando para que trabalhadores, gestores e formadores de saúde sejam, ao mesmo tempo, flexíveis, críticos, democráticos, cooperativos e participativos.

### **3.3 A Complexidade da Política Pública**

O Estado brasileiro, na sua “*função de governar para o bem comum*” (Baptista, 2011, p.59) tem a finalidade de promover as políticas públicas por meio da administração pública. As políticas públicas configuram-se, assim, como um meio de traduzir os anseios da sociedade em ações governamentais, que se desdobram em planos, programas e projetos. Como afirma Franzese (2011, p. 21), caracterizam-se como o “*Estado em ação*”.

De acordo com Lucchese (2004, p.03), as políticas públicas “*são definidas como conjunto de disposições e medidas e procedimentos que traduzem a*

*orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público*". Ou seja, são as ações de governo em determinado momento para sociedade. Para Gelinski (2008, p.228), estas ações de governo são "*dirigidas a resolver determinadas necessidades públicas*".

Porém, são diversas as necessidades da sociedade, que estão ligadas à forma como cada grupo social identifica seus problemas. Problemas são percebidos por pessoas que fazem parte de diversos grupos. Os grupos apresentam pelo menos algum interesse em comum e mobilizam seus atores para participarem do processo de disputa que ocorre nos espaços de negociação.

No processo de construção de uma política muitos esforços e interesses estão envolvidos nestes espaços. É necessário que sejam produzidos acordos. Neste momento, há embates. Diversos grupos de interesses têm interpretações, vontades e crenças diferentes, gerando conflitos. Algumas propostas são predominantes em relação a outras, fazendo com que a política dificilmente atenda integralmente as vontades de todos os grupos.

Conforme apontado por Rezende e Baptista (2011), o processo de tomada de decisão para formulação das políticas é mediado pelas institucionalidades e pelas questões colocadas na prática, que reformulam permanentemente a própria política. Assim, elas estão sujeitas à recriação e, como proposto por Ball (*apud* Rezende e Baptista, 2011), caracterizam-se como textos inacabados, que podem ser internamente coerentes e claros, e ao mesmo tempo contraditórios. Permitem diferentes interpretações dos atores envolvidos, tanto no próprio processo de formulação quanto no processo de implementação da política.

### **3.4 Análise de uma política a partir da perspectiva do Ciclo de Políticas**

Para analisar uma política pública, em toda a sua complexidade, diversos são os caminhos possíveis. Um deles, parte da compreensão do 'Ciclo da Política'.

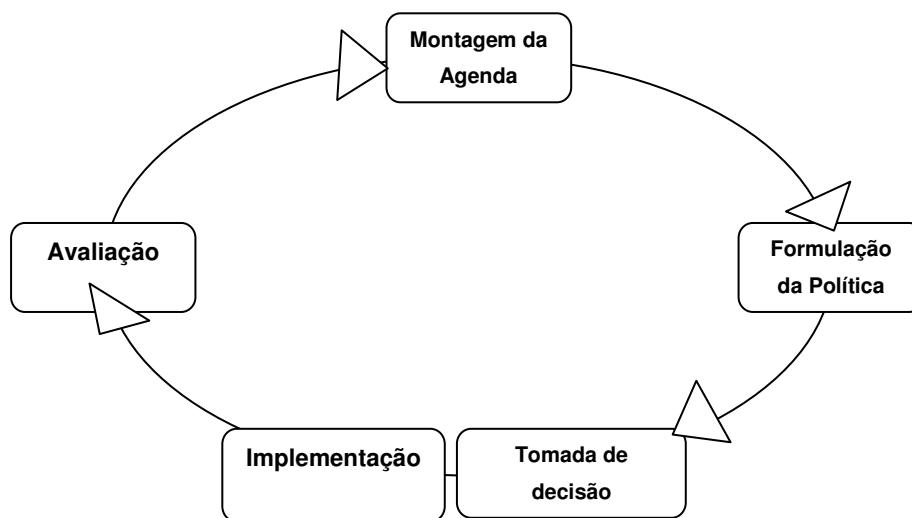
Conforme apontado por Baptista e Rezende (2011), a ideia de ciclo da política provavelmente é a perspectiva mais utilizada e compartilhada nos estudos atuais das políticas, analisando-as por momentos ou fases do processo político.

A construção do enfoque da política em fases ou estágios, ressaltando os

diferentes momentos de formulação e desenvolvimento de uma política pública, ocorreu no contexto pós-segunda guerra, quando os estudos tinham como foco principal dotar o processo decisório de efetividade, reduzindo os riscos e ampliando as certezas na tomada de decisões dos governos. Nesta perspectiva, vários modelos foram propostos ao longo dos anos por distintos autores, com denominações diversas para suas fases. Nos anos 1990, Howlett e Ramesh propuseram cinco fases do processo da política pública, apresentando o que denominaram *'Improved model'* (Figura 1) (Baptista e Rezende, 2011).

Embora os autores admitam que o ciclo da política seja um processo com inúmeros momentos de reformulação, cujas etapas não necessariamente acontecem nesta sequência, prevalece, neste modelo, *“a ideia de que uma política se inicia a partir da percepção de problemas, passa por um processo de formulação de propostas e decisão, segue sendo implementada, para enfim ser avaliada e dar início a um novo processo de reconhecimento de problemas e formulação de política”* (Baptista e Rezende, 2011, p.141).

**Figura 1 – O Ciclo da Política segundo HOWLETT e RAMESH**



**Fonte: Baptista e Rezende, 2011, p.142**

A análise de política a partir da perspectiva do 'ciclo da política' parte da ideia de que uma dada política inicia-se com o reconhecimento de problemas, que segundo o modelo de Howlett e Ramesh, compõe a etapa de *“montagem de agenda”*. Nesta etapa, surgem questões ou problemas que chamam atenção do

governo e o interesse dos formuladores em determinado momento (Capela, 2006).

Segundo Kingdon (1995), em seu estudo sobre o processo de conformação da agenda (*“the agenda-setting process”*) e de especificação de alternativas de solução para os problemas da agenda, a partir das quais uma escolha deve ser feita, o conceito de agenda, refere-se a *‘uma lista de assuntos ou problemas aos quais os funcionários do governo e pessoas de fora do governo, porém intimamente associadas a estes funcionários, estão dedicando muita atenção em um dado momento qualquer’* (p.3).

O autor considera que ‘o processo de conformação da agenda restringe o conjunto de assuntos/problemas possíveis para um conjunto que, na realidade, se torna o foco da atenção dos governos’ (Kingdon, 1995, p. 3). Neste sentido, reconhece a existência de diferenças nas listas das distintas partes do governo e distingue as agendas mais amplas, como da presidência do país, que contém os “maiores itens”, das agendas especializadas, mais específicas, como as agendas setoriais. Classifica as agendas em três tipos:

- ✓ A agenda sistêmica ou não governamental – na qual os temas, questões e ou problemas da sociedade, não despertaram a atenção dos formuladores (especialistas-pesquisadores e funcionários públicos) e nem dos políticos (governo), ficando à espera de uma ocasião e concorrendo a um espaço para fazer parte da agenda governamental.
- ✓ A agenda institucional ou governamental – na qual os problemas chamam a atenção dos políticos (governo) e ainda irão passar pela mesa de decisão.
- ✓ A agenda decisória ou política – na qual os problemas serão priorizados e trabalhados nos processos decisórios.

De acordo com o modelo de análise desenvolvido por Kingdon, o processo decisório das políticas é constituído por três fluxos: ‘fluxo de problemas’, ‘fluxo de soluções e alternativas’ e ‘fluxo da política’. Estes fluxos, descritos abaixo, seguem seu caminho de forma relativamente independente. Porém, quando convergem, criam uma “janela de oportunidades”, que possibilita a entrada de novos temas na agenda governamental e decisória (Baptista e Rezende, 2011).

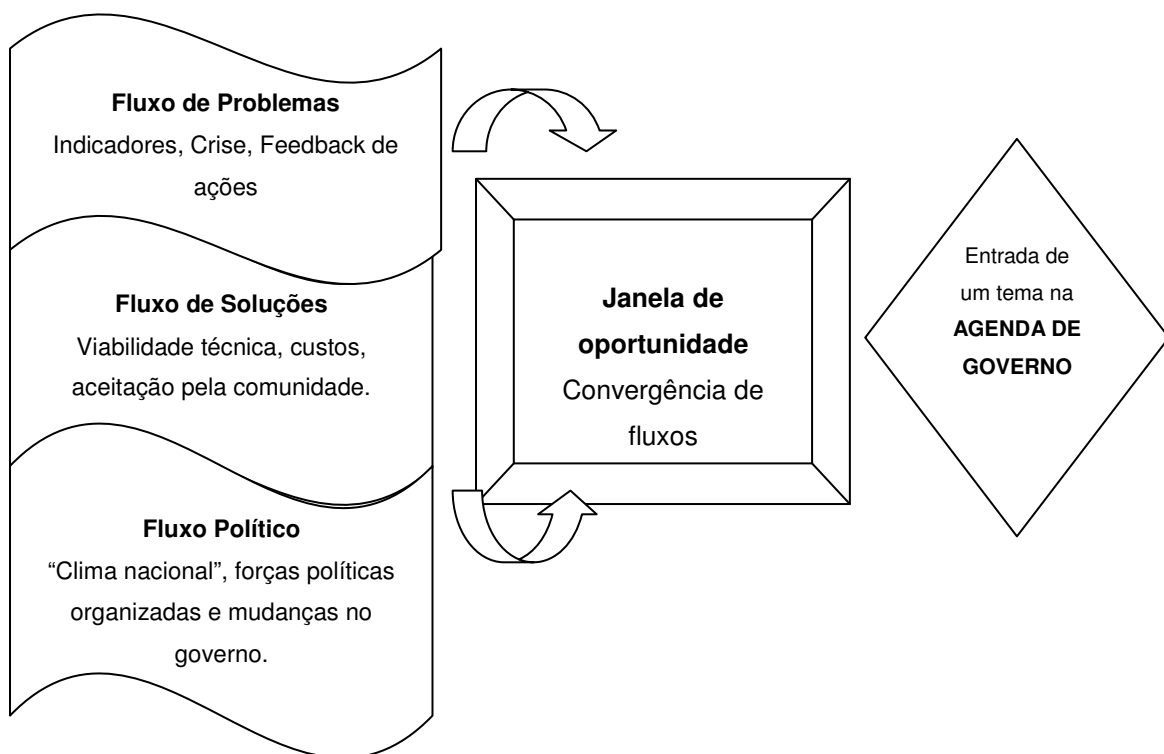
- ✓ Fluxo de problemas – a identificação dos problemas se dá através dos indicadores, eventos, crises e símbolos, ou no *feedback* das ações governamentais (ex: o monitoramento das leis, normativas de governo, a sua implementação). Os

problemas apresentados isoladamente não asseguram fazer parte da agenda de governo, o que faz necessário a ligação com os outros fluxos.

✓ Fluxo de alternativas – as propostas de soluções para os problemas são elaborados por funcionários públicos e especialistas, que analisam a viabilidade técnica, custos e sensibilizam a comunidade para que no momento oportuno (janela de oportunidades) apresentem as propostas de mudanças ou inclusões na agenda de governo.

✓ Fluxo político – onde acontecem os enlaces destes fluxos no qual os acordos políticos são negociados e construídos “*a partir de barganhas e negociações*”. Com as propostas de soluções à disposição, os empreendedores da política exercem um papel defensor (advogam) em favor das mesmas, disponibilizando recursos materiais e outros que se façam necessários, no intuito de promover a inserção dos problemas na agenda. Estes empreendedores podem ser parlamentares, especialistas, funcionários públicos e grupos de interesses, com a finalidade de inserir as suas ideias no debate e, conseqüentemente, ganhar espaço nos processos decisórios.

**Figura 2: Os três fluxos do processo decisório e a entrada de temas na agenda de governo**



**Fonte:** Adaptado de Kingdon (1984) por Baptista e Rezende (2011, p.146)



É importante mencionar que, de acordo com Souza (2007), o que chama a atenção dos formuladores das políticas públicas é: (a) Publicizar os indicadores que demonstrem a magnitude do problema, (b) a repetição do mesmo problema e (c) o *feedback* das políticas que estão obtendo resultados insatisfatórios.

Para Frey (2000), a definição das prioridades dos temas que farão parte da agenda de governo passam por uma fase da “*agenda setting*” que faz a opção se os mesmos serão incluídos ou não, baseada em “*uma avaliação preliminar [por parte dos tomadores de decisão] sobre custos e benefícios das várias opções disponíveis de ação, assim como uma avaliação das chances do tema ou projeto de se impor na arena política*”. (p. 227).

Quando os problemas a serem priorizados são definidos e a agenda decisória é estabelecida, o passo seguinte é o da **formulação da política**, onde funcionários públicos e especialistas vão formular propostas de soluções para os problemas.

Neste momento, são definidos os princípios e diretrizes, bem como as metas a serem alcançadas e os recursos necessários para execução. Por isso a formulação e tomada de decisão caminham juntas. À medida que estes processos vão sendo construídos, as alternativas vão sendo estabelecidas.

Assim, a tomada de decisões será reflexo das condições sociais, econômicas e culturais vivenciadas no contexto da produção. Para Labra (2002, p.6), “*há uma inevitável ‘elitização’ do processo decisório posto que se restringe a apenas um pequeno grupo integrado pelas cúpulas representantes dos atores diretamente envolvidos*”.

Nesta perspectiva, as informações que são debatidas vêm com argumentos de diversos lugares e atores, podendo ser do tipo: ético, moral, técnico, social e econômico. Considerando que, no transcorrer desses debates, podem surgir tanto “pontos de veto”, que são bloqueios das propostas de soluções, quanto “janelas de oportunidades”, que são aberturas para mudanças nas propostas de solução em favor dos proponentes (Labra, 2002). Aqui, a informação, como o saber especializado, torna-se um recurso de poder essencial para estes atores, que quanto mais organizados e preparados estiverem, mais poderão influenciar na tomada de decisão para o curso das políticas.

Contudo, a informação não deve ser relativa, apenas, ao domínio dos aspectos técnicos dos problemas. É necessário que estas considerem “*os cálculos*

*estratégicas das redes de atores tanto em relação às suas linhas de ação política quanto no que diz respeito ao plano dos oponentes” (Labra, 2002, p.9).*

Na etapa de formulação, contudo, há que se analisar as regras institucionais, que restringem a dimensão da ação de quem decide, limitando-a aos macroprocessos, que são as diretrizes e metas da política. Para que se tenha a efetivação das ações propostas pela política, há que se considerar também, os microprocessos, dos quais os especialistas têm pouco conhecimento ou acesso às informações necessárias. Assim, muitas decisões que compõem a própria formulação da política só poderão ser tomadas no momento da implementação, pelos atores envolvidos nesta fase.

No momento da **implementação**, a política formulada é interpretada pelos atores locais, no contexto de suas práticas. Várias interpretações são possíveis, sendo necessário dar continuidade ao processo de proposição de ações, que acaba por recriar a própria política.

Numa outra perspectiva, a fase de implementação é onde se aplicam as diretrizes propostas elaboradas. Ou seja, é quando se coloca em prática as soluções definidas no momento da formulação, que acontece após a inserção do problema. Nesta perspectiva, denominada ‘*top-down*’, que explicita a divisão de quem planeja dos que executam, os formuladores detêm o controle e poder das decisões, sejam elas técnicas, políticas ou organizacionais. Por ser uma fase administrativa da política, acredita-se que as metas possam ser alcançadas utilizando-se técnicas administrativas tradicionais.

Para Silva (2000), a implementação de políticas públicas deve ser vista como “*uma engenharia social*”, onde são percebidas como um campo estratégico, no qual se identificam vários papéis que vão desde a concepção dos formuladores (trabalho intelectual) até a execução dos implementadores (trabalho manual). A implementação da política “cria” outras políticas, pois direciona a tomada de decisões. Nesta fase, as novas informações proporcionam novas propostas para a formulação da política, no intuito de alcançarem os objetivos propostos e, assim, recomeçar o ciclo da política.

Ainda segundo este autor, é neste contexto de intensas negociações que os atores buscam aliados, onde os grupos de interesse pleiteiam o poder. Aqui, surgem novos pactos e propostas, mesmo por diferentes atores que não participaram do

momento da formulação, que são os executores. As formas da implementação a serem reapresentadas são como um jogo e também como um aprendizado institucional, onde os atores barganham e negociam, fazendo dissensos e contradições em que prevalece a troca. Assim, a implementação de políticas públicas dá-se por meio de redes de agentes públicos, que muitas vezes não são agentes governamentais. Também, não ocorre apenas no âmbito de uma organização, mas sim, de um território interorganizacional.

Considerando que toda a ação governamental é de natureza política, há uma distribuição de recursos coletivos para o benefício da população, viabilizadas por meio de programas e projetos, formulados por autoridades públicas, evidenciando-se um jogo político, que é fundamental para a democracia e para o controle social das ações do governo. Para que haja legitimidade social, faz-se necessário a identificação dos atores e dos *stakeholders* – grupos interessados que, juntamente com os beneficiários e as autoridades públicas darão sustentabilidade à política. Desse modo, os formuladores e implementadores, não podem fazer o desenho da política de forma linear e simples, dando espaço à cooperação (Silva, 2000).

Em suma, de acordo com Silva (2000), a compreensão da implementação deve ser vista como aprendizado, sendo trabalhado em redes, fazendo com que as propostas sejam colaborativas, consistentes e sustentáveis para a efetividade das políticas públicas.

“A **avaliação** tem estado cada vez mais presente nos processos de análise das políticas públicas” (Trevisan, 2008, p. 538) e, assim como as etapas de formulação e implementação, é produzida a partir de negociações entre os diversos atores envolvidos, passando por transformações e experimentando influências durante sua realização.

A avaliação não é uma fase estanque do ciclo da política, que ocorre separada das demais fases. Embora esteja representada como uma etapa final, ela pode ser compreendida como uma ação transversal a todo o processo político das políticas. Para além de mensurar os resultados alcançados e os impactos da política na realidade social, a avaliação é útil no processo de análise da própria trajetória da política, reconduzindo caminhos traçados inicialmente e revendo decisões tomadas ao longo do processo.

### 3.5 A gestão participativa como forma de gerir as políticas públicas

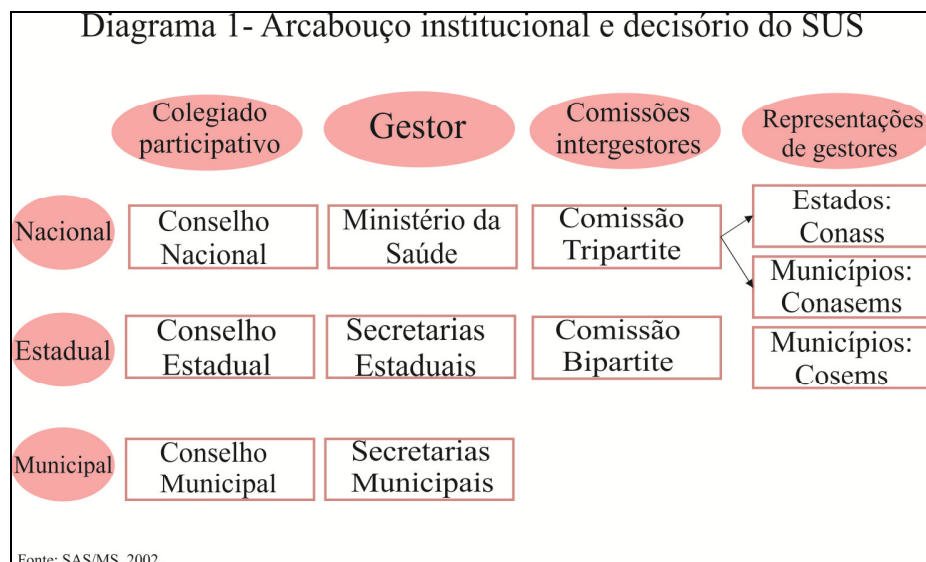
A ideia do ciclo de políticas surge na tentativa de compreender como os governos traduzem as necessidades da sociedade em ações. Essa tradução, em si, é o trabalho da gestão, que inclui desde a seleção dos problemas que serão tratados até a avaliação das propostas, consolidadas através de planos, programas e projetos.

De acordo com Noronha *et al* (2008), as macrofunções gestoras nos diferentes campos da atenção saúde podem ser, simplificadaamente, identificadas em quatro grandes grupos: (1) formulação de políticas e planejamento; (2) financiamento; (3) regulação; (4) prestação direta de ações e serviços de saúde.

Numa perspectiva ampla, fazer gestão é definir caminhos a serem trilhados. Porém, a gestão pode ser feita de vários modos diferentes.

No âmbito do SUS, que foi criado no processo de redemocratização da sociedade brasileira, no final da década de 1980, o modelo institucional “*é ousado no que concerne à tentativa de concretizar o acordo entre os diferentes níveis de gestores do sistema e fortalecer o controle social sobre as políticas de saúde*” (Noronha *et al*, 2008, p. 443). O arcabouço institucional e decisório do SUS, representado na Figura 3, expressa o arranjo que permite que vários atores sociais, mesmo aqueles não diretamente responsáveis pela gestão dos sistemas e serviços, participem do processo decisório sobre a política de saúde.

Figura 3 – Diagrama 1 – Arcabouço institucional e decisório do SUS



Tal arcabouço exige dos gestores (Noronha et al, 2008):

- ✓ O exercício de suas funções e o cumprimento de suas responsabilidades de forma compartilhada;
- ✓ A valorização e o funcionamento adequado dos espaços de representação e negociação dos interesses da sociedade; e
- ✓ Assumir a liderança da negociação política voltada para o processo decisório.

Uma das funções da gestão passa a ser, então, reconhecer a importância da participação dos atores e das instituições, com as suas diversidades de interesses. A gestão participativa torna-se uma competência necessária a ser desenvolvida pelos gestores do SUS, nas esferas federal, estadual e municipal, que passam a ter que reconhecer os direitos de novos sujeitos no processo decisório e deliberativo.

Sendo assim, a gestão é uma tarefa coletiva, e não exclusivamente uma função das minorias poderosas ou de especialistas (Wagner, 2007). Para esse autor, o exercício da co-gestão está sujeito a produção simultânea de espaços coletivos que cumpram três funções básicas:

1. Clássica: de administrar e planejar os processos de trabalho objetivando a produção de valores de uso;
2. Caráter Político: como uma forma de alterar as relações de poder e construir a democracia nas instituições;
3. Pedagógica e terapêutica: observando a capacidade que os processos de gestão têm de influir sobre a constituição de sujeitos.

Para Wagner (2007, p. 147) estes espaços concretos possuem lugar e tempo designados à “*comunicação (escuta e circulação de informações sobre desejos, interesses e aspectos da realidade), à elaboração (análise da escuta e das informações) e à tomada de decisões (prioridades, projetos e contratos)*”. Segundo o autor, há quatro modalidades de espaços coletivos. A gestão participativa se dará pelo arranjo destas distintas modalidades, descritas a seguir, que passam por mudanças de acordo com a dinâmica social das instituições.

1. Conselho de co-gestão: possuem normas previamente acordadas, de caráter duradouro, e funcionam regularmente, ou seja, tem estrutura (p.ex.: CIB);
2. Colegiados de gestão: compostos por gerentes, assessores e trabalhadores, visam operacionalizar a gestão interna das instituições. Os seus componentes criam um espaço resguardado, no intuito de construírem seus projetos a partir de suas

concepções (p.ex.: CIES);

3. Dispositivos de participação: os distintos atores se envolvem com uma temática, onde os encontros são de maneira não determinada ou sistemática (p.ex.: câmaras técnicas).

4. Diálogo e tomada de decisões: ocorre no dia-a-dia, durante o processo de trabalho, poupando as instâncias coletivas.

Desse modo, a gestão se baseia em colegiados e não se finda nela mesma, exigindo outros sistemas de conselhos, assembleias e outras estratégias, que possibilitem a participação das equipes de trabalho, usuários, trabalhadores, gestores e outras organizações que desenvolvam um sistema de cogestão.

Com este cenário, os espaços coletivos formados por diversos atores, de distintas representações, expressam suas aspirações e interesses, confrontando-os entre si e com a realidade. Assim, são obrigados a disputar e negociar, para que desses processos de luta/negociação surjam contratos potentes para orientar as decisões (Wagner, 2007).

Neste contexto, o poder é compartilhado e não é imposto e nem praticado de forma isolada e solitária. Deve ser pensado pelos atores nos espaços coletivos como um poder relativo e parcial (Wagner, 2007). Tais atores devem ter o entendimento de suas limitações para criar possibilidades para superá-las e aprender a fazer composições por “blocos” de interesse, desenvolvendo conexões entre os atores para promover propostas voltadas aos interesses coletivos.

A construção desses espaços coletivos se dará a partir da constituição de sujeitos e dos grupos, que, expandindo a capacidade de análise e de intervenção, irão debater, produzindo democracia. *“Na prática, ninguém, nenhum agente isolado, produz democracia. A democracia é uma reforma social, produto da práxis de Grupos Sujeitos e produtora de Sujeitos.”* (Wagner, 2007, p. 41).

A ideia de democracia como processo de aprendizagem é destacada, também, por Escorel e Moreira (2008, p. 1007), quando afirmam que a participação social é o exercício da democracia no cotidiano, que exige uma permanente reflexão sobre suas regras, limites e possibilidades. É exercida no respeito às diferenças e na ampliação dos espaços de convivência e de debate político.

## CAPÍTULO IV – ASPECTOS METODOLÓGICOS

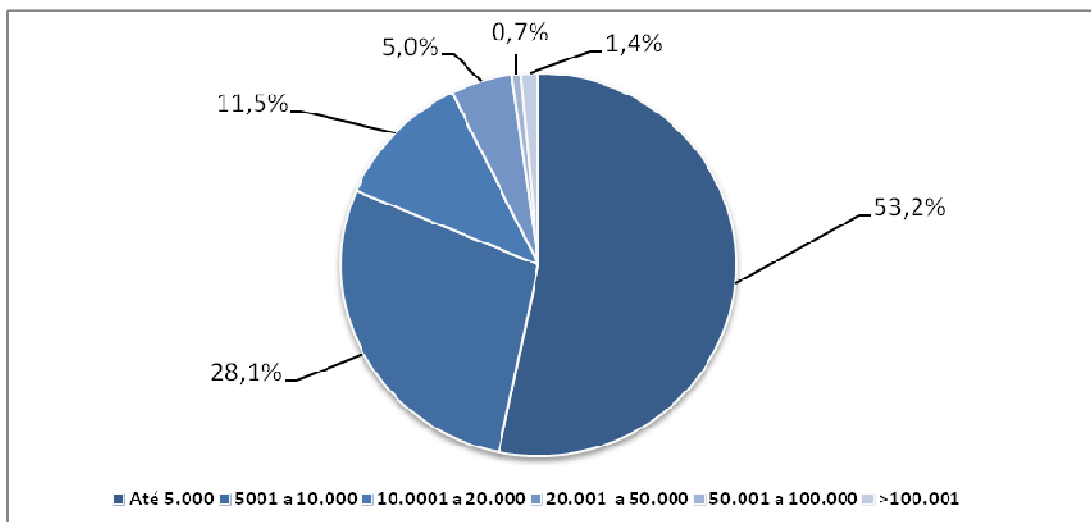
### 4.1 Um pouco do Tocantins: o cenário da intervenção

O Estado do Tocantins, oficialmente instalado em 1º de janeiro de 1989, foi criado por determinação da Constituição Federal de 1988, a partir da divisão do estado de Goiás (parte norte e central). Após esse processo, houve um acelerado crescimento demográfico, impulsionado pelos fluxos migratórios regionais.

A sua localização é no centro geográfico do Brasil e integra a Região Norte do território nacional. Sua extensão territorial é de 277.621,858 Km<sup>2</sup>, limita-se ao Norte com os Estados do Maranhão e Pará, ao Sul com Goiás, a Leste com Maranhão, Piauí e Bahia e a Oeste, Pará e Mato Grosso.

Conforme contagem populacional realizada em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população tocantinense é de 1.383.453 habitantes. Sua divisão territorial jurídico-administrativa é de 139 municípios, organizado em 15 regiões de saúde. Aproximadamente 80% desses municípios apresentam uma população com menos de 10.000 habitantes, e somente 02 deles contam com mais de 100.000 residentes, sendo que esses concentram 27,4% da população do Estado, conforme Gráfico 01.

Gráfico 01: Proporção de municípios de acordo com seu porte populacional. Tocantins, 2010.



Fonte: PES/TO/2012.

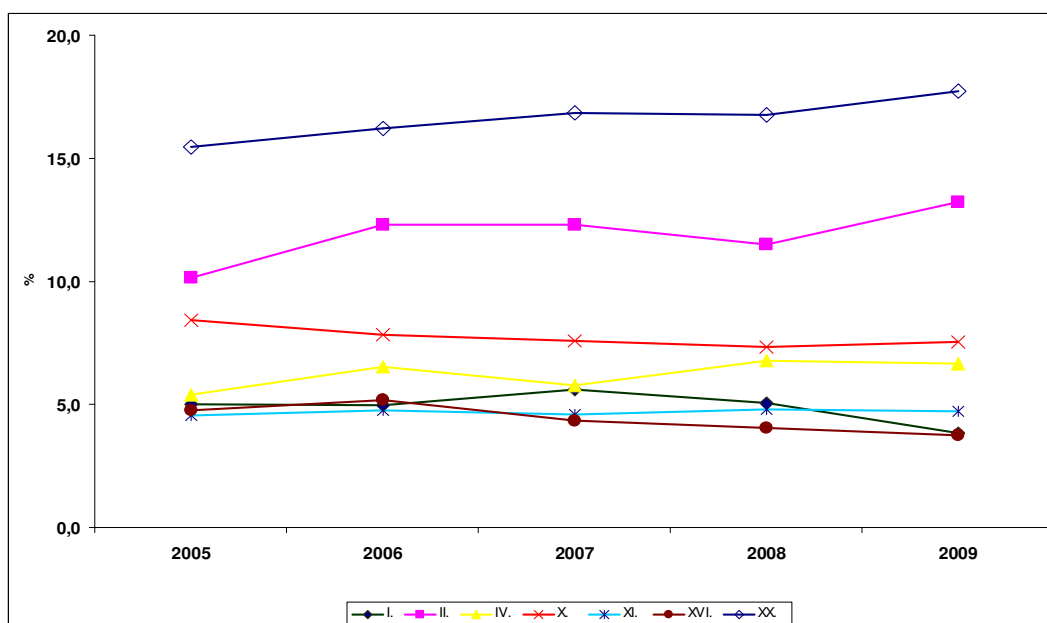
## 4.2 Perfil Epidemiológico

### Mortalidade Proporcional por Grupo de Causas

A mortalidade proporcional por grupo de causas indica a importância relativa de determinado grupo de causas de óbito em relação aos demais, bem como o risco de óbito por determinado grupo de causas na população. Dentre os principais grupos de causas de morte no Tocantins de 2005 a 2009, destacam-se as doenças do aparelho circulatório, causas externas de morbidade e mortalidade, neoplasias (tumores), doenças do aparelho respiratório e doenças endócrinas nutricionais e metabólicas.

Em 2009, 31,5% das mortes devem-se às doenças do aparelho circulatório, aparecendo em segundo lugar às causas externas de morbidade e mortalidade com 17,7%. Como terceira causa de mortes para o Estado aparecem as neoplasias (13,2%); a quarta são as doenças do aparelho respiratório com 7,6%. Em sexto com 6,7%, estão as doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (Gráfico). As causas do aparelho digestivo aparecem com 4,7%.

Gráfico 02 – Mortalidade proporcional por principais grupos de causas (CID 10). Tocantins, 2005 - 2009.



Fonte: MS/DATASUS/2011.



Tabela 1 – Mortalidade Proporcional por causa capítulo (CID 10). Tocantins, 2005-2009.

Causa (Cap CID 10)	2005	2006	2007	2008	2009
IX. Doenças do aparelho circulatório	34,6	33,3	33,4	32,5	31,5
XX. Causas externas de morb e mortalidade	15,5	16,2	16,8	16,8	17,7
II. Neoplasias (tumores)	10,2	12,3	12,3	11,5	13,2
X. Doenças do aparelho respiratório	8,4	7,8	7,6	7,3	7,6
XVIII. Sint. sinais e achad anorm ex clín e lab	5,5	6,5	5,8	6,8	6,7
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metaból	5,4	4,7	4,6	4,8	4,7
XVI. Algumas afec originadas no per perinatal	4,8	2,2	2,8	4,0	4,2
XI. Doenças do aparelho digestivo	4,5	5,0	5,6	5,0	3,8
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4,4	5,2	4,3	4,0	3,7
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1,9	1,7	1,7	2,2	1,6
XVII.Malf. cong def e anomal. cromossômicas	1,3	1,3	1,6	1,2	1,5
VI. Doenças do sistema nervoso	1,3	1,4	1,4	1,4	1,5
V. Transtornos mentais e comportamentais	0,9	1,0	0,8	1,2	1,1
III. Doenças do sangue órgãos hemat e transt imunitários	0,5	0,6	0,5	0,6	0,4
XV. Gravidez parto e puerpério	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4
XIII.Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: MS/DATASUS/2011.

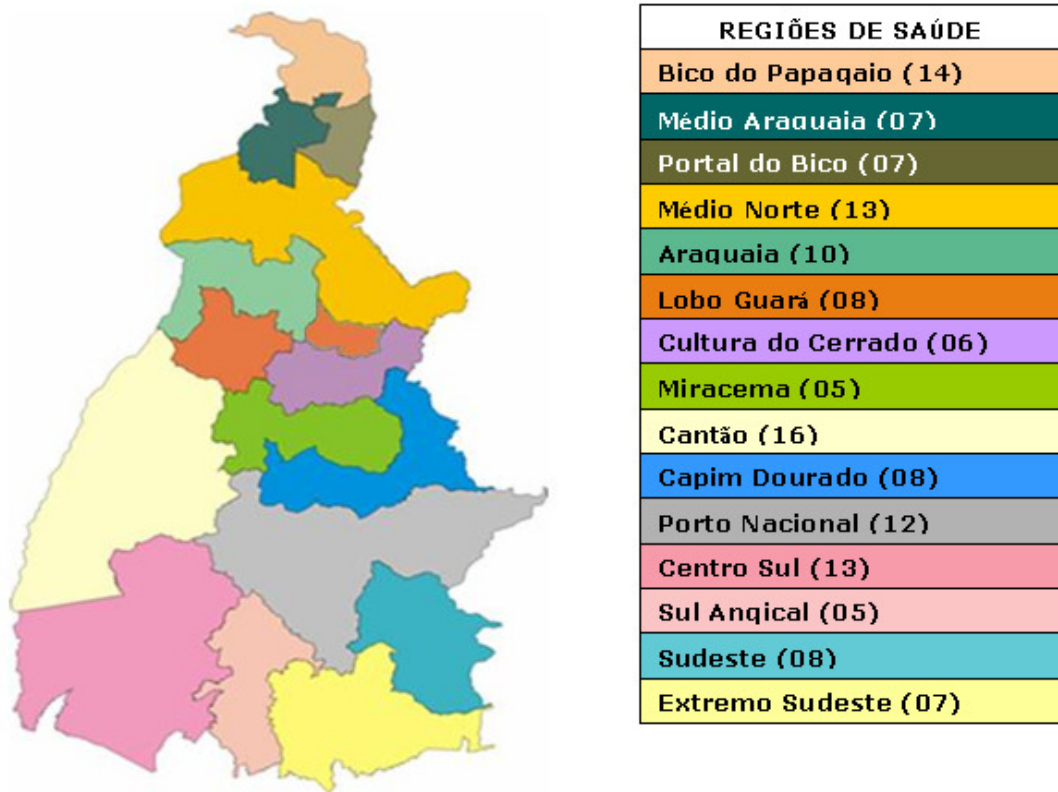
### 4.3 Da organização do sistema de saúde

- Descentralização e Regionalização

O Pacto pela Saúde, fundamentado pela Portaria GM/MS N<sup>o</sup>. 399 de 2006, expressa o compromisso de fortalecimento da diretriz de Regionalização, que reafirma a cooperação entre as esferas de governo, se organiza por meio do Plano Diretor de Regionalização e se operacionaliza por meio das Regiões de Saúde. Neste contexto, as Comissões Intergestores Regionais (CIR's) se instituem como instâncias de cogestão no espaço regional. Trata-se de espaços permanentes de articulação, definição de prioridades e pactuação de soluções, objetivando a organização de uma rede de ações e serviços de atenção à saúde integral e resolutiva.

Figura - 4: Mapa das regiões de saúde regionalização de Saúde:

**- Plano Diretor de Regionalização - PDR**



Fonte: SESAU/DGEDS - 26/07/2011

#### 4.4 Rede Assistencial de Saúde

Os avanços no desenvolvimento do SUS incluem a extensão de acesso da população aos serviços de saúde, na atenção primária, na atenção de maior complexidade, bem como o desenvolvimento da descentralização do sistema.

O Estado possui 1.210 estabelecimentos de saúde registrados no CNES, sendo 51,3% de natureza pública e 48,7% de natureza privada. Na atenção ambulatorial, dos 781 estabelecimentos cadastrados, 379 são de natureza pública (352 de Atenção Primária), 273 consultórios isolados e 156 Clínicas/ Ambulatórios Especializados e Policlínicas, totalizando 429 estabelecimentos. Na atenção às urgências/emergências componente pré-hospitalar fixo, estão cadastrados 03 Prontos - Socorros públicos e 01 privado. No componente pré-hospitalar móvel – Serviço de Atendimento Móvel de Urgências – SAMU 192, existem 03 Unidades Móveis Terrestres sendo 02 de natureza privada. Conforme tabela 2.

Tabela 2 – Tipos de unidades cadastrados no CNES. Tocantins. 2011.

<b>Código</b>	<b>Descrição</b>	<b>Total</b>
01	Posto de Saúde	26
02	Centro de saúde/Unidade Básica	310
04	Policlínica	16
05	Hospital Geral	59
07	Hospital Especializado	6
20	Pronto Socorro Geral	4
22	Consultório Isolado	273
36	Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade	156
39	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	158
40	Unidade Móvel Terrestre	7
42	Unidade Móvel de Nível Pré-Hosp - urgência/emergência	3
43	Farmácia	13
50	Unidade de Vigilância em Saúde	51
60	Cooperativa	1
64	Central de Regulação de Serviços de Saúde	6
67	Laboratório Central de Saúde Pública Lacen	1
68	Secretaria de Saúde	84
69	Centro de Atenção Hemoterapia e ou Hematológica	6
70	Centro de Atenção Psicossocial	9
73	Pronto Atendimento	18
74	Polo Academia da Saúde	3
<b>TOTAL</b>		<b>1210</b>

Fonte: MS/DATASUS/2012

#### **4.5 Os Processos Educacionais em Saúde**

No período de 2005 a 2011, houveram 627 (seiscentos e vinte e sete) processos educacionais – cursos básicos, cursos de capacitação, cursos de atualização, cursos de qualificação, introdutórios, oficinas, seminários, simpósios, palestras, treinamentos, encontros, dentre outros. Foram 1.638 (um mil, seiscentos e trinta e oito) facilitadores, capacitando 18.362 (dezoito mil, trezentos e sessenta e dois) trabalhadores do Sistema Único de Saúde, todos financiados com recursos do PEP e PROFAPS, conforme Quadro 4.

Quadro 4 - Distribuição do número de processos educacionais realizados, atores envolvidos e trabalhadores capacitados. Tocantins, 2005 - 2011.

<b>Ano</b>	<b>Nº. de Processos Educacionais realizados</b>	<b>Nº. de facilitadores envolvidos</b>	<b>Nº. de trabalhadores capacitados</b>
2005	98	278	2.867
2006	79	228	2.198
2007	75	251	2.787
2008	85	169	2.373
2009	119	161	3.338
2010	82	240	2.339
2011	89	311	2.460
<b>Total</b>	<b>627</b>	<b>1.638</b>	<b>18.362</b>

Fonte: Secretaria Geral de Ensino/SETSUS/Janeiro-2012

No que se refere aos Cursos Técnicos, de 2004 a 2011, formou-se 2.942 (dois mil, novecentos e quarenta e dois) alunos, conforme Quadro 5.

Quadro 5 – Distribuição dos processos educacionais realizados pela ETSUS, e número de egressos. Tocantins, 2004 - 2011.

<b>Curso</b>	<b>Nº. de egressos</b>
Técnico em Higiene Dental	163
Técnico em Nutrição e Dietética	53
Técnico em Enfermagem – Complementação	30
Técnico em Agente Comunitário de Saúde	2.219
Auxiliar em Saúde Bucal	131
Técnico em Saúde Bucal III	97
Técnico em Radiologia	34
Técnico em Saúde Bucal IV	123
Técnico em Análises Clínicas	33
Técnico em Vigilância em Saúde	59
<b>Total</b>	<b>2.942</b>

Fonte: Secretaria Geral de Ensino/SETSUS/Janeiro-2012

## 4.6 Os Planos de Educação Permanente:

### 4.6.1 Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde

A antiga ETSUS tinha em seu escopo, o planejamento e a execução do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde – PROFAPS. Este foi mencionado pela primeira vez durante o Seminário Internacional de Educação Profissional em Saúde, em 2006. Na ocasião, o Ministério de Saúde - MS delineou a necessidade de ampliação dos investimentos em formação técnicas para áreas como Vigilância em Saúde e Radiologia. No ano seguinte, o Programa apareceu com destaque durante o lançamento do programa “Mais Saúde – Direito de Todos”.

Assim, por meio da Portaria GM/Nº. 1.996/2007, o Ministério da Saúde instituiu as diretrizes para elaboração desse programa. E, ano a ano, é publicada uma portaria contendo os critérios para construção e teto de financiamento de cada Estado.

A ETSUS apresentou projetos financiáveis com recursos do PROFAPS, pela 1ª vez, em 2009, com previsão para atender profissionais de nível médio dos 139 (cento e trinta e nove) municípios do Estado.

Em 2010, a escola previu cursos para formação de: auxiliar em saúde bucal, agente comunitário de saúde e agente de combate a Endemias e curso técnico em hemoterapia.

Em 2011, a Portaria PROFAPS previu recursos financeiros da ordem de mais de dois milhões de reais.

A equipe da SETSUS, em compasso com a Diretoria de Educação Profissional, elaborou projetos consensuados na primeira reunião da CIES/CIB-TO, homologados na CIB e apresentados ao Ministério da Saúde no prazo previsto pela Portaria. Os projetos foram: (1) curso de aperfeiçoamento para auxiliares e técnicos de enfermagem em envelhecimento e atenção integral à saúde do idoso; (2) curso de atualização para auxiliares e técnicos; (3) aperfeiçoamento em saúde bucal na população indígena; (4) curso de enfermagem com ênfase em urgência e emergência; (5) formação do auxiliar em saúde bucal; (6) curso de aperfeiçoamento

para auxiliares e técnicos de enfermagem no enfrentamento das drogas e acolhimento em saúde mental; (7) curso de atualização para agentes comunitários de saúde em alimentação e nutrição; (8) curso técnico em vigilância em saúde; (9) curso de complementação de estudos do auxiliar para o técnico de enfermagem; (10) curso de aperfeiçoamento para auxiliares e técnicos de enfermagem no enfrentamento das drogas e acolhimento em saúde mental.

#### *4.6.2 Os Planos de Educação Permanente*

Com o advento do Pacto pela Saúde em 2006 e posterior publicação da Portaria GM/MS/Nº. 204/2007, foi instituído o Bloco de Financiamento da Gestão que trouxe o componente federal para financiamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Por meio da Portaria GM/MS/Nº1996/2007, dispõe sobre as diretrizes para sua implementação.

Este foi o pontapé para a elaboração do 1º. Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde no Tocantins.

Em 2006, a então Coordenação de Gestão da Educação na Saúde realizou um levantamento de demandas educacionais. Este material foi analisado, transformando as demandas em 15 (quinze) ações do PEEP 2007. Em 2008, o processo de elaboração do PEEP obteve o envolvimento dos demais atores previstos na Portaria GM/MS/Nº. 1996/2007.

Em agosto de 2009, com a aprovação da criação da CIES-CIB/TO, composta inicialmente por representantes dos 15 (quinze) Colegiados de Gestão Regional - CGR, setores da SESAU, ETSUS e Fundação de Medicina Tropical do Tocantins - FMT, aconteceram uma sequência de reuniões para discutir a Política Nacional de Educação Permanente e seus fundamentos legais. As demandas dos setores da SESAU, Secretarias Municipais de Saúde e Hospitais de Referência foram levantadas por meio do preenchimento de uma planilha de demandas que foram discutidas e avaliadas pela CIES-CIB/TO, estabelecendo-se a criação de 04 (quatro) eixos de ação, a saber: 1. Gestão; 2. Urgência e Emergência; 3. Saúde da Família; e, 4. Promoção e Educação na Saúde. Após as reuniões de priorização foi constituída uma comissão para elaboração de 15 (quinze) projetos.

O Plano Estadual de Educação Permanente - PEEP 2010 foi resultado de participação coletiva, sendo desenvolvido por meio de oficina metodológica com atores estratégicos da SESAU-TO e membros da CIES/CIB-TO com vistas a avaliar os PEEP's anteriores e discutir sobre Educação Permanente no contexto dos Colegiados de Gestão Regional - CGR. A metodologia constou de 05 (cinco) etapas: (1) construção de Instrutivo de Orientação dos PEEP's; (2) sensibilização dos trabalhadores do SUS-TO; (3). identificação dos principais problemas de natureza educacional; (4) identificação das necessidades educacionais; (5) identificação das Instituições de Ensino, setores de trabalho em saúde, ou de parceiros; (6) oficina de Construção dos projetos.

O orçamento previsto para as propostas apresentadas foi de R\$ 3.404.060,99 (três milhões, quatrocentos e quatro mil, sessenta reais e noventa e nove centavos). Entretanto, o financiamento só contemplou o equivalente a 32,5% do valor planejado, sendo necessária à priorização das propostas, a saber: 1. Projeto de fortalecimento da Educação Permanente no Tocantins; 2. Projeto de formação em processos educacionais em saúde; 3. Projeto de formação tocantinense em promoção à saúde; e, 4. Curso de aperfeiçoamento na abordagem ao uso e abuso de álcool e outras drogas para profissionais da Atenção Básica.

A análise dos dados do estado permite perceber que as escolhas das atividades educativas realizadas nos quatro primeiros anos, não foram subsidiadas pelos indicadores de saúde. O planejamento nem as propostas educativas se pautaram nas necessidades de saúde, considerando que as três primeiras causas de mortalidades foram: as doenças do aparelho circulatório, causas externas de morbidade e mortalidade, neoplasias (tumores) (PES/2011). Em 2011, duas atividades contemplaram os indicadores citados.

#### 4.7 Método Aplicado

O problema ao qual me dediquei neste projeto foi a implementação da PNEPS, propondo mudanças no processo de formulação do plano estadual de educação permanente no estado do Tocantins. Como gestora estadual, na função de superintendente da Escola Tocantinense do Sistema único de Saúde (SETSUS), busquei realizar um projeto de intervenção, institucionalizando, inovando e ampliando os processos de trabalho, a partir do conhecimento adquirido no mestrado, no intuito de tornar a política local de educação permanente mais efetiva.

Para tanto, parti de uma análise documental, para a qual utilizei os seguintes documentos: Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, Portaria GM N° 198/2004, Portaria GM N° 1996/2007, atual Plano Estadual de Saúde 2011, Plano Estadual de Educação Permanente dos anos 2007, 2008, 2009, 2010 e 2011 e o plano do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde – PROFAPS.

Em seguida, foi desenvolvido um estudo exploratório, no qual foram realizadas quatro entrevistas abertas e um grupo focal. Com o objetivo de fazer uma interlocução entre referencial teórico e a experiência vivida, busquei identificar os processos executados pelas instâncias envolvidas na formulação do PEEP e compreender o ponto de vista dos atores selecionados que foram vistos como sujeitos do processo.

Para as entrevistas foram selecionados os seguintes atores:

- O presidente do Conselho Estadual de Saúde;
- O presidente da Comissão Intergestores Bipartite;
- A secretária- executiva da Comissão de Integração Ensino Serviço;
- O diretor da Diretoria de Gestão da Educação em Saúde (DGES);
- A responsável pelo Núcleo de Planejamento e Avaliação (NPA).

A escolha destes representantes se justifica pelas posições estratégicas que ocupam nas instâncias indutoras e condutoras do processo de desenvolvimento da PNEPS no nível estadual e pelo seu poder decisório. Tais atores possuem a responsabilidade da função gestora no estado, desenvolvendo macro funções de formulação de políticas, planejamento, financiamento, coordenação, regulação,



controle e avaliação.

Um grupo focal (GF) tem como proposta reunir “*num mesmo local e durante certo período, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público-alvo de suas investigações, tendo como objetivo coletar, a partir do diálogo e do debate com e entre eles, informações acerca de um tema específico*”. (Neto, Moreira et al., 2010).

Para participar do grupo focal foram convidados os representantes responsáveis pela temática da educação permanente de cada um dos 15 colegiados gestores regionais. Doze (12) representantes compareceram e participaram do grupo focal, sendo assim representados:

- 05 representantes das Comissões Intergestores Regionais (CIRs) – 02 da região centro – sul e 03 da região centro – norte;
- 03 membros representantes das instituições de ensino;
- 04 representantes de outras instituições, sendo elas: Conselho Estadual da Educação, Secretaria de Ciência e Tecnologia e Sindicato dos Trabalhadores da Saúde e Comissão Intergestores Bipartite.

Os roteiros das entrevistas e do grupo focal encontram-se nos Anexos 3 e 6, respectivamente.

A partir dos resultados das entrevistas e do grupo focal, e por ser uma das partes integrantes do processo de condução da PEEP no estado, senti-me desafiada a intervir no cenário encontrado. Deste modo, foi proposto um projeto de intervenção nos processos de trabalho da superintendência, a ser desenvolvido conjuntamente com os servidores da SETSUS, que convergiu para a construção de um plano de ação, apresentado nesta dissertação.

O plano de ação, com diversas atividades de reorganização dos processos de formulação e de trabalho, foi orientado por mim e operacionalizado de forma participativa com os servidores da SETSUS durante o desenvolvimento da dissertação do mestrado. Desta forma, as informações obtidas tanto nos estudos teóricos como nas entrevistas e no grupo focal subsidiaram os caminhos que foram sendo percorridos.

## **CAPÍTULO V – Resultados das entrevistas e grupo focal**

O material coletado no estudo exploratório, que consistiu de quatro entrevistas e um grupo focal, foi organizado e sistematizado para que se pudesse compreender, a partir de suas respostas, os processos executados na formulação dos PEEPs do Tocantins, até então, e os pontos de vista de alguns atores-chave sobre estes processos. Assim, este estudo teve como principal função a produção de insumos para a construção do plano de ação.

O tratamento deste material para que cumprisse sua função passou pelas seguintes etapas: transcrição literal de todas as respostas às entrevistas e do debate realizado no grupo focal, correções ortográficas e gramaticais, leitura e releitura dos textos transcritos, sistematização e organização das respostas em algumas categorias de trabalho.

Abaixo transcrevemos, por categoria, os resultados apresentados tanto nas entrevistas quanto no grupo focal.

### **1. Compreensão dos atores sobre a política/plano de Educ. Permanente (E.P.)** (Perguntas 1,2 e 3)

#### 1.1. Respostas das entrevistas:

- ✓ A política é o que institucionaliza;
- ✓ A política veio para tirar um pouco do paradigma da educação continuada;
- ✓ Conhece pouco sobre a política;
- ✓ Não temos uma política estadual de E.P. O que temos são fragmentos;
- ✓ A política ainda não esta consolidada como política;
- ✓ Tem a percepção que a política é maior que o plano, e que o plano é consequência da política;
- ✓ A política é maior que plano e que não é só planejar, mas também ofertar e regular;
- ✓ A política traz um pouco das diretrizes para que o plano seja elaborado, mas não estão bem ligados uns no outro;
- ✓ A política deveria ser trabalhada dentro e depois o plano;
- ✓ O plano é um pouco a parte da política e assim possui uma dicotomia,
- ✓ Há uma diferença muito grande entre política e plano;
- ✓ Entende a política como vontade do gestor

- ✓ A política tem que ser divulgada enquanto política pública;
- ✓ A política tem que sair do papel;
- ✓ Na prática é uma confusão do que é política e plano, por parte das pessoas que tem um grande conhecimento;
- ✓ Devemos trabalhar o plano como complementação da política;
- ✓ A política tem que ser discutida e levada nos lugares.

#### 1.2. Respostas do grupo focal:

- ✓ A política de E.P vem beneficiar as três esferas: união, estado e município;
- ✓ A política de E.P traz inovações;
- ✓ A política de E.P veio instituir o plano de E.P;
- ✓ A política veio nortear o trabalho da educação das instituições públicas, visando à capacitação desses profissionais que atuam no serviço público, fazendo a interação com ensino e serviço, assim propor soluções pedagógicas abordando os problemas e discutindo com a sociedade, e que essas políticas retornem em ações em prol da sociedade;
- ✓ Essa política surgiu das demandas dos trabalhadores;
- ✓ política visa corrigir as distorções nos serviços;
- ✓ A política de E.P que esta formando, qualificando e educando os profissionais de saúde no seu processo de trabalho;
- ✓ A política é a nosso favor, não só dos usuários, mas também dos servidores;
- ✓ A operacionalização se deu com visitas a alguns aos municípios com o propósito de sensibilizar para a importância da E.P para os servidores da saúde;
- ✓ Existe diferença entre a política e o plano, considerando que a política é o que norteia a E.P, e o plano é o que operacionaliza a políticas, o plano é feito anualmente;
- ✓ O plano executa a política. É renovar as ideias;
- ✓ A política independe de quem esta na gestão, já o plano tem alterações dependendo de quem esta no comando;
- ✓ A política não muda e plano é flexível;
- ✓ O plano não pode estar desvinculado da política;

## 2. A operacionalização da política no Estado (perguntas 2 e 4)

### 2.1. Respostas das entrevistas:

- ✓ A operacionalização da política é: incipiente, frágil, pois os atores não tem o entendimento da política;
- ✓ Os atores confundem os problemas de educação como os problemas de relacionamento entre as pessoas e os problemas de trabalho;
- ✓ É um desafio muito grande, mas tem caminhado um pouco mais;
- ✓ A operacionalização tem relação com a integração ensino serviço;
- ✓ A operacionalização é incipiente, e assim os cursos propostos não atendem as reais necessidades dos trabalhadores;
- ✓ O estado deixa a desejar;
- ✓ Está muito distante de concretizada e isso ocorre por falta de interesse dos próprios segmentos e por falta da formação;
- ✓ Os problemas da gestão e econômicos dificultam esse processo;
- ✓ O desejo de mudança do que se tem atualmente;
- ✓ Os municípios e os profissionais não se sentem contemplados dentro dos planos;
- ✓ Os planos são feitos baseados nos recursos e não nas necessidades;
- ✓ Temos inúmeras dificuldades e uma delas é não saber priorizar;
- ✓ A política deverá ser entendida por todos, pois a política não de uma pessoa física e sim de uma pessoa pública.

### 2.2. Respostas do grupo focal:

- ✓ O plano de ação regional de educação permanente faz parte da descentralização, porque atende as especificidades da região que possuem problemas distintos;
- ✓ A política é igual, só que a forma de responder aos problemas é diferente;
- ✓ Para a elaboração do plano de ação regional foi realizado um levantamento das demandas educativas ouvindo as especificidades dos municípios, envolvendo em alguns CGRS as instituições de ensino e universidades, através das CGRS;
- ✓ Nos municípios que possuem os NEPs aprofunda-se o conhecimento e falcita o processo de discussão e debate no CGRs.

**3. O processo de participação das instâncias (Como se dá e como eles compreendem) (perguntas 4 a 9).**

**3.1. Respostas das entrevistas:**

**a) FORMULAÇÃO**

- ✓ Houve momentos de buscar as demandas de capacitação nos municípios e que foi de forma coletiva mesmo sendo pequena;
- ✓ Não temos uma participação tão grande;
- ✓ A participação é pequena porque as pessoas não têm o entendimento da política;
- ✓ As parcerias estão mais para levar vantagens do que para discutir;
- ✓ A formulação da política é cartorial/administrativa, partindo do que tem fora (cursos) e com uma visão limitada, só do gestor, esquecendo de trabalhar as necessidades dos serviços;
- ✓ As necessidades são feitas a partir do gestor, sem trabalhar essa questão com os trabalhadores;
- ✓ Não se faz uma análise sobre a relevância dos projetos propostos, só encaminha os mesmos;
- ✓ A formulação é difícil e bastante técnica;
- ✓ Existe dentro da gestão pessoas bem capacitadas para esta formulação;
- ✓ A formulação não é divulgada e não há interação de quem está propondo, e as pessoas têm necessidade que isso aconteça
- ✓ A formulação não tem foco;
- ✓ No processo de formulação da política é necessária uma atitude de querer e explicitar isso nos planos;
- ✓ A formulação da política é para todos nós;

**b) PARTICIPAÇÃO:**

- ✓ As pessoas que participam da CIES são bem intencionadas, mas são fragilizadas pelo pouco entendimento do PEEP;
- ✓ As representações das CIR participantes não estão representando as comissões e sim seus municípios, assim não pensam no coletivo;

- ✓ Não teve tempo para participar e por estar iniciando não participou dos anteriores;
- ✓ A rotatividade das pessoas, principalmente dos conselheiros dificulta o entendimento e a participação.

c) REUNIÕES PARA O DEBATE:

- ✓ As reuniões são primordiais, mas não acontecem, devido o acúmulo de atribuições;
- ✓ Não houve tempo para realizar as reuniões e debater a política;
- ✓ Existem reuniões, mas só a título de informação para dizer o que está acontecendo;
- ✓ As reuniões são importantes e necessárias, mas a prioridade no momento é estruturar a rede assistencial.

3.2. Respostas do grupo focal:

a) REUNIÕES PARA O DEBATE:

- ✓ Alguns CGRs se reúnem para debater os assuntos da região;
- ✓ Que é um desafio articular e mobilizar os municípios;
- ✓ Não há reuniões para o debate da política.
- ✓ [As pautas das reuniões] são definidas a partir dos planos, não há proposta de pauta, fica esperando que surjam os assuntos;
- ✓ As pautas são elaboradas pelo planejamento da SES, e dando oportunidade para que os municípios possam também inserir suas necessidades;
- ✓ As pautas são feitas para elaborar os planos e ler as portarias e informar o que foi debatido na CIES e sobre os cursos que serão realizados para que compõem esta região municípios ;

b) ACOMPANHAMENTO DAS DELIBERAÇÕES DAS REUNIÕES

- ✓ Existe um acompanhamento das deliberações que necessitam de resoluções da CIB;
- ✓ Não houve outras necessidades de acompanhamento;
- ✓ É importante que haja o acompanhamento, só que por priorizarmos a execução das ações, faltam tempo e disposição para o acompanhamento.

- ✓ O acompanhamento é feito por funcionários do estado, que participam dessas reuniões;
- ✓ Quem participa da CIES sai levando.

#### 4. **Identificação das necessidades** (perguntas 10).

##### 4.1. Entrevistas e Grupo Focal

- ✓ Solicitando informações sobre a demanda das áreas técnicas da SES, municípios e colegiados e que essas necessidades fossem de acordo com os recursos alocados;
- ✓ Considerando que as áreas técnicas da SES fazem o M&A dos municípios pressupõem que estas áreas sabem as necessidades dos mesmos.
- ✓ A forma de identificação das necessidades são inadequadas, por não ter o tempo suficiente e não ser feito de forma mais coletiva;
- ✓ Anteriormente essas necessidades eram identificadas pelos gestores que detinham o conhecimento com outras entidades promotoras de cursos.
- ✓ As necessidades partem da visão do gestor, do que para ele é problema, sem ouvir os trabalhadores.

#### 5. **Definição das ações** (pergunta 11)

##### 5.1. Entrevistas e Grupo Focal

- ✓ As áreas técnicas fazem as propostas dos projetos, os mesmo não passam por uma análise e nem por avaliação, só como apresentação na CIES;
- ✓ Não é realizada uma pesquisa para definir as ações ou projetos para a política;

Ao organizar e sistematizar estas respostas, percebi que não há uma compreensão clara entre os atores do que é e do que se trata a PNEP e dos PEEP. Desta feita, o pouco conhecimento sobre esta política acarreta um baixo envolvimento dos atores nas atividades de participação da CIES e dos processos de formulação do PEEP.

À medida que as entrevistas e o grupo focal foram sendo realizados, foram sendo identificadas as ações necessárias, que compuseram do plano de ação.

## **CAPÍTULO VI - PLANO DE AÇÃO**

### **Objetivo - O QUE FAZER**

Institucionalizar e intervir nos processos de formulação de políticas, planejamento, financiamento, regulação, monitoramento e avaliação da Política Estadual de Educação Permanente da Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins.

### **Estratégias - COMO FAZER**

Fazer gestão é definir caminhos a serem trilhados. E, entendendo que essa gestão pode ser feita de várias maneiras diferentes, assim dentro dessas possibilidades e após os estudos teóricos para a dissertação, a opção escolhida foi de fazer a gestão participativa.

Neste sentido é fundamental que haja a participação dos atores. Nas palavras de Teixeira (2001, p. 27) participação significa: *“fazer parte, tomar parte, ser parte de um processo, de uma atividade pública de ações coletivas”*.

Dessa forma a centralidade da participação está em promover e desenvolver habilidades necessárias aos cidadãos. Segundo Pateman (1992), os cidadãos quanto mais fazem parte da vida pública mais preparados se tornam em fazê-lo.

### **Cronograma – QUANDO FAZER**

O desenvolvimento das ações propostas foi realizado no período de fevereiro de 2011 até os dias atuais.

### **Responsável - QUEM PARTICIPOU**

De acordo com as competências de cada setor da SETSUS, CIES e COSEMS. As atividades foram desenvolvidas em etapas de: elaboração, pactuação e divulgação e atos administrativos, entre todos os atores/servidores envolvidos nestes processos.

### **Recursos Necessários – COM QUE FAREMOS**

Os recursos financeiros utilizados foram dos PEEP dos exercícios anteriores.



**Quadro 6 - Demonstrativo das ações realizadas:**

<b>Eixo:</b> Formulação de políticas e planejamento						
	<b>Medida ou ação (O quê?)</b>	<b>Quando?</b>	<b>Onde?</b>	<b>Quem?</b>	<b>Como?</b>	<b>Posição?</b>
1)	Criação da Superintendência da Escola Tocantinense do Sistema Único de Saúde (SETSUS)	Março/2011	SES	Secretaria de Estado da saúde (SES) e Administração (SECAD)	Alteração da estrutura administrativa da SES, criando a superintendência;	- Lei N°. 2.434 de 31/03/2011 (Produto I) e Organograma da SETSUS (Produto II)
<b>Justificativa da ação:</b>						
<p>Com o novo cenário político do Estado muitas estruturas dos Órgãos do Poder Executivo foram redesenhadas, assim na SES não foi diferente. A convite do Secretário de Estado da Saúde, fui nomeada para o cargo de Presidente da ETSUS, que na época possuía natureza jurídica de Autarquia, (atos de nomeação – Produto III).</p> <p>Como na gestão anterior fazia parte da equipe técnica da DGES, Diretoria de natureza administrativa da estrutura da SES, identifiquei que havia paralelismo de ações e pouco envolvimento dos dois setores que possuíam a mesma temática de trabalho: Educação na Saúde. Entretanto, cada uma trabalhava com grupos diferentes, ou seja, a DGES tinha como público alvo os profissionais de nível superior e a ETSUS os profissionais de nível médio da saúde. A questão era que a ETSUS não fazia parte da estrutura da Secretaria, deste modo as atividades não se integravam ao conjunto de propostas/ soluções da SES. Então, em várias idas e vindas de discussões com o gestor da pasta, decidimos em consenso a junção das duas estruturas em uma Superintendência, fazendo parte da SES.</p>						

<b>Eixo:</b> Formulação de políticas e planejamento						
	<b>Medida ou ação (O quê?)</b>	<b>Quando?</b>	<b>Onde?</b>	<b>Quem?</b>	<b>Como?</b>	<b>Posição?</b>
2)	Revisão dos instrumentos de gestão (Programação Anual de Saúde – PAS, Plano Plurianual – PPA)	Abril/2011	SETSUS	Núcleo de Planejamento da SETSUS	Por meio de reuniões de consensos.	Instrumentos readequados (Produtos IV e V)
<p><b>Justificativa da ação:</b></p> <p>Os instrumentos de gestão são ferramentas de trabalho, dinâmicos e flexíveis que devem conter informações claras para quem se destinam. Além disso, possibilitam a compreensão dos principais problemas de saúde a serem enfrentados, quais as estratégias de solução e os resultados a serem alcançados.</p> <p>Rememore-se que houve uma fusão entre uma autarquia - ETSUS e uma Diretoria – DGES. As duas trabalhavam com formação e qualificação, mas, a dificuldade de integração era evidente. Trabalhava-se com um Plano Plurianual – PPA (2008/2011) onde as ações estavam desarticuladas umas das outras, uma vez que as Unidades Gestoras - UG eram distintas.</p> <p>Com a nova estrutura da SETSUS, todos os instrumentos de gestão tiveram que ser revisados e repactuados, a partir da coerência das duas estruturas, visando à integração dos processos de trabalho. As ações escolhidas evitavam que as mesmas acontecessem de forma paralela. Outra intenção é que estas ações fossem correlacionadas às necessidades das outras Superintendências da SES, onde estas propostas proporcionassem o trabalho integrado das equipes, a partir de objetivos comuns onde os níveis de escolaridade médio e superior fossem complementares um do outro.</p>						

<b>Eixo:</b> Formulação de políticas e planejamento						
	<b>Medida ou ação (O quê?)</b>	<b>Quando?</b>	<b>Onde?</b>	<b>Quem?</b>	<b>Como?</b>	<b>Posição?</b>
3)	Construir a missão, os valores e a visão de futuro da SETSUS	Abril/2011	SETSUS	Todas as Diretorias e Núcleos da SETSUS	De formar ascendente, em várias reuniões de consenso, finalizado com uma plenária final com todos os funcionários da SETSUS.	Missão, valores e visão de futuro construídos. (Produto VII)
<p><b>Justificativa da ação:</b></p> <p>Nas primeiras reuniões da SETSUS percebi as fragilidades dos processos de trabalho, bem como da insatisfação dos atores envolvidos, que foram realçadas com prefixos negativos: insuficiência, indefinição, deficiência, inexistência. Indefinição de competências, inexistência de fluxos (para solicitação de diárias/passagens aéreas, solicitação de material ao almoxarifado, elaboração de editais, certificação, pagamento de hora/aula, etc.), instrumentos não padronizados (folha de frequência de reuniões, memórias de reuniões, relatórios, dentre outros), pactuações informais. Destarte, junto com o N.P.A, tomamos a decisão de propor soluções para cada problema acima mencionado.</p> <p>Iniciando com a construção da missão, valores, visão de futuro e, no mês seguinte, as atribuições dos setores que compõem a SETSUS. <i>A priori</i>, as instituições públicas necessitam saber qual é o seu propósito de existir, de modo que os atores desta instituição reconheçam por que ela existe e o que ela faz. Já os valores falam das crenças compartilhadas de organização. É essencial que as instituições possuam as suas declarações de missão e valores, e que proporcionem para todos os envolvidos os aspectos norteadores, tanto para os gestores como para os usuários, instituindo assim senso de direção e oportunidade.</p>						

<b>Eixo:</b> Formulação de políticas e planejamento						
	<b>Medida ou ação (O quê?)</b>	<b>Quando?</b>	<b>Onde?</b>	<b>Quem?</b>	<b>Como?</b>	<b>Posição?</b>
4)	Definição das competências e atribuições dos departamentos da (SETSUS)	Julho/2011	SETSUS	Todas as Diretorias, Coordenações e Núcleos da (SETSUS)	No movimento ascendente as reuniões aconteceram por Núcleos, Coordenações e Diretorias, finalizadas em plenárias.	Produto VII
<p><b>Justificativa da ação:</b></p> <p>Considerando a revisão da missão e dos valores, percebeu-se a necessidade de construir as atribuições dos setores. De forma ascendente, dos Núcleos para a Diretoria com uma plenária final com toda a Superintendência e com assessoramento do NPA em todas as etapas. Sucederam-se reuniões com as Coordenações e Núcleos no sentido de conhecer as equipes; refletir sobre as especificidades de cada um e em como essas se imbricariam no todo; resgatar, desconstruir e reconstruir suas atribuições; refletir e elaborar a Missão sempre lembrando as funções gestoras do SUS; e, salientando a necessidade e importância da educação permanente do grupo, pactuar uma agenda interna.</p> <p>As atribuições foram consolidadas. Verificou-se que ter ciência de seu papel era importante, mas, saber quais competências: conhecimentos, habilidades e atitudes eram necessárias para o desempenho dessa função eram primordiais. Iniciaram-se novas reflexões e discussões do tipo “bottom-up” denominadas Oficinas do CHA para elaborar as Competências: Conhecimentos (C), Habilidades (H) e Atitudes (A).</p>						

<b>Eixo:</b> Formulação de políticas e planejamento						
	<b>Medida ou ação (O quê)</b>	<b>Quando</b>	<b>Onde</b>	<b>Quem</b>	<b>Como</b>	<b>Posição</b>
5)	Reativar a Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES)	Agosto/2011	SETSUS	Todos os componentes da CIES	Reuniões dos membros de forma sistemática e com pauta definida.	Calendário (Produto X)
<p><b>Justificativa da ação:</b></p> <p>De acordo com a Portaria GM/MS/Nº. 1996/2007, a condução da política de Educação Permanente se dá pela Comissão Intergestores Regional – CIR e pela Comissão de Integração Ensino-Serviço – CIES/CIB-TO.</p> <p>Entretanto, uma situação ainda não resolvida desde abril, mas, constante objeto de diálogo: a reativação da CIES/CIB-TO. Já era junho e nenhuma reunião havia sido realizada.</p> <p>O primeiro passo foi elaborar uma Nota de Esclarecimento (Produto IX) sobre a situação encontrada no que se referia à execução dos Planos de Educação Permanente e publicizar no Conselho Estadual de Saúde - CES, no Conselho de Secretários Municipais – COSEMS, na Comissão Intergestores Bipartite – CIB e nas reuniões das Comissões Intergestores Regionais – CIR.</p> <p>Os esforços foram, então, voltados para a CIES. Após resgate das atas, dos documentos com nomes dos componentes, confirmação dos membros e contatos para convites, realizou-se em 10 de agosto de 2011, uma reunião extraordinária, uma vez que não havia sido consensuado calendário para aquele ano. A partir de então, estabeleceu-se o calendário e foram realizadas mais 03 (três) reuniões ordinárias em 2011. (Atas – Produto XI).</p>						

<b>Eixo:</b> Formulação de políticas e planejamento						
	<b>Medida ou ação (O quê)</b>	<b>Quando</b>	<b>Onde</b>	<b>Quem</b>	<b>Como</b>	<b>Posição</b>
6)	Elaboração do Regimento interno da CIES e Nota de Esclarecimento	Setembro/2011 e novembro /2011	SETSUS	NPA e todos os componentes da CIES	Apresentado e consensuado de uma proposta de regimento interno pelo NPA para os componentes da CIES, e homologado pela CIB.	Produtos XII e IX.
<p><b>Justificativa da ação:</b></p> <p>O resgate histórico nos mostra que a CIES/CIB-TO já existia desde 2008, conforme Resolução Nº 53, de 11 de julho de 2008. Entretanto, ainda não contava com Regimento Interno, tendo apenas uma minuta elaborada pela gestão anterior, que não contemplava todo o escopo da CIES. Em agosto de 2011, um Grupo de Trabalho (GT) foi composto por representantes da gestão da SESAU e representante do Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS-TO com vistas à elaboração do instrumento, a partir da supracitada minuta e também com base no Regimento Interno da CIES do Estado de Minas Gerais.</p> <p>Na reunião ordinária da CIES/CIB-TO realizada 21/09/2011 o Regimento Interno (Produto XIII) foi apresentado e consensuado, sendo posteriormente homologado em reunião ordinária da CIB-TO em novembro de 2011. O instrumento, além de estabelecer as normas, competências e procedimentos da CIES/CIB-TO, também legitimou a inclusão de mais representantes: o Conselho Estadual de Educação do Tocantins - CEE-TO; o Sindicato dos Trabalhadores da Saúde do Tocantins - SINTRAS; e, o Conselho Estadual de Ciência e Tecnologia do Tocantins.</p>						

Pactou-se em reunião ordinária, o Calendário 2012 (Produto XI), sendo que alternadamente, a cada dois meses cada CIR realizará uma reunião ordinária da CIES em seu município-sede. Ou seja, mês sim, mês não, a reunião será realizada de forma centralizada em Palmas.

**Eixo:** Formulação de políticas e planejamento

	<b>Medida ou ação (O quê)</b>	<b>Quando</b>	<b>Onde</b>	<b>Quem</b>	<b>Como</b>	<b>Posição</b>
7)	Elaboração do Plano de Educação Permanente ano 2011.	Setembro / 2011 e novembro / 2011	SETSUS	NPA e todos os componentes da CIES e superintendências da SES	Apresentado e consensuado a proposta do Plano de Educação permanente ano 2012 pelo NPA para os componentes da CIES, e homologado pela CIB.	Produto XIII

**Justificativa da ação:**

Em setembro de 2011. Havia acontecido uma única reunião da CIES. Fora publicada a Portaria GM/MS/Nº. 2.200 em 14 de setembro de 2011, com valores de R\$ 3.076.589,96 (Três milhões, setenta e seis mil, quinhentos e oitenta e nove reais e noventa e seis centavos), para a elaboração do PEEP–TO 2011. Optou-se pelo emprego dos projetos elaborados e não contemplados no PEEP–TO 2010, uma vez que se tratava de um produto legítimo, elaborado coletivamente. Assim, os projetos apresentados e não priorizados em 2010 foram resgatados. Solicitou-se às áreas técnicas responsáveis, a revisão dos projetos, no sentido de reavaliação das metas propostas, da factibilidade e da coerência com a necessidade atual.

O resultado deste trabalho de revisão e elaboração de novas propostas foi apresentado e consensuado em reunião da CIES/CIB-TO, em reunião ordinária realizada nos dias 20 e 21 de setembro de 2011. As propostas foram agrupadas por eixos e subeixos, e ancoradas no objetivo resultante da última análise das Funções Essenciais da Saúde Pública – FESP, em oficina de fortalecimento. A saber: implementar a qualificação, capacitação e educação permanente da força de trabalho em saúde no Estado:

- Eixo I. Educação Permanente: Subeixo - Fortalecimento da Educação Permanente;
- Eixo II. Atenção Primária: Subeixos - Saúde Bucal, Ciclos da Vida e Doenças Crônico-Degenerativas;
- Eixo III. Atenção da Média e Alta Complexidade: Subeixos: Saúde Mental, Urgências e Emergências;
- Eixo IV. Gestão da Atenção à Saúde: Subeixo: Controle e Avaliação; e,
- Eixo V. Gestão: Subeixos: Gestão Administrativa e Gestão das Políticas do SUS.

Em março de 2012, o recurso foi repassado fundo a fundo.

**Eixo: Formulação de políticas e planejamento**

	<b>Medida ou ação (O quê)</b>	<b>Quando</b>	<b>Onde</b>	<b>Quem</b>	<b>Como</b>	<b>Posição</b>
8)	Delineamento dos Planos de Ação Regional de Educação Permanente (PAREPS) 2012	Outubro/2011 a março de 2012	SETSUS	NPA e todos os componentes da CIES/Coordenação de Ciência e Tecnologia (CCTI) da SETSUS	- Várias atividades foram desenvolvidas, segue descrição abaixo.	Produto XV

**Justificativa da ação:**

Como não houve tempo hábil para a elaboração do PEEP 2011, pensou-se que para o de 2012 o tempo não seria o



problema ou justificativa. Assim iniciou-se o delineamento do PAREPS – Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde que subsidiaria a elaboração do PEEP e do PROFAPS 2012.

Vale salientar que na ocasião era também momento de elaboração da LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias – e da LOA - Lei Orçamentária Anual 2012. E, mais ainda, do PPA – Plano Plurianual 2012-2015.

No que se refere ao PAREPS, foi necessário reestudar a Portaria GM/MS/Nº. 1996/2007 e o Decreto Presidencial Nº. 7508/2011. Revisar no parágrafo 1º, do Artigo 2º o papel elaborador do PAREPS pelas CIR (antes CGR – Colegiado de Gestão Regional). Entendeu-se que a função da SETSUS seria subsidiá-las com conhecimentos para que a diretriz de considerar as especificidades locais com vistas a superar as desigualdades fosse efetiva. Para tanto, foram elencadas atividades, responsáveis e prazos, conforme Quadro I.

Formulou-se a seguinte proposta:

- Elaborar material didático;
- Elaborar material didático sobre a PNEPS – Portaria GM/MS/Nº. 1996/2007 para apresentação na Reunião Ordinária da CIES em dezembro/2011.
- Verificar experiências de elaboração do PAREPS em outros Estados.
- Elaborar com base em informações fidedignas a análise situacional demográfica, epidemiológica e de cobertura de serviços, por município, por região e o panorama estadual. Coordenação de Ciência, Tecnologia e Inovação (CCTI)/Núcleo de Integração Ensino-serviço (NIES)
- Elaborar agenda com processos educacionais em saúde a serem ofertados em 2011.
- Elaborar um portfólio dos processos educacionais em saúde, de acordo com PNEPS, considerando a competência de cada ente de gestão: municipal, estadual e responsabilidade sanitária elencada no termo de Compromisso de Gestão (Pacto pela Saúde).
- Definir junto com CIES os critérios para elaboração de projetos para PAREPS, bem como a alocação de recursos financeiros.

- Para definição dos critérios, basear-se nos documentos: PNEPS; PNH; Relatório Final da Conferência Estadual de Saúde; Relatório Final do Fórum de EP de 2010;
- Elaborar planilha de valores de um processo educacional em saúde com carga horária de 40h (NPA e DEP);
- Elaborar formulário digital para levantamento das demandas educacionais.

**Eixo:** Formulação de políticas e planejamento

	<b>Medida ou ação (O quê)</b>	<b>Quando</b>	<b>Onde</b>	<b>Quem</b>	<b>Como</b>	<b>Posição</b>
9)	Elaboração dos critérios para descentralização dos recursos financeiros para os municípios	Março de 2012	SETSUS	NPA e todos os componentes da CIES	Após vários estudos a Superintendência juntamente com o NPA, apresentou uma proposta e após o debate a mesma foi condensada pelos componentes da CIES, e homologada pela CIB, este critérios visam à descentralização dos recursos financeiros para os municípios através de projetos.	Produto XVI

**Justificativa da ação:**

Entendendo que a descentralização faz parte da implementação do SUS, faz-se necessário descentralizar os recursos financeiros para os municípios, com critérios. A minuta dos critérios foi elaborada em consonância com quase todos os documentos previstos, exceto o Relatório Final da Conferência Estadual de Saúde que não ficou pronto e nem foi apresentado em plenária do CES e, portanto, não era legítimo. Os demais documentos foram consultados. Preparou-se uma minuta de critérios para elaboração dos projetos e alocação de recursos para PAREPS que foi apresentada à CIES/CIB-TO na primeira reunião ordinária de 2012.

<b>Eixo:</b> Formulação de políticas e planejamento						
	<b>Medida ou ação (O quê)</b>	<b>Quando</b>	<b>Onde</b>	<b>Quem</b>	<b>Como</b>	<b>Posição</b>
10	Oficinas para construção do PAREPS e formulário de demandas educacionais	Fevereiro de 2012	SETSUS	NPA, todos os componentes da CIES/Coordenação de Ciência e Tecnologia (CCTI) da SETSUS	<p>Por meio de uma oficina prévia para alinhamento conceitual, internamente para os servidores da SETSUS.</p> <p>Muitos servidores inscreveram, mas poucos se identificaram com o tema. Dentro do universo dos que se identificaram, um grupo foi indicado pela Superintendente para facilitar as oficinas nas CIRs.</p> <p>A oficina prévia interna inicialmente foi conduzida pela Superintendente e o NPA e depois pelo CCTI e NIES, com falas respectivamente sobre EP e gestão compartilhada, análise situacional dos municípios, CIRs e Estado.</p>	Produto XV
<p><b>Justificativa da ação:</b></p> <p>Identificou-se a necessidade de uma equipe de apoiadores para subsidiar as CIRs na construção do PAREPS. Assim, elaborou-se um tutorial sobre os critérios para os facilitadores, uma sequência de atividades e um passo a passo para a elaboração dos projetos nas CIRs, sendo utilizado o modelo de projeto que consta no Manual de Processos Educacionais em Saúde elaborado</p>						

em conformidade com a Portaria GM/MS/Nº. 1996/2007.

Desta forma, a iniciativa foi fazer levantamentos das demandas educativas para os trabalhadores municipais e estaduais.

Foi elaborado um questionário (PRODUTO XVIII) com questões relevantes sobre necessidades de Educação Permanente em Saúde para o público alvo citado, este formulário foi criado na plataforma FORMSUS do site do DATASUS que é um serviço do DATASUS para a criação de formulários na WEB, que oportuniza relatórios fidedignos, de acordo com filtros pré-estabelecidos

Os documentos foram elaborados. E, portanto, para as oficinas nas CIRs os facilitadores apresentaram os seguintes documentos:

1. Portfólio (ou cardápio) de cursos, por categoria profissional e competências dos serviços. (PRODUTO XIX);
2. Instrumento de pactuação entre municípios (posteriormente, na mesma reunião da CIB onde os critérios PAREPS foram homologados, foi também homologado o Documento CONSENSO CIR que atenderá esta necessidade); e
3. Documento de pactuação entre município/CIR e área técnica da SESAU;

A partir deste momento vislumbrou-se um cronograma inicial:

1. Consenso dos critérios na CIES – Março;
2. Homologação dos critérios na CIB – Março;
3. Oficinas nas CIRs e da SES para o levantamento das demandas educativas e acesso para atores municipais e estaduais propusessem projetos para composição dos PEEP e PROFAPS – Março/Abril;
4. Elaboração dos projetos pelas CIRs e da SES – Abril/Maio;
5. Revisão dos projetos pela SETSUS – Maio/Junho;
6. Elaboração do PROFAPS – Julho/Agosto;
7. Elaboração do PEEP – Agosto/Setembro.

<b>Eixo: Regulação</b>						
	<b>Medida ou ação (O quê)</b>	<b>Quando</b>	<b>Onde</b>	<b>Quem</b>	<b>Como</b>	<b>Posição</b>
1	Instituir ato administrativo que regulamentasse a indenização de instrutoria.	Agosto/2011	SETSUS	DGES, Jurídico e NPA	Por meio de reuniões de consensos, entre a SETSUS e todas as superintendências apoiados pelo setor jurídico.	Produto XX
<p><b>Justificativa da ação:</b></p> <p>Na execução dos processos educacionais em saúde, a questão do pagamento de hora/aula era polêmica. Como a autarquia tinha autonomia administrativa e financeira, caso diferente da DGES, havia uma incongruência nesse quesito na nova Superintendência. E era necessário chegar a um ponto comum.</p> <p>Para tanto, no exercício de sua função reguladora, a SETSUS com base na Lei Estadual N°. 1.441, de 11 de março de 2004 que instituiu a indenização de instrutoria, e por meio da Assessoria Jurídica da SESAU e junto aos órgãos competentes, (Secretaria de Administração, Secretaria do Planejamento e Casa Civil), elaborou e em agosto de 2011 foi publicada a Portaria SESAU N°. 533 que trata da Remuneração por Instrutoria.</p>						
2	Criação do Comitê de Regulação de Processos Educacionais e	Novembro / 2011	SETSUS	NPA e SECRETARIA ACADEMICA	Em reunião interna decidiu-se por duas frentes de trabalho, que foram assim formadas: uma que pensasse em um modelo de Colegiado que fosse multidisciplinar, multiprofissional,	Produto XX

	Elaboração do Manual de Processos Educacionais				consultivo e deliberativo que analisasse os projetos de processos educacionais em sua completude e no sentido de proposições que reflitam em mudanças nos indicadores de saúde. E, para além, outra baseada em normativas, verificar a possibilidade de o processo educacional ser certificado e de haver pagamento de hora/aula. Neste sentido, foi estabelecido o Comitê de Regulação de Processos Educacionais em Saúde – CREPES.	
<p><b>Justificativa da ação:</b></p> <p>Outro ponto controverso era a certificação. A unificação das Secretarias Acadêmicas da ETSUS e DGES, com públicos diferentes, exigia uma atitude estratégica.</p> <p>Assim o CREPES foi constituído a partir de janeiro de 2012, com o objetivo de que todo processo educacional que requeresse certificação da SETSUS deveria submeter seu projeto ao CREPES.</p> <p>A outra frente de trabalho estruturou um Manual de Processos Educacionais em Saúde, estruturado em 04 (quatro) capítulos: Capítulo I – Diretrizes do CREPES; Capítulo II – Fluxo para operacionalização dos Processos Seletivos; Capítulo III – Orientações Gerais e Fluxo para Certificação de Processos educacionais em saúde; e Capítulo IV: Fluxo para pagamento de hora/aula dos Servidores Públicos. (PRODUTO XX)</p>						

<b>Eixo:</b> Avaliação e Monitoramento						
	<b>Medida ou ação (O quê)</b>	<b>Quando</b>	<b>Onde</b>	<b>Quem</b>	<b>Como</b>	<b>Posição</b>
1	Elaboração de Instrumento para acompanhar os processo educacionais	Janeiro/2012	SETSUS	NPA/NAF	No sentido de um acompanhamento de todas as atividades referentes a um Processo Educacional em Saúde, foi elaborada uma planilha do tipo <i>check-list</i> , onde consta desde a etapa de elaboração do Projeto de Processo Educacional em Saúde, até o processo de pagamento de hora/aula.	Produto XXI
<p><b>Justificativa da ação:</b></p> <p>Sendo uma das funções da gestão monitorar e avaliar as suas ações e recursos financeiros de modo sistemático, e que todos os envolvidos tivessem acesso a estas informações, para que todos pudessem gerenciá-las, foi elaborado um instrumento com esta finalidade (Produto XXI).</p>						
2	Elaboração de planilhas de acompanhamento	Janeiro/2012	SETSUS	NPA/NFA	Proposta em reuniões sistemáticas da Superintendência, o NPA desenvolveu planilhas de acompanhamento da elaboração	Produto XXII

<b>Eixo:</b> Avaliação e Monitoramento						
	<b>Medida ou ação (O quê)</b>	<b>Quando</b>	<b>Onde</b>	<b>Quem</b>	<b>Como</b>	<b>Posição</b>
	dos recursos financeiros				dos Termos de Referência, dos Processos, dos recursos dos PEEP.	
<b>Justificativa da ação:</b> Padronizar um instrumento que facilitasse o acompanhamento dos processos e recursos financeiros.						



## CAPÍTULO VII - PRODUTOS

A finalidade dos produtos é estabelecer os requisitos necessários à obtenção da qualidade requerida pelas instituições, propondo soluções para problemas repetitivos, aumentando resolubilidades e reduzindo os paralelismos e deficiências das ações.

Os produtos foram construídos a partir das necessidades identificadas no desenvolvimento do estudo (Plano de Ação), e das análises do processo de trabalho da SETSUS.

Constituem-se como Leis, portarias e instrumentos de gestão como, por exemplo, o Plano PluriAnual (PPA), Programação Anual, normatização dos processos de trabalho da SETSUS, Regimento Interno da CIES, Planos de Educação Permanente, formulários, portfólio e tutorais.

Estes produtos, listados abaixo e apresentados no volume II desta dissertação, proporcionaram a estruturação da SETSUS, bem como a implementação da Política Nacional de Educação Permanente e conseqüentemente a reformulação dos PEEPs e PROFAPS.

Lista dos produtos que constam no volume II dessa dissertação:

- **Eixo: Formulação de Políticas e Planejamento:**
- ✓ Lei N<sup>o</sup>. 2.434/2011 e Organograma SES/TO;
- ✓ Atos de nomeação;
- ✓ Plano PluriAnual – PPA 2008/2011;
- ✓ Programação Anual de Saúde – PAS – DGES 2008;
- ✓ Missão e Valores;
- ✓ Competências e Atribuições;
- ✓ Instrumentos da Comissão de Integração, Ensino-Serviço – CIES;
- ✓ Nota de Esclarecimento N<sup>o</sup>. 001/2011;
- ✓ Calendário da CIES;
- ✓ Atas das Reuniões da CIES;
- ✓ Regimento Interno da CIES;
- ✓ Plano de Educação Permanente em Saúde – PEEP / TO 2011;

- ✓ Plano de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde – PROFAPS / TO 2011;
- ✓ Instrumento de Orientação para as Oficinas PAREPS (CIR e SES);
- ✓ Critérios para alocação dos Recursos Financeiros para os municípios;
- ✓ Resolução da CIB aprovando os critérios;
- ✓ Questionário do FormSUS;
- ✓ Portfolio (catalogo) de cursos.
  
- **Eixo: Regulação:**
  - ✓ Manual de Processos Educacionais em Saúde, com as Portarias de Instrutoria e de Instituição do CREPES.
  
- **Eixo: Monitoramento e Avaliação:**
  - ✓ Check-list;
  - ✓ Planilha de acompanhamento dos Recursos Financeiros.

## CAPÍTULO VIII - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A contribuição principal deste Projeto foi produzir insumos que permitissem mudanças no processo decisório e na forma de gestão da política de educação Permanente no Tocantins. Ao longo de todo o processo, buscou-se questões e elementos que se mostraram relevantes para desenvolver um plano de ação, baseado nas diretrizes da PNEPS e no debate com as instâncias participativas, que conduziu avanços importantes na formulação e implementação desta Política no estado.

Neste caminhar, foi possível confirmar o primeiro e o segundo pressupostos apresentados, o terceiro não houve tempo suficiente durante o estudo para analisá-lo.

Neste sentido afirma-se que o debate da PNEPS é fundamental para a qualificação e participação das instâncias participativas, bem como a corresponsabilidade dos atores envolvidos.

Em relação ao segundo pressuposto, verificou-se que quando oferta-se o acesso aos municípios, através das CIRs, ao planejamento e à construção do PAREPS, e quando este trabalho ocorre subsidiado pelas necessidades locais, indicadores de saúde, competências dos serviços e trabalhadores do SUS e nas responsabilidades sanitárias municipais e estaduais, as estratégias propostas na composição dos PEEPs e PROFAPS tendem a se apresentarem mais coerentes. Ou seja, dialogam com as necessidades de saúde representadas no Plano Estadual de Saúde.

No que diz respeito às limitações deste estudo, reconheço que existem muitas fragilidades a serem dirimidas. Porém, dois elementos podem ser apontados como potencializadores destas limitações: (1) o fato de estar implementando uma política pública recente e pouco conhecida pela maioria dos trabalhadores e gestores, que tem como objetivo de trabalho resolver questões antigas e complexas, do despreparo dos trabalhadores de saúde para lidar com importantes questões da saúde da população; e (2) a carência de estudos, a nível nacional, sobre a gestão da educação permanente. Os estudos encontrados dispõem sobre as questões do âmbito pedagógico, voltadas às metodologias a serem aplicadas nos cursos.

Uma das fragilidades nesta implementação da política estadual da educação permanente, que precisa ser apontada, é a avaliação dos cursos executados. Tendo em mente a perspectiva do ciclo da política, percebo que as ações propostas no plano de ação estão, na sua maioria, concentradas nos eixos da formulação e implementação, necessitando que haja acréscimos no eixo da avaliação.

Destarte, no exercício da função gestora, apresento a fala da Gestora em Saúde, Márcia Valéria: “*É imperativo que a letra não seja morta*”. Assim busquei fazer: ampliei e recorri aos conhecimentos que adquiri nos espaços ofertados pelo mestrado profissional – aulas, orientações para construção da dissertação, entre outros –; e, entendendo que queria muito mais que um título deste meu processo de aprendizagem, propus mudanças que fizessem sentido e envolvessem os gestores municipais e estaduais, juntamente com as instâncias participativas.

Desta forma, o projeto de dissertação que se iniciou como uma proposta de pesquisa com o objetivo de analisar atores, cenários e propor recomendações foi mais além, tornando-se um plano de ações que alterou quase todos os processos de trabalho desenvolvidos na SETSUS.

Desse modo, percebi que os processos de trabalho devem se organizar pelo planejamento e pelo debate, visando à efetivação das políticas públicas na direção da transformação. Para isso, as decisões devem ser norteadas pelo conhecimento. Nesta perspectiva, faz-se necessário que os planos se transformem em resultados, que sejam respostas às questões identificadas no planejamento.

Propor e promover um ambiente favorável, reconhecendo as “janelas de oportunidades” para implementação das mudanças, significa avançar para crescer e efetivar a política.

Em linhas gerais, o objetivo do estudo foi plenamente alcançado, originando 22 produtos que ainda devem possibilitar a construção de outros. Sendo assim, perseguirei sempre a visão da SETSUS, que é ser reconhecida pela excelência nos processos educacionais e de pesquisa no âmbito da saúde no Estado do Tocantins, alicerçada nos valores da ética, solidariedade, compromisso, eficiência e proatividade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A. **Sobre Política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas)**. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. In: (Ed.). Caminhos para análise das políticas de saúde, 2011.

BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. **A ideia de ciclo na análise de políticas públicas**. In: (Ed.). Caminhos para análise das políticas de saúde, 2011. p.52-91.

BRASIL. **I Conferência Nacional de Recursos Humanos Para a Saúde**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde MS/Secretaria de Recursos Humanos, 1986a.

\_\_\_\_\_. **VI Conferência Nacional de Saúde**. Conselho Nacional de Saúde. 1977.

\_\_\_\_\_. **VII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 1980.

\_\_\_\_\_. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 1986b.

\_\_\_\_\_. **X Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 1996.

\_\_\_\_\_. **XI Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. **Constituição Federal**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990.

\_\_\_\_\_. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde 2002.

\_\_\_\_\_. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde - Polos de Educação Permanente em Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde 2003a.

\_\_\_\_\_. **Resolução Nº 330:** Conselho Nacional de Saúde 2003b.

\_\_\_\_\_. **Resolução Nº 335:** Conselho Nacional de Saúde 2003c.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 198/GM/MS.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde 2004.

\_\_\_\_\_. **Documento Base. 3ª Conferência Nacional De Gestão Do Trabalho e Da Educação na Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2005b.

\_\_\_\_\_. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS).** Brasília, Distrito Federal, Brasil 2005c.

\_\_\_\_\_. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo.** In: (Ed.). Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. p. 300 p. ISBN ISBN 85-334-1238-X.

\_\_\_\_\_. **Caderno RH Saúde: SGTES/Ministério da Saúde.** 3: 188 p. 2006b.

\_\_\_\_\_. **Para entender o Pacto pela Saúde: Conselho de Secretários Estaduais de Saúde.** 2006c.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 399/GM/MS.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006- Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2006d.

\_\_\_\_\_. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-**

**SUS).** Brasília, DF: Brasil 2005.

\_\_\_\_\_. **Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão:** Ministério da Saúde, 2006e.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1996/GM/MS.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. **Curso de Especialização em Gestão em Enfermagem - Modalidade a Distância.** São Paulo: Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, 2009.

\_\_\_\_\_. **Contagem Populacional: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010a.

\_\_\_\_\_. **Plano Estadual de Saúde - Tocantins:** SES/TO, 2010b.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos.** 3. Hucitec, São Paulo, 2007.

CAPELLA, A. C. **Perspectivas Teóricas sobre o Processo de Formulação de Políticas Públicas.** BIB, São Paulo, v. 61, p. 27, 2006.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L., C, M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.** Rev. Saúde Coletiva, v. 14, n. 1, p. 24, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. **Avaliando a institucionalização da avaliação,** 2006.

CRUZ, M. M. **Avaliação de Políticas e Programas de Saúde: contribuições para o debate.** 2011.

CUNHA, I. S. **Educação permanente em saúde e planejamento estratégico situacional: o caso da Secretaria Estadual do Piauí.** Rio de Janeiro: 102 p. 2009.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Participação Social. In: (Ed.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil** (Giovanella, Escorel, Lobato, Noronha, Carvalho, orgs) Editora Fiocruz, 2008.

FRANZESE, C. **Administração Pública em contexto de mudança: desafios para o gestor de políticas públicas.** In: HUCITEC (Ed.), 2011. p.19-53.

FREY, K. **Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil.** 1997.

GELINSKI, C. R. O. G.; SEIBEL, E. J. **Formulação de políticas públicas: questões metodológicas relevantes.** EDUFSC. Revista de ciências humanas. 42: 227-240 p. 2008.

KINGDON, J. W. **Agendas, alternatives, and public policies.** 2<sup>a</sup>. New York: HarperCollins College, 1995. ISBN 0-673-52389-6.

LABRA, M. E. **Política, Processo Decisório e Informação.** ENSP/FIOCRUZ 2002.

LOPES, S. R. S. et al. **Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde.** Com. Ciências Saúde, v. 18, n. 2, p. 9, 2007. Disponível em: < [http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol18\\_2art06.pdf](http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol18_2art06.pdf) >. Acesso em: 13/04/2011.

LUCHESE, P. T. R. **Política Pública em saúde.** PÚBLICA, B. V. E. S. 2004.

LUCHMANN, L. H. H. **Os sentidos e desafios da participação.** I: Red de Revista Cientificas de América Latina y el caribe, Espanha y Portuga. 42(6): 19-26 p. 2006.



MATUS, C. **O Plano como aposta. São Paulo em perspectiva**, v. 5, n. (4), p. 14, 1991. Disponível em: < [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano\\_como\\_aposta-matus.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano_como_aposta-matus.pdf) >.

MINAYO, M. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª Edição. São Paulo: Hucitec, 2010.

NETO, O. C. et al. **Grupos focais e pesquisa social: O debate orientado como técnica de investigação**: FIOCRUZ 2010.

NORONHA, A. B. **Governo chama sociedade para discutir os rumos da saúde: RADIS**. FIOCRUZ 2003a.

\_\_\_\_\_. **Governo chama sociedade para discutir os rumos da saúde**. 2003b.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: (Ed.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil** (Giovannella, Escorel, Lobato, Noronha, Carvalho, orgs): Editora Fiocruz, 2008.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. Educação Permanente em Saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2: 162-166 p. 2008a.

\_\_\_\_\_. Educação Permanente em Saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2: 162-166 p. 2008b.

PINTO, I. C. M.; TEXEIRA, C. F. **Formulação da política de gestão do trabalho e educação na saúde: o caso da secretaria estadual de saúde da Bahia**. Brasil, 2007-2008.: Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 27(9): 1777-1788 p. 2011.

ROCHA, R. **A gestão descentralizada e participativa das políticas públicas no Brasil**: Revista Pós Ciências Sociais. 1 2009.

SILVA, C. C. **Política de Formação de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: Reflexões a cerca de seus antecedentes políticos e sociais.**

SILVA, P. L. B.; MELO, M. A. B. **O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos.** NEPP/UNICAMP 2000.

SOUZA, C. **Políticas públicas: uma revisão da literatura: 20-45 p.** 2006.

TREVISAN, A. P.; BELLEN, H. M. V. **Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção.** 2008.

**ANEXOS**

## ANEXO 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Entrevista)

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “Educação permanente: da política nacional à construção dos planos estaduais de saúde”, desenvolvida pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz. (ENSP/FIOCRUZ).

O objetivo geral da pesquisa é produzir subsídios para a elaboração de futuros planos estaduais de educação permanente do Tocantins coerente com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Sua colaboração nesta pesquisa consistirá em conceder entrevista. A sua seleção se deve à sua inserção em uma das instâncias participativas que integram esse processo de formulação da política e sua participação trará uma imensa contribuição para o bom desenvolvimento do estudo. Porém, não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar.

A entrevista será gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. Entretanto, ela não será disponibilizada e você pode solicitar à pesquisadora que interrompa a gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista. A gravação será mantida em poder da pesquisadora por 05 anos e depois apagada.

Solicitamos que assinale a(s) opção(ões) abaixo que considerar pertinente(s), relativa(s) à autorização das condições de uso do seu depoimento para fins da pesquisa científica.

Esclarecemos que as informações obtidas por meio da sua entrevista serão processadas e analisadas em conjunto com as demais entrevistas e material de outras fontes de pesquisa e que os resultados da análise são de responsabilidade dos pesquisadores; que citações diretas de falas, que permitam sua identificação por intermédio do seu papel/função institucional no processo das políticas, serão evitadas. Porém, caso você autorize e seja necessário para a compreensão da conjuntura, seu papel/função poderá ser identificado.

- ( ) Autorizo que minha função institucional conste em uma listagem geral de entrevistados.  
 ( ) Autorizo que minha função institucional seja vinculada às informações por mim fornecidas.  
 ( ) Solicito que meus dados pessoais sejam mantidos em completo sigilo. Você receberá uma cópia deste termo onde constam os dados da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP para que possa tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação a qualquer momento.

*Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP:*

Tel. e Fax: (0XX) 21- 2598-2863

E-mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

<http://www.enasp.fiocruz.br/etica>

Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRUZ

Av. Leopoldo Bulhões, 1480 – térreo

Manguinhos, Rio de Janeiro – RJ

CEP: 21041-210

Linvalda Rodrigues Henriques de Araújo

606 Sul, Alameda Portinari, APM 07

Palmas- Tocantins

CEP: 77022-062

Escola Técnica de Saúde- ETSUS

E-mail: [etsus@saude.to.gov.br](mailto:etsus@saude.to.gov.br)

Tel.: (63) 3218 6290

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

\_\_\_\_\_  
 (Nome do entrevistado)

## ANEXO 2- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Grupo Focal)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Educação permanente: da política nacional à construção dos planos estaduais de saúde”, desenvolvida pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz. (ENSP/FIOCRUZ).

O objetivo geral da pesquisa é produzir subsídios para a elaboração de futuros Planos Estaduais de Educação Permanente do Tocantins coerentes com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Este convite se deve à sua representatividade no colegiado regional, que é uma das instâncias participativas que integram o processo da política de educação permanente e sua colaboração nesta pesquisa consiste em participar de um grupo focal com outros representantes dos colegiados gestores regionais. Sua participação trará uma imensa contribuição para o bom desenvolvimento do estudo, porém, não é obrigatória, e a qualquer momento pode ser interrompida.

O debate do grupo focal será gravado para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. Contudo, a gravação não será disponibilizada e será utilizada apenas para fins da pesquisa. Esclarecemos que as informações obtidas por meio do grupo focal serão processadas e analisadas em conjunto com as entrevistas e material de outras fontes de pesquisa e que os resultados da análise são de responsabilidade dos pesquisadores. Seus dados pessoais são sigilosos e não serão divulgados de forma nenhuma. A gravação será mantida em poder da pesquisadora por 05 anos e depois apagada.

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

*Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP:*

Tel. e Fax: (0XX) 21- 2598-2863

E-mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

<http://www.enasp.fiocruz.br/etica>

Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRUZ

Av. Leopoldo Bulhões, 1480 – térreo

Manguinhos, Rio de Janeiro – RJ

CEP: 21041-210

Linvalda Rodrigues Henriques de Araújo

606 Sul, Alameda Portinari, APM 07

Palmas- Tocantins

CEP: 77022-062

Escola Técnica de Saúde- ETSUS

E-mail: [etsus@saude.to.gov.br](mailto:etsus@saude.to.gov.br)

Tel.: (63) 3218 6290

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

---

Nome do entrevistado

### ANEXO 3 - Roteiro para Entrevista Aberta

#### Dados concretos (de identificação)

Instância Participativa:	Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
Função:	
Tempo como gestor:	
Experiências anteriores como gestor:	

#### Questões

1. O que é a Política Nacional de Educação Permanente?
2. Como ela é operacionalizada no Estado do Tocantins?
3. Existe diferença entre a Política Estadual e o Plano de Educação Permanente? Qual?
4. Como se dá o processo de formulação da Política de Educação Permanente no Tocantins?
5. Como é a participação do(a) \_\_\_\_\_ (CES/CIB/CIES/DGES/CGE/NPA) neste processo?
6. São realizadas reuniões para o debate desta Política no (a) \_\_\_\_\_ (CES/CIB/CIES/DGES/CGE/NPA)? Com que frequência?
7. Se sim, quem são os atores e instituições que participam destas reuniões?
8. Como são definidas as pautas destas reuniões?
9. É feito um acompanhamento das deliberações / encaminhamentos destas reuniões? Como?
10. Como são identificadas as necessidades e prioridades de saúde para esta Política?
11. Como são definidas as ações/processos educacionais da Política?



**ANEXO 5 - Grupo Focal (Página 2): Referências**

Referências sobre os Grupos Focais

(A ser preenchido pela equipe de condução do Grupo Focal)

Macrorregião: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de componentes: \_\_\_\_\_

Componentes (características gerais que os distinguem, visando sua referência):

Nº	Colegiado	Função	Tempo de Participação	Já participou (sim/não)

OBS:

---

---

---



## **ANEXO 6 - Roteiro para Grupos Focais (Página 3)**

### **Conceito (15 a 20 minutos)**

- ✓ O que é a Política Nacional de Educação Permanente?
- ✓ Como ela é operacionalizada no Estado do Tocantins?
- ✓ Existe diferença entre a Política Estadual e o Plano de Educação Permanente? Qual?
- ✓ O que é plano de ação regional de educação permanente?

### **Papel do colegiado (15 a 20 minutos)**

- ✓ Qual a função do colegiado em relação à Política Estadual de Educação Permanente?
- ✓ Que atividades você desenvolve em relação à Política Estadual de Educação Permanente?

### **Reuniões do colegiado (15 a 20 minutos)**

- ✓ São realizadas reuniões no próprio colegiado sobre EP?
- ✓ Como são definidas as pautas destas reuniões?
- ✓ Como são identificadas as prioridades para o plano de ação regional de educação permanente (PAREPS)?
- ✓ É feito um acompanhamento das deliberações / encaminhamentos destas reuniões? Como?

### **Participação na CIES e CIB (15 a 20 minutos)**

- ✓ Essas instâncias traduzem, no PEEP, as prioridades apontadas pelos colegiados?
- ✓ É feito o acompanhamento das ações propostas no PEEP?

**Anexo 7 - Observação do Grupo Focal (Página 4): anotações no diário de campo**

Pesquisa:

---

Grupo

Observado: \_\_\_\_\_

Observadora:

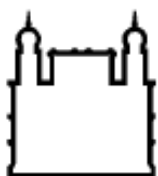
---

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Hora Início: \_\_:\_\_ Hora Fim: \_\_:\_\_ Duração: \_\_\_\_\_

Data de realização do comentário crítico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

OBS: As páginas seguintes devem conter o registro das observações realizadas no decorrer do grupo focal e o comentário crítico das mesmas.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



***“Institucionalização, inovação e compartilhamento na gestão da política estadual da educação permanente, no estado do Tocantins: um projeto de intervenção”***

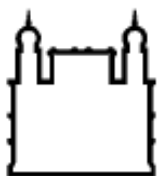
*por*

***Linvalda Rodrigues Henriques de Araújo***

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

*Orientador: Prof. Dr. Sergio Tavares de Almeida Rego  
Assistente do orientador: Prof.<sup>a</sup> Mônica de Rezende*

*Rio de Janeiro, junho de 2012.*



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



*Esta dissertação, intitulada*

***“Institucionalização, inovação e compartilhamento na gestão da política estadual da educação permanente, no estado do Tocantins: um projeto de intervenção”***

*apresentada por*

***Linvalda Rodrigues Henriques de Araújo***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Inês Carsalade Martins

Prof. Dr. Sergio Tavares de Almeida Rego – Orientador

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

A663 Araújo, Linvalda Rodrigues Henrique de  
Institucionalização, inovação e compartilhamento na  
gestão da política estadual da educação permanente, no  
estado do Tocantins: um projeto de intervenção. / Linvalda  
Rodrigues Henrique de Araújo. -- 2012.  
97 f. : tab. ; graf. ; mapas  
  
Orientador: Rego, Sérgio  
Rezende, Mônica de  
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde  
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012

## DEDICATÓRIA

*Ao meu amigo e cônjuge Flávio Araújo pelo estímulo, apoio e amor infindáveis. À Lindaura e Linvalra, mãe e irmã, que sempre acreditaram nos meus sonhos. Aos meus amados filhos, Daniel e Davi, maiores sonhos a serem contemplados.*

## AGRADECIMENTOS

*"Sabemos que todas as coisas cooperam para o bem daqueles que amam a Deus, daqueles que são chamados segundo o seu propósito." Romanos 8:28.*

Ter o privilégio de cursar o Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e Educação da Saúde na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, esta sendo para mim uma dádiva de Deus. Assim, inicio os meus agradecimentos a Ele sempre digno de todo louvor, toda honra, toda glória e majestade por toda eternidade.

À minha querida família, ao meu porto seguro Flávio Araújo, aos meus amados filhos Daniel e Davi, às minhas queridas Mãe e Irmãs, Lindaura, Valrinha e Márcia, pela dedicação em todos os tempos.

À minha comprometida equipe de trabalho da Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins, nas pessoas: Inez Gonçalves, Michelle Pantoja, Élen Fabiane, Gerciana, Aline, Laudecy Carmo, Auri Gonçalves, Henrique Médici e a todos os servidores da Superintendência da Escola Tocantinense do Sistema Único de Saúde (SETSUS). Sem eles seria impossível tornar realidade o sonho de poder inovar e institucionalizar a educação permanente para os nossos trabalhadores do SUS.

À minha amiga e companheira de trabalho Márcia Valéria, pelo constante incentivo, cooperação e compartilhamento de conhecimentos no processo de trabalho e na condução da SETSUS.

Agradeço, também, ao Bruno Tolentino, por colaborar nas minhas ausências para que o processo de trabalho não tivesse descontinuidade.

Aos amigos e companheiros de mestrado, por todo apoio, COMPARTILHAMENTO de aprendizado e incentivo. Com eles eu pude reaprender o SUS em todas as suas especificidades regionais.

À Cristiane Martins, que iniciou como companheira de mestrado tornando-se agora minha irmã, sempre parceira, amigável e fiel, ela foi um dos meus presentes neste mestrado.

À Rosangela e Sílvia pelo carinho e vários momentos de intensa alegria.

À Coordenação do Mestrado, Professores Antenor Amâncio e Sérgio Pacheco, pelo apoio incondicional.

À Secretária do Mestrado Luzimar, facilitadora de todos os processos. Agradeço eternamente pela cooperação permanente.

Ao corpo docente do Mestrado, em especial a Professora Maria Helena Machado, com ela eu consegui distinguir e entender melhor o papel de gestor público.

Ao meu Orientador Sergio Rêgo, fundamental para nortear os caminhos a serem percorridos neste aprendizado.

À minha querida e amada segunda Orientadora Mônica de Rezende. Ela foi instrumento de Deus para minha vida, com ela eu aprendi a ver as pessoas e os processos políticos em outra dimensão. Hoje me sinto um pouquinho dela nos valores éticos e solidários. Ela foi e sempre será minha eterna mestre.

E por fim, agradecer aos Governos Lula e Dilma, pelo investimento e oportunidade, que, por meio do Departamento da Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, possibilitou a realização desse Mestrado, empoderando vários atores de diversos estados a fazerem a gestão do SUS de forma qualitativa.



## RESUMO

Esta dissertação de mestrado profissional caracterizou-se como um projeto de intervenção, cujo intuito foi orientar a construção de mudanças no processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente no Estado do Tocantins, reestruturando o processo de formulação do Plano Estadual de Educação Permanente do Tocantins, visando ampliar a participação das instâncias colegiadas, à luz da realidade local e das diretrizes da PNEPS.

A partir da construção do marco teórico referencial, realizou-se um estudo exploratório, composto por entrevistas abertas e um grupo focal, por meio do qual buscou-se compreender como se dava esse processo no estado, até então, produzindo insumos para a análise e reflexão sobre os elementos que poderiam contribuir para qualificação da gestão.

Com base nos resultados deste estudo, elaborou-se um plano de ação para viabilizar as mudanças pretendidas. As 14 (quatorze) ações realizadas produziram 22 (vinte e dois) produtos.

A efetivação deste trabalho permitiu concluir que a institucionalização dos processos de trabalho na implementação da Política Nacional de Educação Permanente se dá com atores/instâncias participativas empoderadas e com o compartilhamento da gestão.

Palavras-chaves: Educação Permanente, Gestão Participativa, Ciclo da Política e Plano de Ação.

## **ABSTRACT**

This master's degree dissertation was characterized as an intervention project, whose purpose was to guide the construction of changes in the process of implementing the National Policy on Permanent Education in the State of Tocantins, which meant to restructure the process of formulating the State Plan for Continuing Education Tocantins, aiming to expand the participation of collegiate institutions in the light of local circumstances and the guidelines of PNEPS.

From the construction of the theoretical framework, we carried out an exploratory study, consisting of an open-ended interviews and focus groups, through which we sought to understand how this process has been happening in the state, producing inputs for analysis and reflection about the elements that could contribute to the management qualification.

Based on the results of this study was drawn up an action plan for achieving the desired changes. The fourteen (14) performed actions yielded 22 (twenty two) products.

The realization of this study concluded that the institutionalization of work processes in the implementation of the National Education Permanent happens with actors /instances empowered and participative management with sharing.

**Keywords:** Continuing Education, Participatory Management, Cycle Policy and Plan of Action

## ÍNDICE

DEDICATÓRIA .....	3
AGRADECIMENTOS.....	5
RESUMO.....	7
ABSTRACT .....	8
SUMÁRIO.....	11
LISTA DE FIGURAS, TABELAS, QUADROS E GRÁFICOS.....	12
LISTA DE SIGLAS.....	13
CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO II - OBJETIVOS.....	18
2.1    OBJETIVO GERAL.....	18
2.2    OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
CAPÍTULO III - MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.....	19
3.1    A CONSTRUÇÃO DA NOÇÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE .....	19
3.2    EDUCAÇÃO PERMANENTE: DA NOÇÃO ÀS RESPONSABILIDADES DE GESTÃO .....	27
3.3    A COMPLEXIDADE DA POLÍTICA PÚBLICA.....	34
3.4    ANÁLISE DE UMA POLÍTICA A PARTIR DA PERSPECTIVA DO CICLO DE POLÍTICAS .....	35
3.5    A GESTÃO PARTICIPATIVA COMO FORMA DE GERIR AS POLÍTICAS PÚBLICAS .....	42
CAPÍTULO IV – ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	45
4.1    UM POUCO DO TOCANTINS: O CENÁRIO DA INTERVENÇÃO .....	45
4.2    PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.....	46
4.3    DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE .....	47
4.4    REDE ASSISTENCIAL DE SAÚDE.....	48
4.5    OS PROCESSOS EDUCACIONAIS EM SAÚDE .....	49
4.6    OS PLANOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE:.....	51
4.6.1    Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde .....	51
4.6.2    Os Planos de Educação Permanente .....	52
4.7    MÉTODO APLICADO.....	54
CAPÍTULO V – RESULTADOS DAS ENTREVISTAS E GRUPO FOCAL.....	56
CAPÍTULO VI - PLANO DE AÇÃO .....	62

CAPÍTULO VII - PRODUTOS .....	79
CAPÍTULO VIII - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83
ANEXOS.....	89
ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ENTREVISTA) .....	90
ANEXO 2- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GRUPO FOCAL).....	91
ANEXO 3 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA ABERTA .....	92
ANEXO 4 - GRUPO FOCAL (PÁGINA 1): IDENTIFICAÇÃO DOS COMPONENTES.....	93
ANEXO 5 - GRUPO FOCAL (PÁGINA 2): REFERÊNCIAS.....	94
ANEXO 6 - ROTEIRO PARA GRUPOS FOCALIS (PÁGINA 3) .....	95
ANEXO 7 - OBSERVAÇÃO DO GRUPO FOCAL (PÁGINA 4): ANOTAÇÕES NO DIÁRIO DE CAMPO...	96

## SUMÁRIO

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO .....	13
CAPÍTULO II - OBJETIVOS.....	18
CAPÍTULO III - MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.....	19
CAPÍTULO IV – ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	45
CAPÍTULO V – RESULTADOS DAS ENTREVISTAS E GRUPO FOCAL.....	56
CAPÍTULO VI - PLANO DE AÇÃO .....	62
CAPÍTULO VII - PRODUTOS .....	79
CAPÍTULO VIII - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81

## LISTA DE FIGURAS, TABELAS, QUADROS E GRÁFICOS

FIGURA 1 – O Ciclo da Política segundo Howlett e Ramesh.....	36
FIGURA 2 – Os Três fluxos do processo decisório e a entrada de temas na agenda de governo.....	8
FIGURA 3 – DIAGRAMA 1 – Arcabouço Institucional e decisório do SUS.....	42
FIGURA 4 – Mapa das Regiões de Saúde Regionalização de Saúde .....	48
TABELA 1 – Mortalidade porporcional por causa capítulo (CID 10) .....	47
TABELA 2 – Tipos de unidades cadastrados no CNES. TOCANTINS. 2011. ....	49
QUADRO 1 – Resumo da historicidade da Educação Permanente .....	25
QUADRO 2 – Responsabilidades das gestões estadual e municipal, conforme o TGC. ....	28
QUADRO 3 – Apresentação das instâncias, atores envolvidos e atribuições no âmbito da PNEPS .....	32
QUADRO 4 – Distribuição do número de processos educacionais realizados, atores envolvidos e trabalhadores capacitados. ....	50
QUADRO 5 – Distribuição dos processos educacionais realizados pela ETSUS, e número de egressos. TOCANTINS, 2004 - 2011. ....	50
QUADRO 6 – Demonstrativo das ações realizadas .....	58
GRÁFICO 1 – Proporção de municípios de acordo com seu porte populacional. Tocantins, 2010. ....	45
GRÁFICO 2 – Mortalidade Proporcional por principais grupos de causas (CID 10). TOCANTINS, 2005 - 2009. ....	46

## LISTA DE SIGLAS

CEE-TO	Conselho Estadual de Educação do Tocantins
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CES	Conselho Estadual de Saúde
CF	Constituição Federal
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CHA	Conhecimentos, Habilidades e atitudes
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIES	Comissão Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CIR	Comissões Intergestores Regionais
CIRH	Comissão Intersetorial de Recursos Humanos
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNGTES	Conferência Nacional de Gestão do trabalho e Educação na Saúde
CNRH	Conferência Nacional de Recursos Humanos
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CREPES	Comitê de Regulação de Processos Educacionais em Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DGES	Diretoria de Gestão e Educação na Saúde
FORMSUS	Formulário do SUS
EP	Educação Permanente
ETSUS	Escola Técnica do Sistema Único de Saúde
FESP	Funções Essenciais da Saúde Pública
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
NOB/RH-SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS
NPA	Núcleo de Planejamento e Avaliação
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PAREPS	Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PEEP	Plano Estadual de Educação Permanente
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde

PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPA	Plano Plurianual
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROFAPS	Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgências
SECAD	Secretaria de Estado da Administração
SES/TO	Secretaria Estadual de Saúde - Tocantins
SETSUS	Superintendência da Escola Tocantinense do Sistema Único de Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SINTRAS	Sindicato dos Trabalhadores da Saúde do Tocantins
SUS	Sistema Único de Saúde
TCG	Termo de Compromisso de Gestão



## CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

Nestes 22 anos de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) diversas políticas de saúde foram desenvolvidas com vistas a sua efetivação. Uma delas é a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), elaborada para responder à problemática da inadequação da formação e qualificação dos trabalhadores e gestores de SUS visando dar conta das principais necessidades de saúde da população e dos serviços.

No decorrer destas últimas três décadas, esta temática fez parte das Conferências Nacionais de Saúde e Recursos Humanos, onde várias propostas e encaminhamentos foram realizados e tornaram-se estratégias, possibilitando assim o desenvolvimento desta política. Dentre elas: a Norma Operacional Básica em Recursos Humanos (NOB/RH-SUS); a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES); e a institucionalização da PNEPS, regulamentada pela Portaria Nº. 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Com o advento do Pacto pela Saúde, esta Política foi revisada e publicada a Portaria Nº. 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007.

A PNEPS tem a *“educação permanente como estratégia fundamental para recomposição das práticas de formação, atenção, gestão e formulação”* (Brasil, 2003). Porém, para que isto venha se tornar uma realidade, faz-se necessário a elaboração dos Planos Estaduais de Educação Permanente (PEEP) e Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS), que tem como objetivo a construção de projetos locais que promovam o desenvolvimento para formação dos profissionais de saúde, bem como dos gestores do SUS.

De acordo com as diretrizes da PNEPS, os estados têm a responsabilidade pela implementação desta Política por intermédio da elaboração dos Planos Estaduais de Educação Permanente (PEEP) junto às suas instâncias participativas, tais como: Conselho Estadual de Saúde (CES), Comissão Intergestores Bipartite (CIB), Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) e Comissões Intergestores Regionais (CIR). Entende-se que o desenvolvimento da política deve ser ancorado num amplo debate e no envolvimento dos diversos atores, e assim, proporcionar a participação das instâncias nas decisões e na condução das mesmas.

A recomendação da PNEPS é que as diretrizes para elaboração dos PEEP

fossem debatidas e propostas pelo Conselho Estadual de Saúde (CES) e, estas, subsidiassem a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) para, enfim, comporem o PEEP e o PROFAPS.

Em cumprimento à Portaria N.º. 1996/2007, o Tocantins implantou a Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES) por meio da Resolução CIB-TO N.º. 53, de 11 de julho de 2008, constituída por representantes da gestão estadual, municipal e instituições de ensino com curso na área da saúde. Após instituída, estes atores reuniam-se exclusivamente para aprovação das propostas dos Planos Estaduais de Educação Permanente (PEEP) e do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS). Esta comissão não possuía um instrumento que definisse as regras de funcionamento e normatizasse a organização das instâncias participativas, ou seja, um regimento interno.

A condução do PEEP no Estado era realizada por um grupo de atores da Diretoria de Gestão da Educação em Saúde (DGES/SESAU/TO), que fazia um levantamento das demandas, balizado na percepção dos gestores estaduais e municipais, sem que houvesse um debate com as instâncias participativas, para definição dos critérios e das propostas de cursos para a elaboração dos mesmos.

Já o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS), era desenvolvido pela Autarquia, Escola Técnica do Sistema Único de Saúde (ETSUS). Os servidores da mesma elaboravam este programa por meio de um plano que passava pelo mesmo fluxo do PEEP e na mesma linha de raciocínio acima citada.

Considerando que os dois planos compõem a PEEP, é necessário que os mesmos dialoguem para caminharem juntos, com a finalidade de se complementarem, haja vista que o PEEP tem como público alvo o nível superior e o PROFAPS, o nível médio. Neste sentido, o direcionamento da PNEPS é o desenvolvimento das ações de forma integrada.

Estes dois planos são direcionados e financiados pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), que é responsável pela proposição e formulação das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde nos níveis técnico e superior. No Tocantins, eles eram desenvolvidos em estruturas diferenciadas, o que impossibilitava uma política única com várias estratégias.

A convite do Secretário Estadual da Saúde (SES), em 2011 assumi interinamente a Presidência da ETSUS. Esta instituição, até março deste mesmo ano, tinha natureza jurídica de autarquia, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde. Considerando que no ano anterior havia sido servidora da DGES/TO e que quando assumi o novo cargo estava cursando o Mestrado Profissional para o qual agora desenvolvo esse trabalho, ao assumir a ETSUS percebi que havia uma política sendo operacionalizada em dois lugares distintos, com naturezas jurídicas diferenciadas, havendo poucos espaços e momentos para debate, o que ocasionava o paralelismo de ações, bem como o pouco envolvimento da ETSUS nas questões relacionadas à SES.

Ao analisar estes fatos à luz dos debates e estudos que estava vivenciando no Mestrado, propus ao gestor da época a junção dos setores que desenvolviam os dois planos, PEEP E PROFAPS, com igualdade de direitos e responsabilidades e trabalhando de forma complementar, com vistas a uma direção única para a Política Estadual de Educação Permanente. Tal proposta, aceita, na prática, significou. A construção de uma Superintendência da Escola Tocantinense do Sistema Único de Saúde (SETSUS), da qual me tornei a Superintendente.

A SETSUS, criada a partir da fusão da DGES com a Escola Técnica de Saúde do SUS Tocantins – Dr. Gismar Gomes, passou a operacionalizar a Escola Tocantinense do Sistema Único de Saúde, instituída por meio da Medida Provisória nº 15, de 05 de maio de 2011, que reestruturou a Secretaria de Estado da Saúde (SESAU) do Tocantins.

Nessa reestruturação, a SETSUS passou a ser o setor responsável pela gestão da Política de Educação Permanente e de Educação Profissional no Estado, planejando, elaborando e executando, a partir de parcerias com outras instituições de ensino, quando não possui a competência necessária para a operacionalização dos cursos de longa duração, tendo em vista que o desenvolvimento da formação e requalificação dos servidores para o SUS deve ser balizado pela discussão e construção curricular e pedagógica das ações formativas internas ou com instituições de ensino parceiras de acordo com as necessidades locais. Passou a ter como uma de suas atribuições nucleares, ancorada em sua missão, a gestão da educação na saúde no que tange à descentralização da política, com consequente fortalecimento dos municípios, integração ensino-serviço e atendimento às responsabilidades sanitárias estaduais, previstas no Pacto pela

Saúde.

Diante deste cenário, senti-me desafiada a construir mudanças importantes no processo de implementação da PNEPS no estado, que significava reestruturar o processo de formulação do Plano Estadual de Educação Permanente do Tocantins, visando ampliar a participação das instâncias colegiadas, à luz da realidade local e das diretrizes da PNEPS.

O primeiro passo para tal construção foi à identificação tanto das diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Portaria GM/MS nº 1996), que norteiam os planos estaduais, quanto dos processos envolvidos na formulação do plano no estado, tais como: necessidades de saúde, abordagens pedagógicas, atores e arenas envolvidas, pautas e tempos de negociação e ações desenvolvidas (cursos). Um estudo exploratório para compreender como se davam esses processos no estado, até então, se mostrou fundamental para aprofundar a análise e reflexão sobre os elementos que poderiam contribuir para qualificação da gestão.

A partir deste estudo inicial foi possível pensar estratégias que compuseram o plano de ação deste projeto de intervenção, que embora não tão claro desde o início, foi se estruturando à medida que o processo avançava e as necessidades surgiam. Cada ação teve seu desdobramento produzindo novas demandas, o que confirmou a dinâmica do planejamento e do processo político.

A preocupação que permeou todo o processo, no entanto, foi a institucionalização das ações. Para cada uma delas buscou-se atribuir responsabilidades, definir responsáveis e fluxos. Criar mecanismos que produzissem desenvolvimento e aprendizado institucional.

Como resultado, foi gerado um conjunto de documentos, que se por um lado mostram os caminhos trilhados, por outro revelam parte da complexidade da gestão estadual no país. A opção por incorporá-los a esse trabalho final, como um segundo volume da dissertação, se deve à crença de que ele pode auxiliar os interessados na compreensão das decisões tomadas.

Para o desenvolvimento deste estudo, partiu-se de alguns pressupostos:

1. O debate sobre a temática da educação permanente contribui para ampliar e qualificar a participação das instâncias colegiadas (CES, CIB, CIES e CIR), tanto no que diz respeito ao processo decisório na elaboração do PEEP quanto ao acompanhamento da implementação do mesmo.

2. O planejamento com a participação dos municípios, regiões de saúde

e estado garante não só a responsabilidade local pela execução das ações de saúde, mas também autonomia no processo de formação e desenvolvimento dos profissionais e gestores.

3. Os cursos elaborados de forma articulada entre gestores municipais, estaduais e as instituições de ensino, e de acordo com as diretrizes da PNEPS, tendem a ter maior adesão dos trabalhadores, possibilitando a reorientação tanto do cuidado à saúde quanto dos processos formativos.

## **CAPÍTULO II - OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Orientar a construção de mudanças no processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Tocantins, visando ampliar a participação das instâncias colegiadas, à luz da realidade local e das diretrizes nacionais e estaduais.

### **2.2 Objetivos Específicos**

1. Identificar as diretrizes da PNEP;
2. Desenvolver estudo exploratório sobre o processo de formulação do PEEP no Tocantins;
3. Elaborar Plano de Ação para alteração do processo de formulação do PEEP/TO, ampliando a participação das instâncias colegiadas;
4. Iniciar implementação do Plano de Ação.

## **CAPÍTULO III - MARCO TEÓRICO REFERENCIAL**

### **3.1 A Construção da Noção de Educação Permanente**

A noção de Educação Permanente (EP) traz consigo muitos sentidos e significados e tem sido alvo de debate nas atuais propostas para formulação de políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores de saúde no SUS.

De acordo com Ceccim e Ferla, a Educação Permanente deve ser entendida tanto como uma prática de ensino-aprendizagem quanto como uma política de educação na saúde. Ela configura-se como as duas coisas, simultaneamente. (Pereira e Lima, 2008).

Como prática de ensino-aprendizagem, a EP parte da realidade vivenciada no dia-a-dia dos serviços de saúde e têm como pressupostos as experiências anteriores dos atores envolvidos (aprendizagem significativa). Apoiar-se no “ensino problematizador”, no qual se identificam os problemas e/ou necessidades do trabalho para a produção de conhecimentos e de propostas de soluções, capazes de gerar as mudanças.

Como política de educação na saúde, a EP caracteriza-se com uma estratégia, visando (Pereira e Lima, 2008), p.164):

1. A articulação entre ensino, trabalho e cidadania;
2. A vinculação entre formação, gestão setorial, atenção à saúde e participação social;
3. A construção da rede do SUS como espaço de educação profissional;
4. O reconhecimento de bases loco regionais como unidades político-territoriais, nas quais estruturas de ensino e de serviços devem se encontrar em cooperação para a formulação de estratégias para o ensino.

Como política, possibilita espaços de construção coletiva, onde os diversos interesses se apresentam de variadas formas, produzindo negociações, conflitos e, algumas vezes, consensos. Conforme apontado por (Capella, 2006), depende do contexto e de acordos produzidos entre os atores envolvidos. Suas propostas não se darão de forma automática e a difusão das ideias contidas na política somente ocorrerá quando os indivíduos que a defendem conseguirem inseri-la como pauta

nos fóruns, com a intenção de sensibilizar os gestores, trabalhadores da saúde e a comunidade.

No setor saúde, o surgimento do tema educação permanente advém do debate sobre a formação de recursos humanos que teve início na década de 1970, por meio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Neste período, a América Latina estava em fase de implantação dos sistemas de saúde, visando à ampliação e qualificação dos serviços de saúde com ênfase na atenção primária.

Segundo Lopes, a OPAS desenvolveu várias pesquisas, com o objetivo de entender as inadequações dos profissionais nos serviços de saúde. Neste contexto, a educação permanente (EP) se insere no debate como “um novo modelo pedagógico”, que foi a proposta disseminada como um dispositivo para mudanças. (Lopes, Piovesan *et al.*, 2007).

No Brasil, este debate foi impulsionado no contexto da redemocratização do país, pelo movimento da reforma sanitária, que colocava a saúde como um bem social.

Nesta época a problemática das endemias era vivenciada principalmente nas regiões norte e nordeste, com a realização da VI Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1977, tendo a seguinte proposta para o enfretamento:

*“[...] aprimorar permanentemente a prestação dos serviços de saúde onde necessitava a participação dos sistemas de ensino e pesquisa”  
[...] bem como a intensificação de programas “docentes assistenciais” em todos os níveis da rede (Brasil, 1977).*

Outro ponto debatido nesta conferência foi sobre o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) onde se identificou algumas dificuldades, como: a insuficiência nas capacitações e remunerações para os recursos humanos, e a deficiência de integração entre o ensino e o serviço dentro das instituições, (Brasil, 1977).

Dando sequência às implementações programáticas, afim de melhor responder às necessidades da população, a VII CNS realizada em 1980 trouxe o debate do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - PREV-SAÚDE, que tinha como objetivo a integração dos serviços de saúde prestados as comunidades. Após dois anos de tentativas, o PREV-SAÚDE ficou apenas na descrição dos documentos. (Brasil, 1980).



O cenário apresentado na década de 80 era o encerramento da ditadura militar, onde se iniciou a chamada “Nova República”. A herança deixada pela ditadura nas áreas econômicas e sociais era a inflação alta, *déficit* público e crise previdenciária. (Brasil, 2006a).

Com esta crise instalada no país, houve a ascensão dos movimentos sociais e um grande debate político que cominou na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, na qual foram definidos os princípios norteadores do novo sistema nacional de saúde no campo dos recursos humanos. Esta conferência instigou a realização da I Conferência Nacional de Recursos Humanos (CNRH), intitulada “A política de recursos humanos rumo à reforma sanitária”, onde estes princípios foram discutidos e aprofundados. (Brasil, 1986a).

Na I CNRH o debate se deu em torno da consolidação das políticas de gestão e formação para os profissionais de saúde e, em seu relatório final foi afirmado que *“a formação de mão-de-obra em saúde proporcionada pelo aparelho formador não é adequada às necessidades de saúde da população brasileira nem às necessidades dos serviços.”* (Brasil, 1986b).

Nos dois anos subsequentes foi instalada a Assembleia Nacional Constituinte, ponto máximo da luta pela reforma sanitária que deu origem ao Sistema Único de Saúde - SUS na Constituição Federal, promulgada em 1988. A partir de então, a saúde tornou-se direito constitucional para todos os brasileiros e dever do Estado em garanti-la. (Brasil, 1988).

Em relação à formação dos recursos humanos na área da saúde, a CF/88 traz, no seu Art. 200, que ao SUS compete ordená-la. E, a Lei N.º. 8.080/90, responsável junto com a Lei N.º. 8142/90 pela regulamentação do SUS, no seu art.14, ordena a criação das Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço - CIES com a finalidade de propor prioridades, metodologias e estratégias para esta formação. (Brasil, 1990).

A realização da II CNRH, que aconteceu em 1993, foi recomendada pela IX CNS e teve como eixos de discussão os princípios e diretrizes do SUS e as leis que o regulamentam. Nesta II CNRH alertou-se sobre a *“ausência de uma política de recursos humanos para o SUS”* (p. 151) e foram apresentadas como propostas a criação de estruturas de desenvolvimento de recursos humanos nas secretarias estaduais e municipais de saúde e a sistematização da educação continuada de forma descentralizada e institucional. (Lopes, Piovesan *et al.*, 2007).

A elaboração do Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS e a regulamentação do inciso III, do artigo 200, da Constituição Federal ficam por conta da III Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, convocada para o ano de 1997 pela X CNS, realizada em 1996.

Tomando por base a deliberação da X CNS e após várias propostas de estudos e documentos, elaboradas por pesquisadores, gestores e trabalhadores e encaminhadas por intermédio das conferências de recursos humanos, a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH) elaborou um documento que sistematizava as primeiras propostas da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos, submetida à aprovação do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2005b).

Vários segmentos participaram deste debate através dos fóruns regionais, que resultaram na terceira versão do documento preliminar da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS), apresentada e aprovada na XI CNS, no ano de 2000. (Brasil, 2000).

A proposição NOB/RH-SUS direciona as atribuições e competências institucionais e define as responsabilidades das três esferas de governo (união, estados e municípios), propondo a elaboração de um programa institucional de Educação Permanente para todos os trabalhadores da saúde sob sua responsabilidade. Anualmente, estes programas devem assegurar a formação e capacitação dos trabalhadores em saúde para que se desenvolvam na carreira. (Brasil, 2005b).

Nesta perspectiva, a NOB/RH-SUS traz para o contexto do SUS, pela primeira vez, o termo 'Educação Permanente' - EP, conceituando-a da seguinte forma:

*“Educação Permanente ou Continuada: constitui-se no processo de permanente aquisição de informações pelo trabalhador, de todo e qualquer conhecimento, por meio de escolarização formal ou não formal, de vivências, de experiências laborais e emocionais, no âmbito institucional ou fora dele. Compreende a formação profissional, a qualificação, a requalificação, a especialização, o aperfeiçoamento e a atualização. Tem o objetivo de melhorar e ampliar a capacidade laboral do trabalhador, em função de suas necessidades individuais, da equipe de trabalho e da instituição em que trabalha”. (Brasil, 2002).*

A implementação da NOB/RH-SUS no nível federal iniciou-se no governo

Lula. Houve a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em 2003, com o objetivo de *“implementar uma política de valorização do trabalho no SUS e dos trabalhadores de saúde em conformidade com os seus princípios e diretrizes”*. (Brasil, 2006b).

Passados quase duas décadas da I Conferência Nacional de Saúde em Recursos Humanos, iniciou-se o processo da institucionalização. *“A partir de 2003, a educação na saúde ganhou estatuto de política pública para a formação e desenvolvimento no âmbito do SUS”* (Brasil, 2005a).

A institucionalização da Educação Permanente acontece em dois momentos. O primeiro por meio da Política Nacional para Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, aprovada pela Resolução N.º. 335 do Conselho Nacional de Saúde e o segundo por meio da Portaria N.º. 198 GM/MS de 13 de fevereiro de 2004, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS *“como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor”*. (Brasil, 2004).

Dando sequência à implementação da NOB/RH-SUS, as XI e XII CNS reafirmam os seus princípios e diretrizes e recomendam a realização da 3ª Conferência Nacional de Gestão do trabalho e Educação na Saúde (CNGTES) para elaborarem as propostas de implementação da Política de Gestão do Trabalho e da Educação para a Saúde. Com o tema *“Trabalhadores de Saúde e a Saúde de Todos os Brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação”*, a III CNGTES aconteceu em 2006. O grande desafio era operacionalizar a PNEPS, tendo por base as diretrizes norteadoras, de modo que os trabalhadores, gestores e formadores do SUS pudessem construir a gestão da educação permanente a partir dos espaços colegiados. (Brasil, 2005a).

Nota-se, que a partir da criação da SGTES, o uso do termo ‘recursos humanos’ foi substituído por ‘gestão do trabalho’ e ‘gestão da educação na saúde’ em função de uma nova compreensão do conceito, o que ampliou as responsabilidades de atuação tanto dos gestores quanto dos trabalhadores do SUS.

Ainda em 2006, o Ministério da Saúde aprova a definição de prioridades articuladas e integradas sob a forma de três pactos: Pacto pela vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de Gestão, visando a:

*“construção de um modelo de atenção que contemplates os*

*princípios do SUS, sob a égide da responsabilidade sanitária, adequada à realidade de cada Estado e região do país, integrando ações de promoção à saúde, atenção primária, assistência de média e alta complexidade, epidemiologia e controle de doenças, vigilância sanitária e ambiental; a reafirmação da importância das instâncias deliberativas CIB e CIT.” (Brasil, 2006c).*

Dentre outras coisas, o Pacto de Gestão prevê as diretrizes para a educação na saúde. São elas (Brasil, 2006d):

- Avançar na implementação da Política Nacional de Educação Permanente por meio da compreensão dos conceitos de formação e educação permanente para adequá-los às distintas lógicas e especificidades;
- Considerar a educação permanente 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, entre outras coisas;
- Considerar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, tendo como orientação os princípios da educação permanente;
- Assumir o compromisso de discutir e avaliar os processos e desdobramentos da implementação da Política Nacional de Educação Permanente para ajustes necessários, atualizando-a conforme as experiências de implementação, assegurando a inserção dos municípios e estados neste processo;
- Buscar a revisão da normatização vigente que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, contemplando a consequente e efetiva descentralização das atividades de planejamento, monitoramento, avaliação e execução orçamentária da Educação Permanente para o trabalho no SUS;
- Centrar, o planejamento, programação e acompanhamento das atividades educativas e consequentes alocações de recursos na lógica de fortalecimento e qualificação do SUS e atendimento das necessidades sociais em saúde;
- Considerar que a proposição de ações para formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde para atender às necessidades do SUS deve ser produto de cooperação técnica, articulação e diálogo entre os gestores das três esferas de governo, as instituições de ensino, os serviços e controle social e podem contemplar ações no campo da formação e do trabalho.

Com o advento do pacto de gestão a portaria GM/MS 1996/2007 implementou

as diretrizes da PNEPS, adequando-o as diretrizes e regulamento do Pacto pela Saúde.

As principais alterações foram:

- Quanto à condução da PNEPS realizada anteriormente pelos Polos de Educação Permanente e passando a ser pelos Colegiados de Gestão Regional e Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES);
- Elaboração do Plano de Ação Regional de EPS coerentes com o Plano Estadual e Municipais de Saúde;
- O financiamento anteriormente era para as entidades executoras e passam a ser fundo a fundo municipal ou estadual repassados em blocos, de gestão do SUS, instituídos pelo Pacto (Saúde, 2007).

Ao revisitar a historicidade da EP, resumida e esquematizada no Quadro 1, constatamos que o desenvolvimento deste tema se processou através das Conferências Nacionais de Saúde e de recursos humanos, onde as propostas após algumas décadas se tornaram política de Estado, cabendo a esta época a sua execução. Parafraseando Sérgio Arouca (Noronha, 2003), *“as conferências nacionais de saúde representam um espaço privilegiado para o debate entre todos os segmentos da sociedade sobre as questões de saúde”*.

Quadro 1 - Resumo da historicidade da Educação Permanente

<b>Ano</b>	<b>Ações</b>	<b>Documento de referência</b>
1970	OPAS introduziu o debate para construção de um novo modelo pedagógico para mudanças das práticas.	1ª Conferência Pan-Americana sobre Planejamento de RH.
1977	Surge a dicotomia entre o preventivo e o curativo; é proposta a carreira de sanitário; e identifica-se a necessidade de interiorização dos serviços de saúde.	VI Conferência Nacional de Saúde
1980	A implementação de algumas ações programáticas, tal como o PREV-SAÚDE.	VII Conferência Nacional de Saúde
1986	Reconhecimento da importância da formação de recursos humanos; definição dos princípios norteadores para o RH na saúde; estímulo para realização da I CNRH.	VIII Conferência Nacional de Saúde

1986	Aprofundamento do debate sobre recursos humanos no setor saúde; identificação da ausência da integração do ensino com o serviço.	I Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde
1988	Inclusão da temática 'recursos humanos para saúde' na Carta Magna.	Constituição Federal
1990	Reitera a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde; ordena a formação de comissões intersetoriais para tratar das articulações dos programas de educação; cria as Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço (CIES); define como atribuições comuns das três esferas de governo a participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos.	Lei Orgânica da Saúde N° 8080
1993	Propõe a criação de estruturas de desenvolvimento de recursos humanos nas secretarias estaduais e municipais de saúde.	II Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde
1996	Convocação da III Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, tendo como pauta a elaboração do Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS;	X Conferência Nacional de Saúde
2000	Aprovação da NOB/RH-SUS. Ressaltou-se a necessidade dos 3 níveis de governo assumirem a responsabilidade com a formação e o desenvolvimento de trabalhadores de saúde por meio do financiamento para qualificação de pessoal.	XI Conferência Nacional de Saúde
2000	Estabelecimento, na saúde, do conceito básico da educação permanente; define os princípios e diretrizes: para a gestão do trabalho no SUS; da política de desenvolvimento do trabalhador no SUS; da política de Saúde ocupacional no SUS; e controle social da gestão do trabalho no SUS.	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH-SUS)
2003	Criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde por ocasião da reestruturação do organograma do Ministério da Saúde.	Decreto Lei n° 7.135, do Ministério da Saúde

2003	Elaboração das orientações, princípios e diretrizes para educação permanente; aprovação da política nacional para formação e desenvolvimento para o SUS (“Caminho para educação”); criação dos polos de educação permanente.	Resoluções: n° 330 e 335, do Conselho Nacional de Saúde
2004	Institui a política de Educação Permanente como estratégia do SUS para formação e desenvolvimento dos trabalhadores do setor.	Portaria GM n° 198
2006	Operacionalizar a PNEPS, estimulando a construção de espaços colegiados de gestão da EP. OBS: Não foi localizado o Relatório final desta Conferência.	III CNRH
2006	Define o Termo de Compromisso de Gestão, estabelecendo as responsabilidades das três esferas de governo na educação na saúde.	Portaria GM n° 399
2007	Dispõe as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente.	Portaria GM/MS n° 1996

Fonte: Elaborado pela autora a partir da documentação analisada.

### 3.2 Educação Permanente: da noção às responsabilidades de gestão

A aplicabilidade da noção de Educação Permanente se dará por intermédio das propostas da política nacional para os municípios e estados. De acordo com esta política, a “*estratégia fundamental*” é a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão e controle social. Desta forma, a factibilidade de suas proposições necessitam de um trabalho articulado e negociado com os atores envolvidos. (Brasil, 2003).

A viabilidade destas propostas depende, dentre outras coisas, do comprometimento dos gestores municipais e estaduais a ser assumido nos Termos de Compromisso de Gestão (TCG) Municipal e Estadual. Tais termos estão regulamentados na Portaria N°. 699/GM, de 30 de março de 2006, e têm a finalidade de formalizar os objetivos, metas, atribuições e responsabilidades sanitárias dos gestores, bem como os indicadores para o monitoramento e avaliação dos compromissos assumidos. No Quadro 2 estão relacionadas às responsabilidades sanitárias da gestão estadual e municipal no que se refere à educação na saúde.

Quadro 2 - Responsabilidades das gestões estadual e municipal, conforme o TGC.

<b>Gestão Estadual</b>	<b>Gestão Municipal</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e os processos relativos à mesma no âmbito estadual;</li> <li>✓ Integrar todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente;</li> <li>✓ Apoiar e fortalecer a articulação com os municípios e entre eles, para os processos de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS;</li> <li>✓ Articular o processo de vinculação dos Municípios às referências (por exemplo: os Comissão Intergestores Regionais - CIRs) para viabilizar o seu processo de formação e desenvolvimento;</li> <li>✓ Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;</li> <li>✓ Articular e pactuar processos de formação com o Sistema Estadual de Educação, de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;</li> <li>✓ Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada, no âmbito estadual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde;</li> <li>✓ Criar, quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento;</li> <li>✓ Promover diretamente ou em cooperação com o Estado, com os Municípios da sua região e com a União, processos conjuntos de educação permanente em saúde;</li> <li>✓ Apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde;</li> <li>✓ Incentivar junto à rede de ensino, no âmbito municipal, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS;</li> <li>✓ Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS;</li> <li>✓ Promover e articular junto às Escolas Técnicas de Saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem.</li> </ul>

Fonte: Portaria n° 699/GM, de 30 de março de 2006.



A operacionalização destas responsabilidades demanda da gestão estadual a “*busca de estratégias articuladas com os vários atores sociais na saúde e exige, fundamentalmente das SES, três grandes capacidades: negociação, gestão da informação e apoio técnico*” (Cunha, 2009). Deste modo, necessita de mudanças na organização da gestão, que vão desde a concepção até a prática, na forma de fazer saúde.

Segundo Ceccim e Feuerwerker, (2004), a EP no seu sentido pleno possui uma lógica ascendente e descentralizadora, que proporciona aos gestores estaduais e municipais a formulação e implementação desta política. Tem como pressupostos a cooperação mútua, onde todos são sujeitos com direitos e responsabilidades, fazendo com que os gestores de saúde repensem a forma de qualificar os seus trabalhadores, revendo a prática de só propor um cardápio de cursos elaborados pelo nível central e baseando-se nos processos de trabalho dos serviços e das equipes.

Diversas são as instâncias participativas que devem atuar no processo de construção e desenvolvimento da política local de educação permanente, traduzida pelo Plano Estadual de Educação Permanente (PEEP). Para além dos gestores, os trabalhadores de saúde devem manifestar as suas propostas de qualificação com base nas suas necessidades e, desta forma, contribuir na construção dos Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) e, em sequência, do PEEP.

As instâncias participativas, as arenas decisórias e os grupos de atores envolvidos no processo de formulação e implementação dos planos de ação regional e estadual estão descritos na Portaria N.º. 1996/GM, de 2007, apresentados no Quadro 3 e serão descritos a seguir.

O Conselho Estadual de Saúde (CES), como órgão deliberativo e formulador das políticas para o setor saúde, tem no campo da EP a prerrogativa de definir as diretrizes estaduais para a elaboração do PEEP, bem como de aprová-lo. Contudo, é importante destacar que faz parte de suas atribuições o acompanhamento e avaliação deste processo.

As Comissões Intergestores Regionais - CIRs são instâncias de pactuação permanentes e de co-gestão solidária, formadas pelos gestores municipais de uma região de saúde e, no âmbito da EP, são responsáveis pela elaboração dos PAREPS, pela validação dos projetos de intervenção e pelo acompanhamento e

execução dos mesmos. Além disso, participa da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES).

A construção do PAREPS deve ser realizada de forma coletiva pelos atores envolvidos (trabalhadores, gestores, formadores e comunidade), tendo por base as necessidades dos serviços, da gestão e dos trabalhadores de saúde, sem perder de vista a sintonia com planos estaduais e municipais de saúde.

Diante deste contexto, vários elementos devem ser considerados para sua formulação: a caracterização da região de saúde; a identificação dos problemas de saúde, ou seja, identificar os principais problemas enfrentados pela gestão e pelos serviços daquela região; caracterizar as necessidades de formação em saúde, identificando as necessidades de determinadas categorias profissionais e de desenvolvimento dos profissionais dos serviços a partir do perfil epidemiológico da população e dos processos de organização do cuidado em saúde de uma dada região; a relação entre os problemas e as necessidades de educação permanente em saúde; os produtos e resultados esperados; os processos de avaliação do plano; e os recursos envolvidos para a execução do plano.

O PAREPS deve ser apreciado e avaliado pela Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES), uma instância intersetorial e interinstitucional permanente formada pelo quadrilátero: gestores, trabalhadores, instituições formadoras e controle social, que participa da formulação, condução e desenvolvimento da política local de educação permanente.

A CIES tem as seguintes funções: apoiar e cooperar tecnicamente com as CIRs; articular com as instituições para proporem as estratégias de intervenção; contribuir com o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações estratégicas da EP; avaliar os PAREPS; e elaborar os projetos futuramente validados pelas CIRs.

Após a validação dos projetos, deve ser elaborado o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB). A CIB se responsabilizará por definir o número e a abrangência das CIES; pactuar os critérios para alocação e fluxo dos recursos financeiros no âmbito estadual; homologar os Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde; acompanhar e avaliar os TCGs estadual e municipal.

Os PEEP, na sua formatação, devem apresentar os seguintes elementos:

- ✓ Nome de ação educativa;

- ✓ Justificativa da Ação;
- ✓ Análise de contexto da situação atual e dos problemas enfrentados pelos serviços e a proposição de estratégias para o enfrentamento dessa situação;
- ✓ Objetivo da Ação;
- ✓ Público alvo, (identificação das instituições, das áreas de atenção e da vinculação ao SUS dos atores envolvidos);
- ✓ Metodologia utilizada;
- ✓ Duração e cronograma de execução;
- ✓ Plano de Metas/Indicadores;
- ✓ Resultados esperados;
- ✓ Titulação a ser conferida (se for o caso);
- ✓ Planilha de custos e cronograma de execução financeira;
- ✓ Dados da instituição executora;
- ✓ Dados da instituição beneficiária;
- ✓ Responsável pela coordenação do projeto com os respectivos contatos.

Em relação ao financiamento, a PNEPS é incentivada pelo Ministério da Saúde por meio do bloco de gestão do SUS. Como pré-requisito para serem contemplados com estes incentivos, os Estados devem, além de conter um PEEP, assinar o TCG do Pacto pela Saúde. Os municípios devem apenas assinar o TCG. A distribuição destes recursos para os estados é realizada utilizando-se um conjunto de critérios estabelecidos pela Portaria GM/MS/Nº. 1996/2007 e a utilização dos recursos financeiros segue as orientações da Portaria GM/MS/Nº. 204 de 2007.

Para repetir a frase de John Friedman (Matus, 1991), “*pode se dizer que o plano é uma mediação entre o conhecimento e a ação*”. Sendo assim, o PEEP é o resultado da atuação de diversos grupos de interessados, com distintos conhecimentos de uma dada realidade, num determinado tempo e contexto, e define recursos, ações, mecanismos e estratégias para o desenvolvimento da política local de educação permanente.

Quadro 3 - Apresentação das instâncias, atores envolvidos e atribuições no âmbito da PNEPS

INSTÂNCIAS	FINALIDADE	ATRIBUIÇÕES	ATORES ENVOLVIDOS
<p><b>Comissões Intergestores Regionais (CIRs)</b></p>	<p>Instâncias de pactuação permanente e co-gestão solidária e cooperativa</p>	<p>I – Construir coletivamente e definir o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde para a região, a partir das diretrizes nacionais, estaduais e municipais (da sua área de abrangência) para a educação na saúde, dos Termos de Compromisso de Gestão dos entes federados participantes, do pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde;</p> <p>II – Submeter o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para homologação;</p> <p>III – Pactuar a gestão dos recursos financeiros no âmbito regional, que poderá ser realizada pelo Estado, pelo Distrito Federal e por um ou mais municípios de sua área de abrangência;</p> <p>IV – Incentivar e promover a participação nas Comissões de Integração Ensino-Serviço, dos gestores, dos serviços de saúde, das instituições que atuam na área de formação e desenvolvimento de pessoal para o setor saúde, dos trabalhadores da saúde, dos movimentos sociais e dos conselhos de saúde da sua área de abrangência;</p> <p>V – Acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação em saúde implementadas na região; e</p> <p>VI – Avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações caso necessário.</p>	<p>Gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e representantes do(s) gestor(es) estadual(ais).</p>
<p><b>Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES)</b></p>	<p>Instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde.</p>	<p>I – Apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde da sua área de abrangência;</p> <p>II – Articular instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde, da legislação vigente, e do Plano Regional para a Educação Permanente em Saúde, além do estabelecido nos Anexos desta Portaria;</p> <p>III – Incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação;</p>	<p>I – Gestores estaduais e municipais de educação e/ou seus representantes;</p> <p>II – Trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas;</p> <p>III – Instituições de ensino com cursos na área da saúde,</p>

INSTÂNCIAS	FINALIDADE	ATRIBUIÇÕES	ATORES ENVOLVIDOS
		<p>IV – Contribuir com o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde implementadas; e</p> <p>V – Apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, na proposição de intervenções nesse campo e no planejamento e desenvolvimento de ações que contribuam para o cumprimento das responsabilidades assumidas nos respectivos Termos de Compromisso de Gestão.</p>	<p>por meio de seus distintos segmentos;</p> <p>IV – Movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS.</p>
<b>Comissão Intergestores Bipartite (CIB)</b>	Fórum de pactuação entre gestores estaduais e municipais.	<p>I – Elaborar e pactuar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde;</p> <p>II – Definir o número e a abrangência das Comissões de Integração Ensino-Serviço, sendo no mínimo uma e no máximo o limite das regiões de saúde estabelecidas para o estado;</p> <p>III – Pactuar os critérios para a distribuição, a alocação e o fluxo dos recursos financeiros no âmbito estadual;</p> <p>IV – Homologar os Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde;</p> <p>V – Acompanhar e avaliar os Termos de Compromisso de Gestão estadual e municipais, no que se refere às responsabilidades de educação na saúde; e</p> <p>VI – Avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações caso necessário.</p>	Gestores municipais e estaduais.
<b>Conselho Estadual de Saúde</b>	Órgão colegiado, deliberativo e permanente do SUS	<p>I – Definir as diretrizes da Política Estadual e do Distrito Federal de Educação Permanente em Saúde;</p> <p>II – Aprovar a Política e o Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal, que deverão fazer parte do Plano de Saúde Estadual e do Distrito Federal; e</p> <p>III – Acompanhar e avaliar a execução do Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal.</p>	O Conselho de Saúde é composto por representantes de Usuários, de Trabalhadores de Saúde, do Governo e de Prestadores de Serviços de Saúde,

Fonte: Portaria N°. 1996/GM, de 20 de agosto de 2007.

Analisando a historicidade da PNEPS percebe-se que a questão da inadequação dos recursos humanos para o setor saúde tornou-se um problema e passou a fazer parte da agenda estratégica do governo federal no ano de 2003, com a criação da SGTES. Neste período, as mudanças na estrutura governamental e a inserção de pessoas comprometidas com esta questão em posições estratégicas de decisão e gestão proporcionaram a inclusão da educação na saúde como uma política pública de Estado.

Percebe-se nesta análise que, até a institucionalização da EP passaram-se três décadas, desde 1970, quando ainda era uma proposta de solução apresentada pela OPAS, até a sua regulamentação em 2003.

Atualmente, passada quase uma década dessa institucionalização, observa-se que ainda falta muito para a consolidação deste processo: os entendimentos sobre os conceitos pedagógicos no setor saúde; o fortalecimento e comprometimento das instituições no que tange as suas atribuições e, principalmente, a avaliação dos impactos das ações realizadas neste período.

Conforme apontado por (Ceccim e Feuerwerker, 2004) faz-se necessário analisar se os caminhos propostos estão alcançando os objetivos da PNEPS, que são: transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde com a intenção de melhorar a qualidade da atenção, da gestão e da formação, colaborando para que trabalhadores, gestores e formadores de saúde sejam, ao mesmo tempo, flexíveis, críticos, democráticos, cooperativos e participativos.

### **3.3 A Complexidade da Política Pública**

O Estado brasileiro, na sua “*função de governar para o bem comum*” (Baptista, 2011, p.59) tem a finalidade de promover as políticas públicas por meio da administração pública. As políticas públicas configuram-se, assim, como um meio de traduzir os anseios da sociedade em ações governamentais, que se desdobram em planos, programas e projetos. Como afirma Franzese (2011, p. 21), caracterizam-se como o “*Estado em ação*”.

De acordo com Lucchese (2004, p.03), as políticas públicas “*são definidas como conjunto de disposições e medidas e procedimentos que traduzem a*

*orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público*". Ou seja, são as ações de governo em determinado momento para sociedade. Para Gelinski (2008, p.228), estas ações de governo são "*dirigidas a resolver determinadas necessidades públicas*".

Porém, são diversas as necessidades da sociedade, que estão ligadas à forma como cada grupo social identifica seus problemas. Problemas são percebidos por pessoas que fazem parte de diversos grupos. Os grupos apresentam pelo menos algum interesse em comum e mobilizam seus atores para participarem do processo de disputa que ocorre nos espaços de negociação.

No processo de construção de uma política muitos esforços e interesses estão envolvidos nestes espaços. É necessário que sejam produzidos acordos. Neste momento, há embates. Diversos grupos de interesses têm interpretações, vontades e crenças diferentes, gerando conflitos. Algumas propostas são predominantes em relação a outras, fazendo com que a política dificilmente atenda integralmente as vontades de todos os grupos.

Conforme apontado por Rezende e Baptista (2011), o processo de tomada de decisão para formulação das políticas é mediado pelas institucionalidades e pelas questões colocadas na prática, que reformulam permanentemente a própria política. Assim, elas estão sujeitas à recriação e, como proposto por Ball (*apud* Rezende e Baptista, 2011), caracterizam-se como textos inacabados, que podem ser internamente coerentes e claros, e ao mesmo tempo contraditórios. Permitem diferentes interpretações dos atores envolvidos, tanto no próprio processo de formulação quanto no processo de implementação da política.

### **3.4 Análise de uma política a partir da perspectiva do Ciclo de Políticas**

Para analisar uma política pública, em toda a sua complexidade, diversos são os caminhos possíveis. Um deles, parte da compreensão do 'Ciclo da Política'.

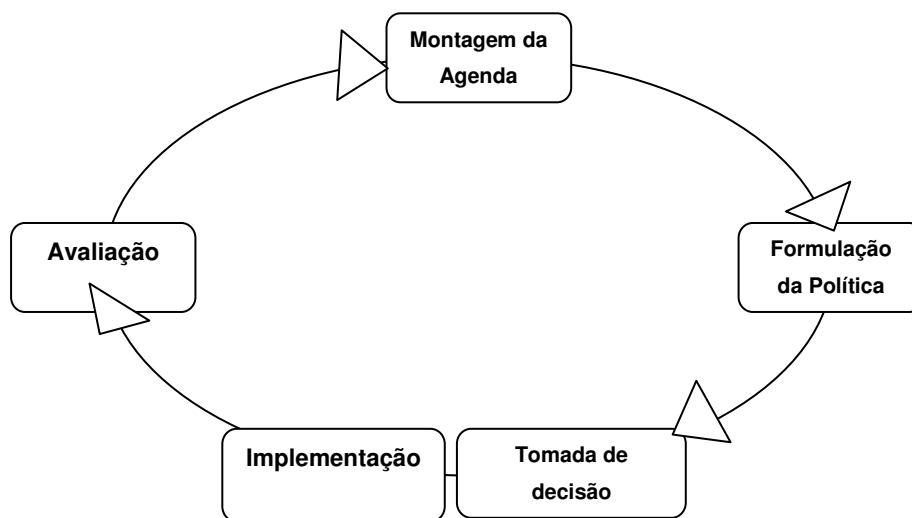
Conforme apontado por Baptista e Rezende (2011), a ideia de ciclo da política provavelmente é a perspectiva mais utilizada e compartilhada nos estudos atuais das políticas, analisando-as por momentos ou fases do processo político.

A construção do enfoque da política em fases ou estágios, ressaltando os

diferentes momentos de formulação e desenvolvimento de uma política pública, ocorreu no contexto pós-segunda guerra, quando os estudos tinham como foco principal dotar o processo decisório de efetividade, reduzindo os riscos e ampliando as certezas na tomada de decisões dos governos. Nesta perspectiva, vários modelos foram propostos ao longo dos anos por distintos autores, com denominações diversas para suas fases. Nos anos 1990, Howlett e Ramesh propuseram cinco fases do processo da política pública, apresentando o que denominaram *'Improved model'* (Figura 1) (Baptista e Rezende, 2011).

Embora os autores admitam que o ciclo da política seja um processo com inúmeros momentos de reformulação, cujas etapas não necessariamente acontecem nesta sequência, prevalece, neste modelo, *"a ideia de que uma política se inicia a partir da percepção de problemas, passa por um processo de formulação de propostas e decisão, segue sendo implementada, para enfim ser avaliada e dar início a um novo processo de reconhecimento de problemas e formulação de política"* (Baptista e Rezende, 2011, p.141).

**Figura 1 – O Ciclo da Política segundo HOWLETT e RAMESH**



**Fonte: Baptista e Rezende, 2011, p.142**

A análise de política a partir da perspectiva do 'ciclo da política' parte da ideia de que uma dada política inicia-se com o reconhecimento de problemas, que segundo o modelo de Howlett e Ramesh, compõe a etapa de *"montagem de agenda"*. Nesta etapa, surgem questões ou problemas que chamam atenção do



governo e o interesse dos formuladores em determinado momento (Capela, 2006).

Segundo Kingdon (1995), em seu estudo sobre o processo de conformação da agenda (*“the agenda-setting process”*) e de especificação de alternativas de solução para os problemas da agenda, a partir das quais uma escolha deve ser feita, o conceito de agenda, refere-se a *‘uma lista de assuntos ou problemas aos quais os funcionários do governo e pessoas de fora do governo, porém intimamente associadas a estes funcionários, estão dedicando muita atenção em um dado momento qualquer’* (p.3).

O autor considera que ‘o processo de conformação da agenda restringe o conjunto de assuntos/problemas possíveis para um conjunto que, na realidade, se torna o foco da atenção dos governos’ (Kingdon, 1995, p. 3). Neste sentido, reconhece a existência de diferenças nas listas das distintas partes do governo e distingue as agendas mais amplas, como da presidência do país, que contém os “maiores itens”, das agendas especializadas, mais específicas, como as agendas setoriais. Classifica as agendas em três tipos:

- ✓ A agenda sistêmica ou não governamental – na qual os temas, questões e ou problemas da sociedade, não despertaram a atenção dos formuladores (especialistas-pesquisadores e funcionários públicos) e nem dos políticos (governo), ficando à espera de uma ocasião e concorrendo a um espaço para fazer parte da agenda governamental.
- ✓ A agenda institucional ou governamental – na qual os problemas chamam a atenção dos políticos (governo) e ainda irão passar pela mesa de decisão.
- ✓ A agenda decisória ou política – na qual os problemas serão priorizados e trabalhados nos processos decisórios.

De acordo com o modelo de análise desenvolvido por Kingdon, o processo decisório das políticas é constituído por três fluxos: ‘fluxo de problemas’, ‘fluxo de soluções e alternativas’ e ‘fluxo da política’. Estes fluxos, descritos abaixo, seguem seu caminho de forma relativamente independente. Porém, quando convergem, criam uma “janela de oportunidades”, que possibilita a entrada de novos temas na agenda governamental e decisória (Baptista e Rezende, 2011).

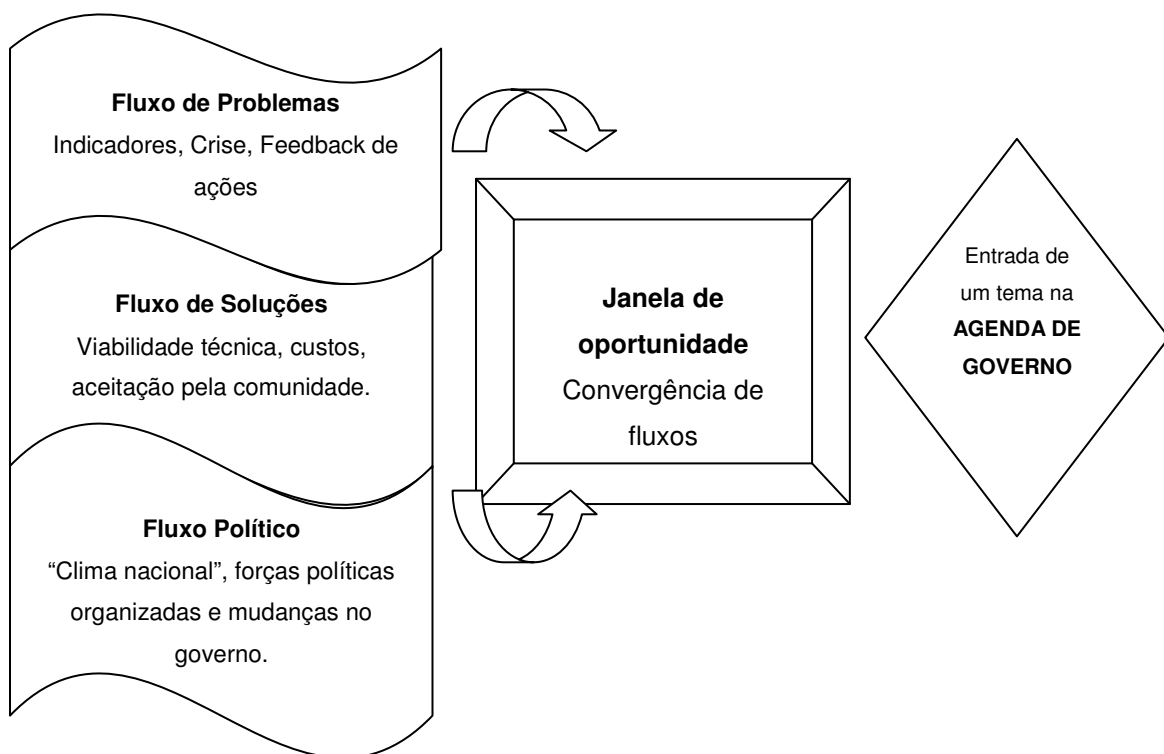
- ✓ Fluxo de problemas – a identificação dos problemas se dá através dos indicadores, eventos, crises e símbolos, ou no *feedback* das ações governamentais (ex: o monitoramento das leis, normativas de governo, a sua implementação). Os

problemas apresentados isoladamente não asseguram fazer parte da agenda de governo, o que faz necessário a ligação com os outros fluxos.

✓ Fluxo de alternativas – as propostas de soluções para os problemas são elaborados por funcionários públicos e especialistas, que analisam a viabilidade técnica, custos e sensibilizam a comunidade para que no momento oportuno (janela de oportunidades) apresentem as propostas de mudanças ou inclusões na agenda de governo.

✓ Fluxo político – onde acontecem os enlaces destes fluxos no qual os acordos políticos são negociados e construídos “*a partir de barganhas e negociações*”. Com as propostas de soluções à disposição, os empreendedores da política exercem um papel defensor (advogam) em favor das mesmas, disponibilizando recursos materiais e outros que se façam necessários, no intuito de promover a inserção dos problemas na agenda. Estes empreendedores podem ser parlamentares, especialistas, funcionários públicos e grupos de interesses, com a finalidade de inserir as suas ideias no debate e, conseqüentemente, ganhar espaço nos processos decisórios.

**Figura 2: Os três fluxos do processo decisório e a entrada de temas na agenda de governo**



**Fonte:** Adaptado de Kingdon (1984) por Baptista e Rezende (2011, p.146)

É importante mencionar que, de acordo com Souza (2007), o que chama a atenção dos formuladores das políticas públicas é: (a) Publicizar os indicadores que demonstrem a magnitude do problema, (b) a repetição do mesmo problema e (c) o *feedback* das políticas que estão obtendo resultados insatisfatórios.

Para Frey (2000), a definição das prioridades dos temas que farão parte da agenda de governo passam por uma fase da “*agenda setting*” que faz a opção se os mesmos serão incluídos ou não, baseada em “*uma avaliação preliminar [por parte dos tomadores de decisão] sobre custos e benefícios das várias opções disponíveis de ação, assim como uma avaliação das chances do tema ou projeto de se impor na arena política*”. (p. 227).

Quando os problemas a serem priorizados são definidos e a agenda decisória é estabelecida, o passo seguinte é o da **formulação da política**, onde funcionários públicos e especialistas vão formular propostas de soluções para os problemas.

Neste momento, são definidos os princípios e diretrizes, bem como as metas a serem alcançadas e os recursos necessários para execução. Por isso a formulação e tomada de decisão caminham juntas. À medida que estes processos vão sendo construídos, as alternativas vão sendo estabelecidas.

Assim, a tomada de decisões será reflexo das condições sociais, econômicas e culturais vivenciadas no contexto da produção. Para Labra (2002, p.6), “*há uma inevitável ‘elitização’ do processo decisório posto que se restringe a apenas um pequeno grupo integrado pelas cúpulas representantes dos atores diretamente envolvidos*”.

Nesta perspectiva, as informações que são debatidas vêm com argumentos de diversos lugares e atores, podendo ser do tipo: ético, moral, técnico, social e econômico. Considerando que, no transcorrer desses debates, podem surgir tanto “pontos de veto”, que são bloqueios das propostas de soluções, quanto “janelas de oportunidades”, que são aberturas para mudanças nas propostas de solução em favor dos proponentes (Labra, 2002). Aqui, a informação, como o saber especializado, torna-se um recurso de poder essencial para estes atores, que quanto mais organizados e preparados estiverem, mais poderão influenciar na tomada de decisão para o curso das políticas.

Contudo, a informação não deve ser relativa, apenas, ao domínio dos aspectos técnicos dos problemas. É necessário que estas considerem “*os cálculos*

*estratégicas das redes de atores tanto em relação às suas linhas de ação política quanto no que diz respeito ao plano dos oponentes” (Labra, 2002, p.9).*

Na etapa de formulação, contudo, há que se analisar as regras institucionais, que restringem a dimensão da ação de quem decide, limitando-a aos macroprocessos, que são as diretrizes e metas da política. Para que se tenha a efetivação das ações propostas pela política, há que se considerar também, os microprocessos, dos quais os especialistas têm pouco conhecimento ou acesso às informações necessárias. Assim, muitas decisões que compõem a própria formulação da política só poderão ser tomadas no momento da implementação, pelos atores envolvidos nesta fase.

No momento da **implementação**, a política formulada é interpretada pelos atores locais, no contexto de suas práticas. Várias interpretações são possíveis, sendo necessário dar continuidade ao processo de proposição de ações, que acaba por recriar a própria política.

Numa outra perspectiva, a fase de implementação é onde se aplicam as diretrizes propostas elaboradas. Ou seja, é quando se coloca em prática as soluções definidas no momento da formulação, que acontece após a inserção do problema. Nesta perspectiva, denominada ‘*top-down*’, que explicita a divisão de quem planeja dos que executam, os formuladores detêm o controle e poder das decisões, sejam elas técnicas, políticas ou organizacionais. Por ser uma fase administrativa da política, acredita-se que as metas possam ser alcançadas utilizando-se técnicas administrativas tradicionais.

Para Silva (2000), a implementação de políticas públicas deve ser vista como “*uma engenharia social*”, onde são percebidas como um campo estratégico, no qual se identificam vários papéis que vão desde a concepção dos formuladores (trabalho intelectual) até a execução dos implementadores (trabalho manual). A implementação da política “cria” outras políticas, pois direciona a tomada de decisões. Nesta fase, as novas informações proporcionam novas propostas para a formulação da política, no intuito de alcançarem os objetivos propostos e, assim, recomeçar o ciclo da política.

Ainda segundo este autor, é neste contexto de intensas negociações que os atores buscam aliados, onde os grupos de interesse pleiteiam o poder. Aqui, surgem novos pactos e propostas, mesmo por diferentes atores que não participaram do

momento da formulação, que são os executores. As formas da implementação a serem reapresentadas são como um jogo e também como um aprendizado institucional, onde os atores barganham e negociam, fazendo dissensos e contradições em que prevalece a troca. Assim, a implementação de políticas públicas dá-se por meio de redes de agentes públicos, que muitas vezes não são agentes governamentais. Também, não ocorre apenas no âmbito de uma organização, mas sim, de um território interorganizacional.

Considerando que toda a ação governamental é de natureza política, há uma distribuição de recursos coletivos para o benefício da população, viabilizadas por meio de programas e projetos, formulados por autoridades públicas, evidenciando-se um jogo político, que é fundamental para a democracia e para o controle social das ações do governo. Para que haja legitimidade social, faz-se necessário a identificação dos atores e dos *stakeholders* – grupos interessados que, juntamente com os beneficiários e as autoridades públicas darão sustentabilidade à política. Desse modo, os formuladores e implementadores, não podem fazer o desenho da política de forma linear e simples, dando espaço à cooperação (Silva, 2000).

Em suma, de acordo com Silva (2000), a compreensão da implementação deve ser vista como aprendizado, sendo trabalhado em redes, fazendo com que as propostas sejam colaborativas, consistentes e sustentáveis para a efetividade das políticas públicas.

“A **avaliação** tem estado cada vez mais presente nos processos de análise das políticas públicas” (Trevisan, 2008, p. 538) e, assim como as etapas de formulação e implementação, é produzida a partir de negociações entre os diversos atores envolvidos, passando por transformações e experimentando influências durante sua realização.

A avaliação não é uma fase estanque do ciclo da política, que ocorre separada das demais fases. Embora esteja representada como uma etapa final, ela pode ser compreendida como uma ação transversal a todo o processo político das políticas. Para além de mensurar os resultados alcançados e os impactos da política na realidade social, a avaliação é útil no processo de análise da própria trajetória da política, reconduzindo caminhos traçados inicialmente e revendo decisões tomadas ao longo do processo.

### 3.5 A gestão participativa como forma de gerir as políticas públicas

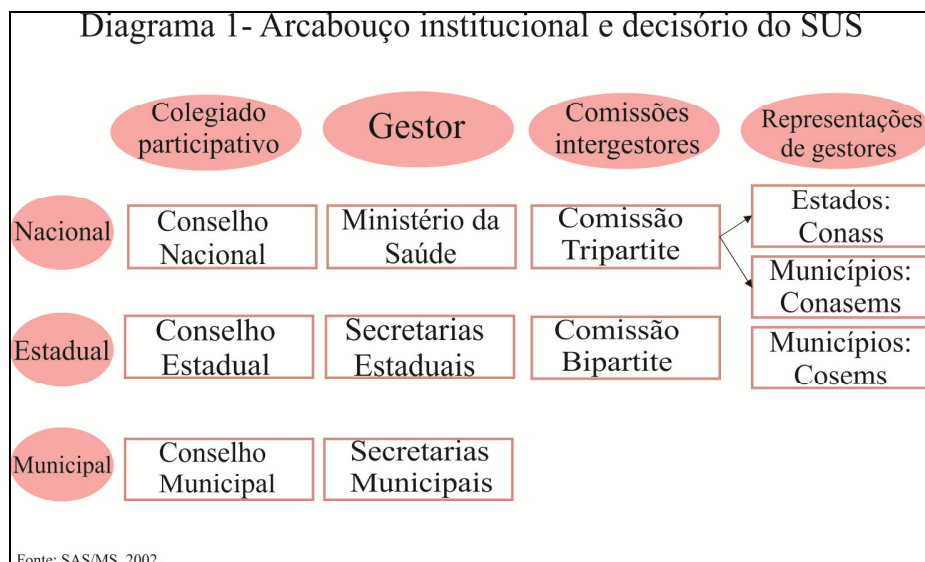
A ideia do ciclo de políticas surge na tentativa de compreender como os governos traduzem as necessidades da sociedade em ações. Essa tradução, em si, é o trabalho da gestão, que inclui desde a seleção dos problemas que serão tratados até a avaliação das propostas, consolidadas através de planos, programas e projetos.

De acordo com Noronha *et al* (2008), as macrofunções gestoras nos diferentes campos da atenção saúde podem ser, simplificada, identificadas em quatro grandes grupos: (1) formulação de políticas e planejamento; (2) financiamento; (3) regulação; (4) prestação direta de ações e serviços de saúde.

Numa perspectiva ampla, fazer gestão é definir caminhos a serem trilhados. Porém, a gestão pode ser feita de vários modos diferentes.

No âmbito do SUS, que foi criado no processo de redemocratização da sociedade brasileira, no final da década de 1980, o modelo institucional “*é ousado no que concerne à tentativa de concretizar o acordo entre os diferentes níveis de gestores do sistema e fortalecer o controle social sobre as políticas de saúde*” (Noronha *et al*, 2008, p. 443). O arcabouço institucional e decisório do SUS, representado na Figura 3, expressa o arranjo que permite que vários atores sociais, mesmo aqueles não diretamente responsáveis pela gestão dos sistemas e serviços, participem do processo decisório sobre a política de saúde.

Figura 3 – Diagrama 1 – Arcabouço institucional e decisório do SUS



Tal arcabouço exige dos gestores (Noronha et al, 2008):

- ✓ O exercício de suas funções e o cumprimento de suas responsabilidades de forma compartilhada;
- ✓ A valorização e o funcionamento adequado dos espaços de representação e negociação dos interesses da sociedade; e
- ✓ Assumir a liderança da negociação política voltada para o processo decisório.

Uma das funções da gestão passa a ser, então, reconhecer a importância da participação dos atores e das instituições, com as suas diversidades de interesses. A gestão participativa torna-se uma competência necessária a ser desenvolvida pelos gestores do SUS, nas esferas federal, estadual e municipal, que passam a ter que reconhecer os direitos de novos sujeitos no processo decisório e deliberativo.

Sendo assim, a gestão é uma tarefa coletiva, e não exclusivamente uma função das minorias poderosas ou de especialistas (Wagner, 2007). Para esse autor, o exercício da co-gestão está sujeito a produção simultânea de espaços coletivos que cumpram três funções básicas:

1. Clássica: de administrar e planejar os processos de trabalho objetivando a produção de valores de uso;
2. Caráter Político: como uma forma de alterar as relações de poder e construir a democracia nas instituições;
3. Pedagógica e terapêutica: observando a capacidade que os processos de gestão têm de influir sobre a constituição de sujeitos.

Para Wagner (2007, p. 147) estes espaços concretos possuem lugar e tempo designados à “*comunicação (escuta e circulação de informações sobre desejos, interesses e aspectos da realidade), à elaboração (análise da escuta e das informações) e à tomada de decisões (prioridades, projetos e contratos)*”. Segundo o autor, há quatro modalidades de espaços coletivos. A gestão participativa se dará pelo arranjo destas distintas modalidades, descritas a seguir, que passam por mudanças de acordo com a dinâmica social das instituições.

1. Conselho de co-gestão: possuem normas previamente acordadas, de caráter duradouro, e funcionam regularmente, ou seja, tem estrutura (p.ex.: CIB);
2. Colegiados de gestão: compostos por gerentes, assessores e trabalhadores, visam operacionalizar a gestão interna das instituições. Os seus componentes criam um espaço resguardado, no intuito de construir seus projetos a partir de suas

concepções (p.ex.: CIES);

3. Dispositivos de participação: os distintos atores se envolvem com uma temática, onde os encontros são de maneira não determinada ou sistemática (p.ex.: câmaras técnicas).

4. Diálogo e tomada de decisões: ocorre no dia-a-dia, durante o processo de trabalho, poupando as instâncias coletivas.

Desse modo, a gestão se baseia em colegiados e não se finda nela mesma, exigindo outros sistemas de conselhos, assembleias e outras estratégias, que possibilitem a participação das equipes de trabalho, usuários, trabalhadores, gestores e outras organizações que desenvolvam um sistema de cogestão.

Com este cenário, os espaços coletivos formados por diversos atores, de distintas representações, expressam suas aspirações e interesses, confrontando-os entre si e com a realidade. Assim, são obrigados a disputar e negociar, para que desses processos de luta/negociação surjam contratos potentes para orientar as decisões (Wagner, 2007).

Neste contexto, o poder é compartilhado e não é imposto e nem praticado de forma isolada e solitária. Deve ser pensado pelos atores nos espaços coletivos como um poder relativo e parcial (Wagner, 2007). Tais atores devem ter o entendimento de suas limitações para criar possibilidades para superá-las e aprender a fazer composições por “blocos” de interesse, desenvolvendo conexões entre os atores para promover propostas voltadas aos interesses coletivos.

A construção desses espaços coletivos se dará a partir da constituição de sujeitos e dos grupos, que, expandindo a capacidade de análise e de intervenção, irão debater, produzindo democracia. *“Na prática, ninguém, nenhum agente isolado, produz democracia. A democracia é uma reforma social, produto da práxis de Grupos Sujeitos e produtora de Sujeitos.”* (Wagner, 2007, p. 41).

A ideia de democracia como processo de aprendizagem é destacada, também, por Escorel e Moreira (2008, p. 1007), quando afirmam que a participação social é o exercício da democracia no cotidiano, que exige uma permanente reflexão sobre suas regras, limites e possibilidades. É exercida no respeito às diferenças e na ampliação dos espaços de convivência e de debate político.



## CAPÍTULO IV – ASPECTOS METODOLÓGICOS

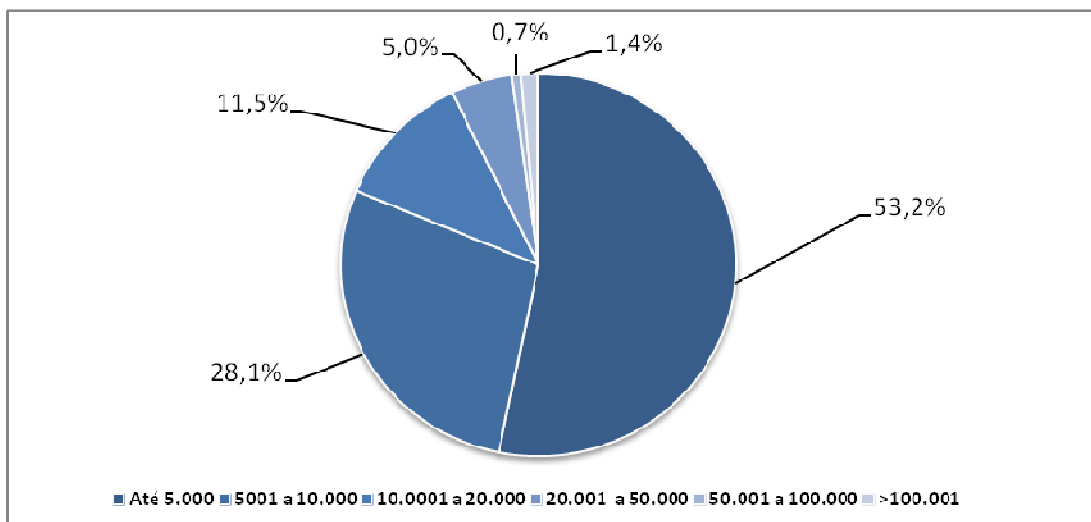
### 4.1 Um pouco do Tocantins: o cenário da intervenção

O Estado do Tocantins, oficialmente instalado em 1º de janeiro de 1989, foi criado por determinação da Constituição Federal de 1988, a partir da divisão do estado de Goiás (parte norte e central). Após esse processo, houve um acelerado crescimento demográfico, impulsionado pelos fluxos migratórios regionais.

A sua localização é no centro geográfico do Brasil e integra a Região Norte do território nacional. Sua extensão territorial é de 277.621,858 Km<sup>2</sup>, limita-se ao Norte com os Estados do Maranhão e Pará, ao Sul com Goiás, a Leste com Maranhão, Piauí e Bahia e a Oeste, Pará e Mato Grosso.

Conforme contagem populacional realizada em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população tocantinense é de 1.383.453 habitantes. Sua divisão territorial jurídico-administrativa é de 139 municípios, organizado em 15 regiões de saúde. Aproximadamente 80% desses municípios apresentam uma população com menos de 10.000 habitantes, e somente 02 deles contam com mais de 100.000 residentes, sendo que esses concentram 27,4% da população do Estado, conforme Gráfico 01.

Gráfico 01: Proporção de municípios de acordo com seu porte populacional. Tocantins, 2010.



Fonte: PES/TO/2012.

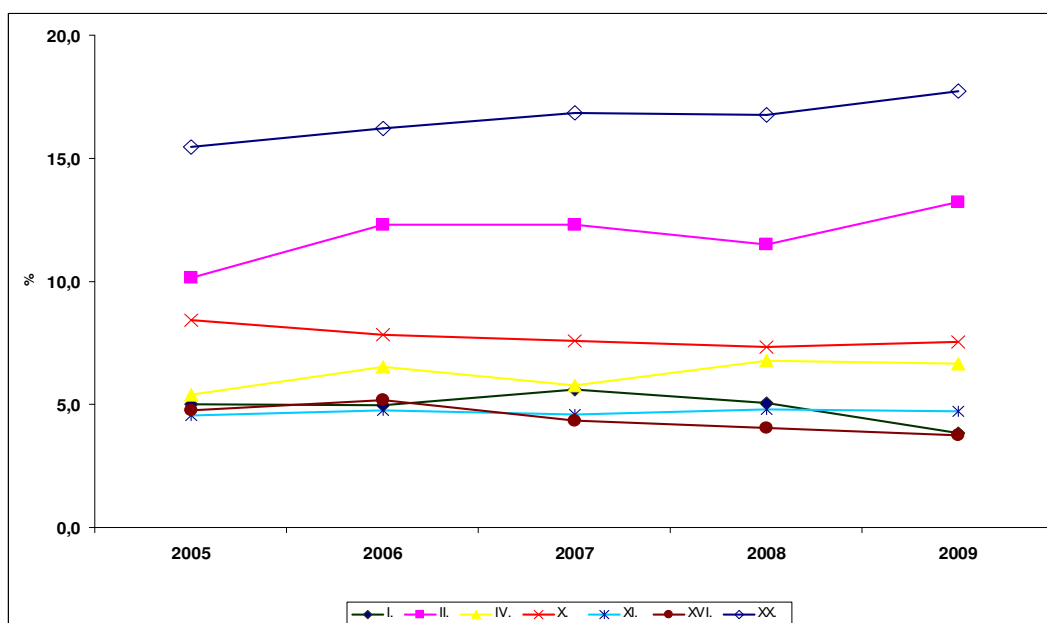
## 4.2 Perfil Epidemiológico

### Mortalidade Proporcional por Grupo de Causas

A mortalidade proporcional por grupo de causas indica a importância relativa de determinado grupo de causas de óbito em relação aos demais, bem como o risco de óbito por determinado grupo de causas na população. Dentre os principais grupos de causas de morte no Tocantins de 2005 a 2009, destacam-se as doenças do aparelho circulatório, causas externas de morbidade e mortalidade, neoplasias (tumores), doenças do aparelho respiratório e doenças endócrinas nutricionais e metabólicas.

Em 2009, 31,5% das mortes devem-se às doenças do aparelho circulatório, aparecendo em segundo lugar às causas externas de morbidade e mortalidade com 17,7%. Como terceira causa de mortes para o Estado aparecem as neoplasias (13,2%); a quarta são as doenças do aparelho respiratório com 7,6%. Em sexto com 6,7%, estão as doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (Gráfico). As causas do aparelho digestivo aparecem com 4,7%.

Gráfico 02 – Mortalidade proporcional por principais grupos de causas (CID 10). Tocantins, 2005 - 2009.



Fonte: MS/DATASUS/2011.

Tabela 1 – Mortalidade Proporcional por causa capítulo (CID 10). Tocantins, 2005-2009.

Causa (Cap CID 10)	2005	2006	2007	2008	2009
IX. Doenças do aparelho circulatório	34,6	33,3	33,4	32,5	31,5
XX. Causas externas de morb e mortalidade	15,5	16,2	16,8	16,8	17,7
II. Neoplasias (tumores)	10,2	12,3	12,3	11,5	13,2
X. Doenças do aparelho respiratório	8,4	7,8	7,6	7,3	7,6
XVIII. Sint. sinais e achad anorm ex clín e lab	5,5	6,5	5,8	6,8	6,7
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metaból	5,4	4,7	4,6	4,8	4,7
XVI. Algumas afec originadas no per perinatal	4,8	2,2	2,8	4,0	4,2
XI. Doenças do aparelho digestivo	4,5	5,0	5,6	5,0	3,8
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4,4	5,2	4,3	4,0	3,7
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1,9	1,7	1,7	2,2	1,6
XVII.Malf. cong def e anomal. cromossômicas	1,3	1,3	1,6	1,2	1,5
VI. Doenças do sistema nervoso	1,3	1,4	1,4	1,4	1,5
V. Transtornos mentais e comportamentais	0,9	1,0	0,8	1,2	1,1
III. Doenças do sangue órgãos hemat e transt imunitários	0,5	0,6	0,5	0,6	0,4
XV. Gravidez parto e puerpério	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4
XIII.Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: MS/DATASUS/2011.

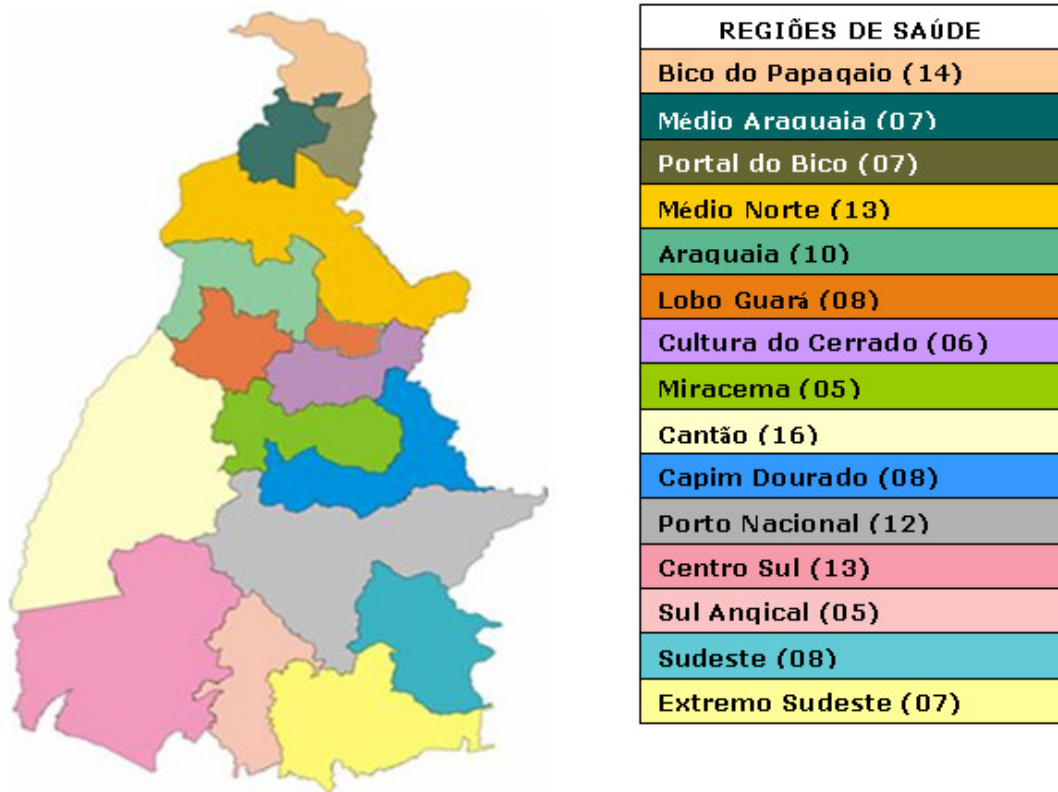
### 4.3 Da organização do sistema de saúde

- Descentralização e Regionalização

O Pacto pela Saúde, fundamentado pela Portaria GM/MS N<sup>o</sup>. 399 de 2006, expressa o compromisso de fortalecimento da diretriz de Regionalização, que reafirma a cooperação entre as esferas de governo, se organiza por meio do Plano Diretor de Regionalização e se operacionaliza por meio das Regiões de Saúde. Neste contexto, as Comissões Intergestores Regionais (CIR's) se instituem como instâncias de cogestão no espaço regional. Trata-se de espaços permanentes de articulação, definição de prioridades e pactuação de soluções, objetivando a organização de uma rede de ações e serviços de atenção à saúde integral e resolutiva.

Figura - 4: Mapa das regiões de saúde regionalização de Saúde:

**- Plano Diretor de Regionalização - PDR**



Fonte: SESAU/DGEDS - 26/07/2011

#### 4.4 Rede Assistencial de Saúde

Os avanços no desenvolvimento do SUS incluem a extensão de acesso da população aos serviços de saúde, na atenção primária, na atenção de maior complexidade, bem como o desenvolvimento da descentralização do sistema.

O Estado possui 1.210 estabelecimentos de saúde registrados no CNES, sendo 51,3% de natureza pública e 48,7% de natureza privada. Na atenção ambulatorial, dos 781 estabelecimentos cadastrados, 379 são de natureza pública (352 de Atenção Primária), 273 consultórios isolados e 156 Clínicas/ Ambulatórios Especializados e Policlínicas, totalizando 429 estabelecimentos. Na atenção às urgências/emergências componente pré-hospitalar fixo, estão cadastrados 03 Prontos - Socorros públicos e 01 privado. No componente pré-hospitalar móvel – Serviço de Atendimento Móvel de Urgências – SAMU 192, existem 03 Unidades Móveis Terrestres sendo 02 de natureza privada. Conforme tabela 2.

Tabela 2 – Tipos de unidades cadastrados no CNES. Tocantins. 2011.

<b>Código</b>	<b>Descrição</b>	<b>Total</b>
01	Posto de Saúde	26
02	Centro de saúde/Unidade Básica	310
04	Policlínica	16
05	Hospital Geral	59
07	Hospital Especializado	6
20	Pronto Socorro Geral	4
22	Consultório Isolado	273
36	Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade	156
39	Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT Isolado)	158
40	Unidade Móvel Terrestre	7
42	Unidade Móvel de Nível Pré-Hosp - urgência/emergência	3
43	Farmácia	13
50	Unidade de Vigilância em Saúde	51
60	Cooperativa	1
64	Central de Regulação de Serviços de Saúde	6
67	Laboratório Central de Saúde Pública Lacen	1
68	Secretaria de Saúde	84
69	Centro de Atenção Hemoterapia e ou Hematológica	6
70	Centro de Atenção Psicossocial	9
73	Pronto Atendimento	18
74	Polo Academia da Saúde	3
<b>TOTAL</b>		<b>1210</b>

Fonte: MS/DATASUS/2012

#### **4.5 Os Processos Educacionais em Saúde**

No período de 2005 a 2011, houveram 627 (seiscentos e vinte e sete) processos educacionais – cursos básicos, cursos de capacitação, cursos de atualização, cursos de qualificação, introdutórios, oficinas, seminários, simpósios, palestras, treinamentos, encontros, dentre outros. Foram 1.638 (um mil, seiscentos e trinta e oito) facilitadores, capacitando 18.362 (dezoito mil, trezentos e sessenta e dois) trabalhadores do Sistema Único de Saúde, todos financiados com recursos do PEP e PROFAPS, conforme Quadro 4.

Quadro 4 - Distribuição do número de processos educacionais realizados, atores envolvidos e trabalhadores capacitados. Tocantins, 2005 - 2011.

<b>Ano</b>	<b>Nº. de Processos Educacionais realizados</b>	<b>Nº. de facilitadores envolvidos</b>	<b>Nº. de trabalhadores capacitados</b>
2005	98	278	2.867
2006	79	228	2.198
2007	75	251	2.787
2008	85	169	2.373
2009	119	161	3.338
2010	82	240	2.339
2011	89	311	2.460
<b>Total</b>	<b>627</b>	<b>1.638</b>	<b>18.362</b>

Fonte: Secretaria Geral de Ensino/SETSUS/Janeiro-2012

No que se refere aos Cursos Técnicos, de 2004 a 2011, formou-se 2.942 (dois mil, novecentos e quarenta e dois) alunos, conforme Quadro 5.

Quadro 5 – Distribuição dos processos educacionais realizados pela ETSUS, e número de egressos. Tocantins, 2004 - 2011.

<b>Curso</b>	<b>Nº. de egressos</b>
Técnico em Higiene Dental	163
Técnico em Nutrição e Dietética	53
Técnico em Enfermagem – Complementação	30
Técnico em Agente Comunitário de Saúde	2.219
Auxiliar em Saúde Bucal	131
Técnico em Saúde Bucal III	97
Técnico em Radiologia	34
Técnico em Saúde Bucal IV	123
Técnico em Análises Clínicas	33
Técnico em Vigilância em Saúde	59
<b>Total</b>	<b>2.942</b>

Fonte: Secretaria Geral de Ensino/SETSUS/Janeiro-2012

## 4.6 Os Planos de Educação Permanente:

### 4.6.1 Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde

A antiga ETSUS tinha em seu escopo, o planejamento e a execução do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde – PROFAPS. Este foi mencionado pela primeira vez durante o Seminário Internacional de Educação Profissional em Saúde, em 2006. Na ocasião, o Ministério de Saúde - MS delineou a necessidade de ampliação dos investimentos em formação técnicas para áreas como Vigilância em Saúde e Radiologia. No ano seguinte, o Programa apareceu com destaque durante o lançamento do programa “Mais Saúde – Direito de Todos”.

Assim, por meio da Portaria GM/Nº. 1.996/2007, o Ministério da Saúde instituiu as diretrizes para elaboração desse programa. E, ano a ano, é publicada uma portaria contendo os critérios para construção e teto de financiamento de cada Estado.

A ETSUS apresentou projetos financiáveis com recursos do PROFAPS, pela 1ª vez, em 2009, com previsão para atender profissionais de nível médio dos 139 (cento e trinta e nove) municípios do Estado.

Em 2010, a escola previu cursos para formação de: auxiliar em saúde bucal, agente comunitário de saúde e agente de combate a Endemias e curso técnico em hemoterapia.

Em 2011, a Portaria PROFAPS previu recursos financeiros da ordem de mais de dois milhões de reais.

A equipe da SETSUS, em compasso com a Diretoria de Educação Profissional, elaborou projetos consensuados na primeira reunião da CIES/CIB-TO, homologados na CIB e apresentados ao Ministério da Saúde no prazo previsto pela Portaria. Os projetos foram: (1) curso de aperfeiçoamento para auxiliares e técnicos de enfermagem em envelhecimento e atenção integral à saúde do idoso; (2) curso de atualização para auxiliares e técnicos; (3) aperfeiçoamento em saúde bucal na população indígena; (4) curso de enfermagem com ênfase em urgência e emergência; (5) formação do auxiliar em saúde bucal; (6) curso de aperfeiçoamento

para auxiliares e técnicos de enfermagem no enfrentamento das drogas e acolhimento em saúde mental; (7) curso de atualização para agentes comunitários de saúde em alimentação e nutrição; (8) curso técnico em vigilância em saúde; (9) curso de complementação de estudos do auxiliar para o técnico de enfermagem; (10) curso de aperfeiçoamento para auxiliares e técnicos de enfermagem no enfrentamento das drogas e acolhimento em saúde mental.

#### *4.6.2 Os Planos de Educação Permanente*

Com o advento do Pacto pela Saúde em 2006 e posterior publicação da Portaria GM/MS/Nº. 204/2007, foi instituído o Bloco de Financiamento da Gestão que trouxe o componente federal para financiamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Por meio da Portaria GM/MS/Nº1996/2007, dispõe sobre as diretrizes para sua implementação.

Este foi o pontapé para a elaboração do 1º. Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde no Tocantins.

Em 2006, a então Coordenação de Gestão da Educação na Saúde realizou um levantamento de demandas educacionais. Este material foi analisado, transformando as demandas em 15 (quinze) ações do PEEP 2007. Em 2008, o processo de elaboração do PEEP obteve o envolvimento dos demais atores previstos na Portaria GM/MS/Nº. 1996/2007.

Em agosto de 2009, com a aprovação da criação da CIES-CIB/TO, composta inicialmente por representantes dos 15 (quinze) Colegiados de Gestão Regional - CGR, setores da SESAU, ETSUS e Fundação de Medicina Tropical do Tocantins - FMT, aconteceram uma sequência de reuniões para discutir a Política Nacional de Educação Permanente e seus fundamentos legais. As demandas dos setores da SESAU, Secretarias Municipais de Saúde e Hospitais de Referência foram levantadas por meio do preenchimento de uma planilha de demandas que foram discutidas e avaliadas pela CIES-CIB/TO, estabelecendo-se a criação de 04 (quatro) eixos de ação, a saber: 1. Gestão; 2. Urgência e Emergência; 3. Saúde da Família; e, 4. Promoção e Educação na Saúde. Após as reuniões de priorização foi constituída uma comissão para elaboração de 15 (quinze) projetos.



O Plano Estadual de Educação Permanente - PEEP 2010 foi resultado de participação coletiva, sendo desenvolvido por meio de oficina metodológica com atores estratégicos da SESAU-TO e membros da CIES/CIB-TO com vistas a avaliar os PEEP's anteriores e discutir sobre Educação Permanente no contexto dos Colegiados de Gestão Regional - CGR. A metodologia constou de 05 (cinco) etapas: (1) construção de Instrutivo de Orientação dos PEEP's; (2) sensibilização dos trabalhadores do SUS-TO; (3). identificação dos principais problemas de natureza educacional; (4) identificação das necessidades educacionais; (5) identificação das Instituições de Ensino, setores de trabalho em saúde, ou de parceiros; (6) oficina de Construção dos projetos.

O orçamento previsto para as propostas apresentadas foi de R\$ 3.404.060,99 (três milhões, quatrocentos e quatro mil, sessenta reais e noventa e nove centavos). Entretanto, o financiamento só contemplou o equivalente a 32,5% do valor planejado, sendo necessária à priorização das propostas, a saber: 1. Projeto de fortalecimento da Educação Permanente no Tocantins; 2. Projeto de formação em processos educacionais em saúde; 3. Projeto de formação tocantinense em promoção à saúde; e, 4. Curso de aperfeiçoamento na abordagem ao uso e abuso de álcool e outras drogas para profissionais da Atenção Básica.

A análise dos dados do estado permite perceber que as escolhas das atividades educativas realizadas nos quatro primeiros anos, não foram subsidiadas pelos indicadores de saúde. O planejamento nem as propostas educativas se pautaram nas necessidades de saúde, considerando que as três primeiras causas de mortalidades foram: as doenças do aparelho circulatório, causas externas de morbidade e mortalidade, neoplasias (tumores) (PES/2011). Em 2011, duas atividades contemplaram os indicadores citados.

#### 4.7 Método Aplicado

O problema ao qual me dediquei neste projeto foi a implementação da PNEPS, propondo mudanças no processo de formulação do plano estadual de educação permanente no estado do Tocantins. Como gestora estadual, na função de superintendente da Escola Tocantinense do Sistema único de Saúde (SETSUS), busquei realizar um projeto de intervenção, institucionalizando, inovando e ampliando os processos de trabalho, a partir do conhecimento adquirido no mestrado, no intuito de tornar a política local de educação permanente mais efetiva.

Para tanto, parti de uma análise documental, para a qual utilizei os seguintes documentos: Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, Portaria GM N° 198/2004, Portaria GM N° 1996/2007, atual Plano Estadual de Saúde 2011, Plano Estadual de Educação Permanente dos anos 2007, 2008, 2009, 2010 e 2011 e o plano do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde – PROFAPS.

Em seguida, foi desenvolvido um estudo exploratório, no qual foram realizadas quatro entrevistas abertas e um grupo focal. Com o objetivo de fazer uma interlocução entre referencial teórico e a experiência vivida, busquei identificar os processos executados pelas instâncias envolvidas na formulação do PEEP e compreender o ponto de vista dos atores selecionados que foram vistos como sujeitos do processo.

Para as entrevistas foram selecionados os seguintes atores:

- O presidente do Conselho Estadual de Saúde;
- O presidente da Comissão Intergestores Bipartite;
- A secretária- executiva da Comissão de Integração Ensino Serviço;
- O diretor da Diretoria de Gestão da Educação em Saúde (DGES);
- A responsável pelo Núcleo de Planejamento e Avaliação (NPA).

A escolha destes representantes se justifica pelas posições estratégicas que ocupam nas instâncias indutoras e condutoras do processo de desenvolvimento da PNEPS no nível estadual e pelo seu poder decisório. Tais atores possuem a responsabilidade da função gestora no estado, desenvolvendo macro funções de formulação de políticas, planejamento, financiamento, coordenação, regulação,

controle e avaliação.

Um grupo focal (GF) tem como proposta reunir “*num mesmo local e durante certo período, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público-alvo de suas investigações, tendo como objetivo coletar, a partir do diálogo e do debate com e entre eles, informações acerca de um tema específico*”. (Neto, Moreira et al., 2010).

Para participar do grupo focal foram convidados os representantes responsáveis pela temática da educação permanente de cada um dos 15 colegiados gestores regionais. Doze (12) representantes compareceram e participaram do grupo focal, sendo assim representados:

- 05 representantes das Comissões Intergestores Regionais (CIRs) – 02 da região centro – sul e 03 da região centro – norte;
- 03 membros representantes das instituições de ensino;
- 04 representantes de outras instituições, sendo elas: Conselho Estadual da Educação, Secretaria de Ciência e Tecnologia e Sindicato dos Trabalhadores da Saúde e Comissão Intergestores Bipartite.

Os roteiros das entrevistas e do grupo focal encontram-se nos Anexos 3 e 6, respectivamente.

A partir dos resultados das entrevistas e do grupo focal, e por ser uma das partes integrantes do processo de condução da PEEP no estado, senti-me desafiada a intervir no cenário encontrado. Deste modo, foi proposto um projeto de intervenção nos processos de trabalho da superintendência, a ser desenvolvido conjuntamente com os servidores da SETSUS, que convergiu para a construção de um plano de ação, apresentado nesta dissertação.

O plano de ação, com diversas atividades de reorganização dos processos de formulação e de trabalho, foi orientado por mim e operacionalizado de forma participativa com os servidores da SETSUS durante o desenvolvimento da dissertação do mestrado. Desta forma, as informações obtidas tanto nos estudos teóricos como nas entrevistas e no grupo focal subsidiaram os caminhos que foram sendo percorridos.

## **CAPÍTULO V – Resultados das entrevistas e grupo focal**

O material coletado no estudo exploratório, que consistiu de quatro entrevistas e um grupo focal, foi organizado e sistematizado para que se pudesse compreender, a partir de suas respostas, os processos executados na formulação dos PEEPs do Tocantins, até então, e os pontos de vista de alguns atores-chave sobre estes processos. Assim, este estudo teve como principal função a produção de insumos para a construção do plano de ação.

O tratamento deste material para que cumprisse sua função passou pelas seguintes etapas: transcrição literal de todas as respostas às entrevistas e do debate realizado no grupo focal, correções ortográficas e gramaticais, leitura e releitura dos textos transcritos, sistematização e organização das respostas em algumas categorias de trabalho.

Abaixo transcrevemos, por categoria, os resultados apresentados tanto nas entrevistas quanto no grupo focal.

### **1. Compreensão dos atores sobre a política/plano de Educ. Permanente (E.P.)** (Perguntas 1,2 e 3)

#### 1.1. Respostas das entrevistas:

- ✓ A política é o que institucionaliza;
- ✓ A política veio para tirar um pouco do paradigma da educação continuada;
- ✓ Conhece pouco sobre a política;
- ✓ Não temos uma política estadual de E.P. O que temos são fragmentos;
- ✓ A política ainda não esta consolidada como política;
- ✓ Tem a percepção que a política é maior que o plano, e que o plano é consequência da política;
- ✓ A política é maior que plano e que não é só planejar, mas também ofertar e regular;
- ✓ A política traz um pouco das diretrizes para que o plano seja elaborado, mas não estão bem ligados uns no outro;
- ✓ A política deveria ser trabalhada dentro e depois o plano;
- ✓ O plano é um pouco a parte da política e assim possui uma dicotomia,
- ✓ Há uma diferença muito grande entre política e plano;
- ✓ Entende a política como vontade do gestor

- ✓ A política tem que ser divulgada enquanto política pública;
- ✓ A política tem que sair do papel;
- ✓ Na prática é uma confusão do que é política e plano, por parte das pessoas que tem um grande conhecimento;
- ✓ Devemos trabalhar o plano como complementação da política;
- ✓ A política tem que ser discutida e levada nos lugares.

#### 1.2. Respostas do grupo focal:

- ✓ A política de E.P vem beneficiar as três esferas: união, estado e município;
- ✓ A política de E.P traz inovações;
- ✓ A política de E.P veio instituir o plano de E.P;
- ✓ A política veio nortear o trabalho da educação das instituições públicas, visando à capacitação desses profissionais que atuam no serviço público, fazendo a interação com ensino e serviço, assim propor soluções pedagógicas abordando os problemas e discutindo com a sociedade, e que essas políticas retornem em ações em prol da sociedade;
- ✓ Essa política surgiu das demandas dos trabalhadores;
- ✓ política visa corrigir as distorções nos serviços;
- ✓ A política de E.P que esta formando, qualificando e educando os profissionais de saúde no seu processo de trabalho;
- ✓ A política é a nosso favor, não só dos usuários, mas também dos servidores;
- ✓ A operacionalização se deu com visitas a alguns aos municípios com o propósito de sensibilizar para a importância da E.P para os servidores da saúde;
- ✓ Existe diferença entre a política e o plano, considerando que a política é o que norteia a E.P, e o plano é o que operacionaliza a políticas, o plano é feito anualmente;
- ✓ O plano executa a política. É renovar as ideias;
- ✓ A política independe de quem esta na gestão, já o plano tem alterações dependendo de quem esta no comando;
- ✓ A política não muda e plano é flexível;
- ✓ O plano não pode estar desvinculado da política;

## 2. A operacionalização da política no Estado (perguntas 2 e 4)

### 2.1. Respostas das entrevistas:

- ✓ A operacionalização da política é: incipiente, frágil, pois os atores não tem o entendimento da política;
- ✓ Os atores confundem os problemas de educação como os problemas de relacionamento entre as pessoas e os problemas de trabalho;
- ✓ É um desafio muito grande, mas tem caminhado um pouco mais;
- ✓ A operacionalização tem relação com a integração ensino serviço;
- ✓ A operacionalização é incipiente, e assim os cursos propostos não atendem as reais necessidades dos trabalhadores;
- ✓ O estado deixa a desejar;
- ✓ Está muito distante de concretizada e isso ocorre por falta de interesse dos próprios segmentos e por falta da formação;
- ✓ Os problemas da gestão e econômicos dificultam esse processo;
- ✓ O desejo de mudança do que se tem atualmente;
- ✓ Os municípios e os profissionais não se sentem contemplados dentro dos planos;
- ✓ Os planos são feitos baseados nos recursos e não nas necessidades;
- ✓ Temos inúmeras dificuldades e uma delas é não saber priorizar;
- ✓ A política deverá ser entendida por todos, pois a política não de uma pessoa física e sim de uma pessoa pública.

### 2.2. Respostas do grupo focal:

- ✓ O plano de ação regional de educação permanente faz parte da descentralização, porque atende as especificidades da região que possuem problemas distintos;
- ✓ A política é igual, só que a forma de responder aos problemas é diferente;
- ✓ Para a elaboração do plano de ação regional foi realizado um levantamento das demandas educativas ouvindo as especificidades dos municípios, envolvendo em alguns CGRS as instituições de ensino e universidades, através das CGRS;
- ✓ Nos municípios que possuem os NEPs aprofunda-se o conhecimento e falcita o processo de discussão e debate no CGRs.

**3. O processo de participação das instâncias (Como se dá e como eles compreendem) (perguntas 4 a 9).**

**3.1. Respostas das entrevistas:**

**a) FORMULAÇÃO**

- ✓ Houve momentos de buscar as demandas de capacitação nos municípios e que foi de forma coletiva mesmo sendo pequena;
- ✓ Não temos uma participação tão grande;
- ✓ A participação é pequena porque as pessoas não têm o entendimento da política;
- ✓ As parcerias estão mais para levar vantagens do que para discutir;
- ✓ A formulação da política é cartorial/administrativa, partindo do que tem fora (cursos) e com uma visão limitada, só do gestor, esquecendo de trabalhar as necessidades dos serviços;
- ✓ As necessidades são feitas a partir do gestor, sem trabalhar essa questão com os trabalhadores;
- ✓ Não se faz uma análise sobre a relevância dos projetos propostos, só encaminha os mesmos;
- ✓ A formulação é difícil e bastante técnica;
- ✓ Existe dentro da gestão pessoas bem capacitadas para esta formulação;
- ✓ A formulação não é divulgada e não há interação de quem está propondo, e as pessoas têm necessidade que isso aconteça
- ✓ A formulação não tem foco;
- ✓ No processo de formulação da política é necessária uma atitude de querer e explicitar isso nos planos;
- ✓ A formulação da política é para todos nós;

**b) PARTICIPAÇÃO:**

- ✓ As pessoas que participam da CIES são bem intencionadas, mas são fragilizadas pelo pouco entendimento do PEEP;
- ✓ As representações das CIR participantes não estão representando as comissões e sim seus municípios, assim não pensam no coletivo;

- ✓ Não teve tempo para participar e por estar iniciando não participou dos anteriores;
- ✓ A rotatividade das pessoas, principalmente dos conselheiros dificulta o entendimento e a participação.

c) REUNIÕES PARA O DEBATE:

- ✓ As reuniões são primordiais, mas não acontecem, devido o acúmulo de atribuições;
- ✓ Não houve tempo para realizar as reuniões e debater a política;
- ✓ Existem reuniões, mas só a título de informação para dizer o que está acontecendo;
- ✓ As reuniões são importantes e necessárias, mas a prioridade no momento é estruturar a rede assistencial.

3.2. Respostas do grupo focal:

a) REUNIÕES PARA O DEBATE:

- ✓ Alguns CGRs se reúnem para debater os assuntos da região;
- ✓ Que é um desafio articular e mobilizar os municípios;
- ✓ Não há reuniões para o debate da política.
- ✓ [As pautas das reuniões] são definidas a partir dos planos, não há proposta de pauta, fica esperando que surjam os assuntos;
- ✓ As pautas são elaboradas pelo planejamento da SES, e dando oportunidade para que os municípios possam também inserir suas necessidades;
- ✓ As pautas são feitas para elaborar os planos e ler as portarias e informar o que foi debatido na CIES e sobre os cursos que serão realizados para que compõem esta região municípios ;

b) ACOMPANHAMENTO DAS DELIBERAÇÕES DAS REUNIÕES

- ✓ Existe um acompanhamento das deliberações que necessitam de resoluções da CIB;
- ✓ Não houve outras necessidades de acompanhamento;
- ✓ É importante que haja o acompanhamento, só que por priorizarmos a execução das ações, faltam tempo e disposição para o acompanhamento.



- ✓ O acompanhamento é feito por funcionários do estado, que participam dessas reuniões;
- ✓ Quem participa da CIES sai levando.

#### 4. **Identificação das necessidades** (perguntas 10).

##### 4.1. Entrevistas e Grupo Focal

- ✓ Solicitando informações sobre a demanda das áreas técnicas da SES, municípios e colegiados e que essas necessidades fossem de acordo com os recursos alocados;
- ✓ Considerando que as áreas técnicas da SES fazem o M&A dos municípios pressupõem que estas áreas sabem as necessidades dos mesmos.
- ✓ A forma de identificação das necessidades são inadequadas, por não ter o tempo suficiente e não ser feito de forma mais coletiva;
- ✓ Anteriormente essas necessidades eram identificadas pelos gestores que detinham o conhecimento com outras entidades promotoras de cursos.
- ✓ As necessidades partem da visão do gestor, do que para ele é problema, sem ouvir os trabalhadores.

#### 5. **Definição das ações** (pergunta 11)

##### 5.1. Entrevistas e Grupo Focal

- ✓ As áreas técnicas fazem as propostas dos projetos, os mesmo não passam por uma análise e nem por avaliação, só como apresentação na CIES;
- ✓ Não é realizada uma pesquisa para definir as ações ou projetos para a política;

Ao organizar e sistematizar estas respostas, percebi que não há uma compreensão clara entre os atores do que é e do que se trata a PNEP e dos PEEP. Desta feita, o pouco conhecimento sobre esta política acarreta um baixo envolvimento dos atores nas atividades de participação da CIES e dos processos de formulação do PEEP.

À medida que as entrevistas e o grupo focal foram sendo realizados, foram sendo identificadas as ações necessárias, que compuseram do plano de ação.

## **CAPÍTULO VI - PLANO DE AÇÃO**

### **Objetivo - O QUE FAZER**

Institucionalizar e intervir nos processos de formulação de políticas, planejamento, financiamento, regulação, monitoramento e avaliação da Política Estadual de Educação Permanente da Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins.

### **Estratégias - COMO FAZER**

Fazer gestão é definir caminhos a serem trilhados. E, entendendo que essa gestão pode ser feita de várias maneiras diferentes, assim dentro dessas possibilidades e após os estudos teóricos para a dissertação, a opção escolhida foi de fazer a gestão participativa.

Neste sentido é fundamental que haja a participação dos atores. Nas palavras de Teixeira (2001, p. 27) participação significa: *“fazer parte, tomar parte, ser parte de um processo, de uma atividade pública de ações coletivas”*.

Dessa forma a centralidade da participação está em promover e desenvolver habilidades necessárias aos cidadãos. Segundo Pateman (1992), os cidadãos quanto mais fazem parte da vida pública mais preparados se tornam em fazê-lo.

### **Cronograma – QUANDO FAZER**

O desenvolvimento das ações propostas foi realizado no período de fevereiro de 2011 até os dias atuais.

### **Responsável - QUEM PARTICIPOU**

De acordo com as competências de cada setor da SETSUS, CIES e COSEMS. As atividades foram desenvolvidas em etapas de: elaboração, pactuação e divulgação e atos administrativos, entre todos os atores/servidores envolvidos nestes processos.

### **Recursos Necessários – COM QUE FAREMOS**

Os recursos financeiros utilizados foram dos PEEP dos exercícios anteriores.

**Quadro 6 - Demonstrativo das ações realizadas:**

<b>Eixo:</b> Formulação de políticas e planejamento						
	<b>Medida ou ação (O quê?)</b>	<b>Quando?</b>	<b>Onde?</b>	<b>Quem?</b>	<b>Como?</b>	<b>Posição?</b>
1)	Criação da Superintendência da Escola Tocantinense do Sistema Único de Saúde (SETSUS)	Março/2011	SES	Secretaria de Estado da saúde (SES) e Administração (SECAD)	Alteração da estrutura administrativa da SES, criando a superintendência;	- Lei N°. 2.434 de 31/03/2011 (Produto I) e Organograma da SETSUS (Produto II)
<b>Justificativa da ação:</b>						
<p>Com o novo cenário político do Estado muitas estruturas dos Órgãos do Poder Executivo foram redesenhadas, assim na SES não foi diferente. A convite do Secretário de Estado da Saúde, fui nomeada para o cargo de Presidente da ETSUS, que na época possuía natureza jurídica de Autarquia, (atos de nomeação – Produto III).</p> <p>Como na gestão anterior fazia parte da equipe técnica da DGES, Diretoria de natureza administrativa da estrutura da SES, identifiquei que havia paralelismo de ações e pouco envolvimento dos dois setores que possuíam a mesma temática de trabalho: Educação na Saúde. Entretanto, cada uma trabalhava com grupos diferentes, ou seja, a DGES tinha como público alvo os profissionais de nível superior e a ETSUS os profissionais de nível médio da saúde. A questão era que a ETSUS não fazia parte da estrutura da Secretaria, deste modo as atividades não se integravam ao conjunto de propostas/ soluções da SES. Então, em várias idas e vindas de discussões com o gestor da pasta, decidimos em consenso a junção das duas estruturas em uma Superintendência, fazendo parte da SES.</p>						

<b>Eixo:</b> Formulação de políticas e planejamento						
	<b>Medida ou ação (O quê?)</b>	<b>Quando?</b>	<b>Onde?</b>	<b>Quem?</b>	<b>Como?</b>	<b>Posição?</b>
2)	Revisão dos instrumentos de gestão (Programação Anual de Saúde – PAS, Plano Plurianual – PPA)	Abril/2011	SETSUS	Núcleo de Planejamento da SETSUS	Por meio de reuniões de consensos.	Instrumentos readequados (Produtos IV e V)
<p><b>Justificativa da ação:</b></p> <p>Os instrumentos de gestão são ferramentas de trabalho, dinâmicos e flexíveis que devem conter informações claras para quem se destinam. Além disso, possibilitam a compreensão dos principais problemas de saúde a serem enfrentados, quais as estratégias de solução e os resultados a serem alcançados.</p> <p>Rememore-se que houve uma fusão entre uma autarquia - ETSUS e uma Diretoria – DGES. As duas trabalhavam com formação e qualificação, mas, a dificuldade de integração era evidente. Trabalhava-se com um Plano Plurianual – PPA (2008/2011) onde as ações estavam desarticuladas umas das outras, uma vez que as Unidades Gestoras - UG eram distintas.</p> <p>Com a nova estrutura da SETSUS, todos os instrumentos de gestão tiveram que ser revisados e repactuados, a partir da coerência das duas estruturas, visando à integração dos processos de trabalho. As ações escolhidas evitavam que as mesmas acontecessem de forma paralela. Outra intenção é que estas ações fossem correlacionadas às necessidades das outras Superintendências da SES, onde estas propostas proporcionassem o trabalho integrado das equipes, a partir de objetivos comuns onde os níveis de escolaridade médio e superior fossem complementares um do outro.</p>						

<b>Eixo:</b> Formulação de políticas e planejamento						
	<b>Medida ou ação (O quê?)</b>	<b>Quando?</b>	<b>Onde?</b>	<b>Quem?</b>	<b>Como?</b>	<b>Posição?</b>
3)	Construir a missão, os valores e a visão de futuro da SETSUS	Abril/2011	SETSUS	Todas as Diretorias e Núcleos da SETSUS	De formar ascendente, em várias reuniões de consenso, finalizado com uma plenária final com todos os funcionários da SETSUS.	Missão, valores e visão de futuro construídos. (Produto VII)
<p><b>Justificativa da ação:</b></p> <p>Nas primeiras reuniões da SETSUS percebi as fragilidades dos processos de trabalho, bem como da insatisfação dos atores envolvidos, que foram realçadas com prefixos negativos: insuficiência, indefinição, deficiência, inexistência. Indefinição de competências, inexistência de fluxos (para solicitação de diárias/passagens aéreas, solicitação de material ao almoxarifado, elaboração de editais, certificação, pagamento de hora/aula, etc.), instrumentos não padronizados (folha de frequência de reuniões, memórias de reuniões, relatórios, dentre outros), pactuações informais. Destarte, junto com o N.P.A, tomamos a decisão de propor soluções para cada problema acima mencionado.</p> <p>Iniciando com a construção da missão, valores, visão de futuro e, no mês seguinte, as atribuições dos setores que compõem a SETSUS. <i>A priori</i>, as instituições públicas necessitam saber qual é o seu propósito de existir, de modo que os atores desta instituição reconheçam por que ela existe e o que ela faz. Já os valores falam das crenças compartilhadas de organização. É essencial que as instituições possuam as suas declarações de missão e valores, e que proporcionem para todos os envolvidos os aspectos norteadores, tanto para os gestores como para os usuários, instituindo assim senso de direção e oportunidade.</p>						

<b>Eixo:</b> Formulação de políticas e planejamento						
	<b>Medida ou ação (O quê?)</b>	<b>Quando?</b>	<b>Onde?</b>	<b>Quem?</b>	<b>Como?</b>	<b>Posição?</b>
4)	Definição das competências e atribuições dos departamentos da (SETSUS)	Julho/2011	SETSUS	Todas as Diretorias, Coordenações e Núcleos da (SETSUS)	No movimento ascendente as reuniões aconteceram por Núcleos, Coordenações e Diretorias, finalizadas em plenárias.	Produto VII
<p><b>Justificativa da ação:</b></p> <p>Considerando a revisão da missão e dos valores, percebeu-se a necessidade de construir as atribuições dos setores. De forma ascendente, dos Núcleos para a Diretoria com uma plenária final com toda a Superintendência e com assessoramento do NPA em todas as etapas. Sucederam-se reuniões com as Coordenações e Núcleos no sentido de conhecer as equipes; refletir sobre as especificidades de cada um e em como essas se imbricariam no todo; resgatar, desconstruir e reconstruir suas atribuições; refletir e elaborar a Missão sempre lembrando as funções gestoras do SUS; e, salientando a necessidade e importância da educação permanente do grupo, pactuar uma agenda interna.</p> <p>As atribuições foram consolidadas. Verificou-se que ter ciência de seu papel era importante, mas, saber quais competências: conhecimentos, habilidades e atitudes eram necessárias para o desempenho dessa função eram primordiais. Iniciaram-se novas reflexões e discussões do tipo “bottom-up” denominadas Oficinas do CHA para elaborar as Competências: Conhecimentos (C), Habilidades (H) e Atitudes (A).</p>						

<b>Eixo:</b> Formulação de políticas e planejamento						
	<b>Medida ou ação (O quê)</b>	<b>Quando</b>	<b>Onde</b>	<b>Quem</b>	<b>Como</b>	<b>Posição</b>
5)	Reativar a Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES)	Agosto/2011	SETSUS	Todos os componentes da CIES	Reuniões dos membros de forma sistemática e com pauta definida.	Calendário (Produto X)
<p><b>Justificativa da ação:</b></p> <p>De acordo com a Portaria GM/MS/Nº. 1996/2007, a condução da política de Educação Permanente se dá pela Comissão Intergestores Regional – CIR e pela Comissão de Integração Ensino-Serviço – CIES/CIB-TO.</p> <p>Entretanto, uma situação ainda não resolvida desde abril, mas, constante objeto de diálogo: a reativação da CIES/CIB-TO. Já era junho e nenhuma reunião havia sido realizada.</p> <p>O primeiro passo foi elaborar uma Nota de Esclarecimento (Produto IX) sobre a situação encontrada no que se referia à execução dos Planos de Educação Permanente e publicizar no Conselho Estadual de Saúde - CES, no Conselho de Secretários Municipais – COSEMS, na Comissão Intergestores Bipartite – CIB e nas reuniões das Comissões Intergestores Regionais – CIR.</p> <p>Os esforços foram, então, voltados para a CIES. Após resgate das atas, dos documentos com nomes dos componentes, confirmação dos membros e contatos para convites, realizou-se em 10 de agosto de 2011, uma reunião extraordinária, uma vez que não havia sido consensuado calendário para aquele ano. A partir de então, estabeleceu-se o calendário e foram realizadas mais 03 (três) reuniões ordinárias em 2011. (Atas – Produto XI).</p>						

<b>Eixo:</b> Formulação de políticas e planejamento						
	<b>Medida ou ação (O quê)</b>	<b>Quando</b>	<b>Onde</b>	<b>Quem</b>	<b>Como</b>	<b>Posição</b>
6)	Elaboração do Regimento interno da CIES e Nota de Esclarecimento	Setembro/2011 e novembro /2011	SETSUS	NPA e todos os componentes da CIES	Apresentado e consensuado de uma proposta de regimento interno pelo NPA para os componentes da CIES, e homologado pela CIB.	Produtos XII e IX.
<p><b>Justificativa da ação:</b></p> <p>O resgate histórico nos mostra que a CIES/CIB-TO já existia desde 2008, conforme Resolução Nº 53, de 11 de julho de 2008. Entretanto, ainda não contava com Regimento Interno, tendo apenas uma minuta elaborada pela gestão anterior, que não contemplava todo o escopo da CIES. Em agosto de 2011, um Grupo de Trabalho (GT) foi composto por representantes da gestão da SESAU e representante do Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS-TO com vistas à elaboração do instrumento, a partir da supracitada minuta e também com base no Regimento Interno da CIES do Estado de Minas Gerais.</p> <p>Na reunião ordinária da CIES/CIB-TO realizada 21/09/2011 o Regimento Interno (Produto XIII) foi apresentado e consensuado, sendo posteriormente homologado em reunião ordinária da CIB-TO em novembro de 2011. O instrumento, além de estabelecer as normas, competências e procedimentos da CIES/CIB-TO, também legitimou a inclusão de mais representantes: o Conselho Estadual de Educação do Tocantins - CEE-TO; o Sindicato dos Trabalhadores da Saúde do Tocantins - SINTRAS; e, o Conselho Estadual de Ciência e Tecnologia do Tocantins.</p>						



Pactou-se em reunião ordinária, o Calendário 2012 (Produto XI), sendo que alternadamente, a cada dois meses cada CIR realizará uma reunião ordinária da CIES em seu município-sede. Ou seja, mês sim, mês não, a reunião será realizada de forma centralizada em Palmas.

**Eixo:** Formulação de políticas e planejamento

	<b>Medida ou ação (O quê)</b>	<b>Quando</b>	<b>Onde</b>	<b>Quem</b>	<b>Como</b>	<b>Posição</b>
7)	Elaboração do Plano de Educação Permanente ano 2011.	Setembro / 2011 e novembro / 2011	SETSUS	NPA e todos os componentes da CIES e superintendências da SES	Apresentado e consensuado a proposta do Plano de Educação permanente ano 2012 pelo NPA para os componentes da CIES, e homologado pela CIB.	Produto XIII

**Justificativa da ação:**

Em setembro de 2011. Havia acontecido uma única reunião da CIES. Fora publicada a Portaria GM/MS/Nº. 2.200 em 14 de setembro de 2011, com valores de R\$ 3.076.589,96 (Três milhões, setenta e seis mil, quinhentos e oitenta e nove reais e noventa e seis centavos), para a elaboração do PEEP–TO 2011. Optou-se pelo emprego dos projetos elaborados e não contemplados no PEEP–TO 2010, uma vez que se tratava de um produto legítimo, elaborado coletivamente. Assim, os projetos apresentados e não priorizados em 2010 foram resgatados. Solicitou-se às áreas técnicas responsáveis, a revisão dos projetos, no sentido de reavaliação das metas propostas, da factibilidade e da coerência com a necessidade atual.

O resultado deste trabalho de revisão e elaboração de novas propostas foi apresentado e consensuado em reunião da CIES/CIB-TO, em reunião ordinária realizada nos dias 20 e 21 de setembro de 2011. As propostas foram agrupadas por eixos e subeixos, e ancoradas no objetivo resultante da última análise das Funções Essenciais da Saúde Pública – FESP, em oficina de fortalecimento. A saber: implementar a qualificação, capacitação e educação permanente da força de trabalho em saúde no Estado:

- Eixo I. Educação Permanente: Subeixo - Fortalecimento da Educação Permanente;
- Eixo II. Atenção Primária: Subeixos - Saúde Bucal, Ciclos da Vida e Doenças Crônico-Degenerativas;
- Eixo III. Atenção da Média e Alta Complexidade: Subeixos: Saúde Mental, Urgências e Emergências;
- Eixo IV. Gestão da Atenção à Saúde: Subeixo: Controle e Avaliação; e,
- Eixo V. Gestão: Subeixos: Gestão Administrativa e Gestão das Políticas do SUS.

Em março de 2012, o recurso foi repassado fundo a fundo.

**Eixo: Formulação de políticas e planejamento**

	<b>Medida ou ação (O quê)</b>	<b>Quando</b>	<b>Onde</b>	<b>Quem</b>	<b>Como</b>	<b>Posição</b>
8)	Delineamento dos Planos de Ação Regional de Educação Permanente (PAREPS) 2012	Outubro/2011 a março de 2012	SETSUS	NPA e todos os componentes da CIES/Coordenação de Ciência e Tecnologia (CCTI) da SETSUS	- Várias atividades foram desenvolvidas, segue descrição abaixo.	Produto XV

**Justificativa da ação:**

Como não houve tempo hábil para a elaboração do PEEP 2011, pensou-se que para o de 2012 o tempo não seria o

problema ou justificativa. Assim iniciou-se o delineamento do PAREPS – Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde que subsidiaria a elaboração do PEEP e do PROFAPS 2012.

Vale salientar que na ocasião era também momento de elaboração da LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias – e da LOA - Lei Orçamentária Anual 2012. E, mais ainda, do PPA – Plano Plurianual 2012-2015.

No que se refere ao PAREPS, foi necessário reestudar a Portaria GM/MS/Nº. 1996/2007 e o Decreto Presidencial Nº. 7508/2011. Revisar no parágrafo 1º, do Artigo 2º o papel elaborador do PAREPS pelas CIR (antes CGR – Colegiado de Gestão Regional). Entendeu-se que a função da SETSUS seria subsidiá-las com conhecimentos para que a diretriz de considerar as especificidades locais com vistas a superar as desigualdades fosse efetiva. Para tanto, foram elencadas atividades, responsáveis e prazos, conforme Quadro I.

Formulou-se a seguinte proposta:

- Elaborar material didático;
- Elaborar material didático sobre a PNEPS – Portaria GM/MS/Nº. 1996/2007 para apresentação na Reunião Ordinária da CIES em dezembro/2011.
- Verificar experiências de elaboração do PAREPS em outros Estados.
- Elaborar com base em informações fidedignas a análise situacional demográfica, epidemiológica e de cobertura de serviços, por município, por região e o panorama estadual. Coordenação de Ciência, Tecnologia e Inovação (CCTI)/Núcleo de Integração Ensino-serviço (NIES)
- Elaborar agenda com processos educacionais em saúde a serem ofertados em 2011.
- Elaborar um portfólio dos processos educacionais em saúde, de acordo com PNEPS, considerando a competência de cada ente de gestão: municipal, estadual e responsabilidade sanitária elencada no termo de Compromisso de Gestão (Pacto pela Saúde).
- Definir junto com CIES os critérios para elaboração de projetos para PAREPS, bem como a alocação de recursos financeiros.

- Para definição dos critérios, basear-se nos documentos: PNEPS; PNH; Relatório Final da Conferência Estadual de Saúde; Relatório Final do Fórum de EP de 2010;
- Elaborar planilha de valores de um processo educacional em saúde com carga horária de 40h (NPA e DEP);
- Elaborar formulário digital para levantamento das demandas educacionais.

**Eixo:** Formulação de políticas e planejamento

	<b>Medida ou ação (O quê)</b>	<b>Quando</b>	<b>Onde</b>	<b>Quem</b>	<b>Como</b>	<b>Posição</b>
9)	Elaboração dos critérios para descentralização dos recursos financeiros para os municípios	Março de 2012	SETSUS	NPA e todos os componentes da CIES	Após vários estudos a Superintendência juntamente com o NPA, apresentou uma proposta e após o debate a mesma foi condensada pelos componentes da CIES, e homologada pela CIB, este critérios visam à descentralização dos recursos financeiros para os municípios através de projetos.	Produto XVI

**Justificativa da ação:**

Entendendo que a descentralização faz parte da implementação do SUS, faz-se necessário descentralizar os recursos financeiros para os municípios, com critérios. A minuta dos critérios foi elaborada em consonância com quase todos os documentos previstos, exceto o Relatório Final da Conferência Estadual de Saúde que não ficou pronto e nem foi apresentado em plenária do CES e, portanto, não era legítimo. Os demais documentos foram consultados. Preparou-se uma minuta de critérios para elaboração dos projetos e alocação de recursos para PAREPS que foi apresentada à CIES/CIB-TO na primeira reunião ordinária de 2012.

<b>Eixo:</b> Formulação de políticas e planejamento						
	<b>Medida ou ação (O quê)</b>	<b>Quando</b>	<b>Onde</b>	<b>Quem</b>	<b>Como</b>	<b>Posição</b>
10	Oficinas para construção do PAREPS e formulário de demandas educacionais	Fevereiro de 2012	SETSUS	NPA, todos os componentes da CIES/Coordenação de Ciência e Tecnologia (CCTI) da SETSUS	<p>Por meio de uma oficina prévia para alinhamento conceitual, internamente para os servidores da SETSUS.</p> <p>Muitos servidores inscreveram, mas poucos se identificaram com o tema. Dentro do universo dos que se identificaram, um grupo foi indicado pela Superintendente para facilitar as oficinas nas CIRs.</p> <p>A oficina prévia interna inicialmente foi conduzida pela Superintendente e o NPA e depois pelo CCTI e NIES, com falas respectivamente sobre EP e gestão compartilhada, análise situacional dos municípios, CIRs e Estado.</p>	Produto XV
<p><b>Justificativa da ação:</b></p> <p>Identificou-se a necessidade de uma equipe de apoiadores para subsidiar as CIRs na construção do PAREPS. Assim, elaborou-se um tutorial sobre os critérios para os facilitadores, uma sequência de atividades e um passo a passo para a elaboração dos projetos nas CIRs, sendo utilizado o modelo de projeto que consta no Manual de Processos Educacionais em Saúde elaborado</p>						

em conformidade com a Portaria GM/MS/Nº. 1996/2007.

Desta forma, a iniciativa foi fazer levantamentos das demandas educativas para os trabalhadores municipais e estaduais.

Foi elaborado um questionário (PRODUTO XVIII) com questões relevantes sobre necessidades de Educação Permanente em Saúde para o público alvo citado, este formulário foi criado na plataforma FORMSUS do site do DATASUS que é um serviço do DATASUS para a criação de formulários na WEB, que oportuniza relatórios fidedignos, de acordo com filtros pré-estabelecidos

Os documentos foram elaborados. E, portanto, para as oficinas nas CIRs os facilitadores apresentaram os seguintes documentos:

1. Portfólio (ou cardápio) de cursos, por categoria profissional e competências dos serviços. (PRODUTO XIX);
2. Instrumento de pactuação entre municípios (posteriormente, na mesma reunião da CIB onde os critérios PAREPS foram homologados, foi também homologado o Documento CONSENSO CIR que atenderá esta necessidade); e
3. Documento de pactuação entre município/CIR e área técnica da SESAU;

A partir deste momento vislumbrou-se um cronograma inicial:

1. Consenso dos critérios na CIES – Março;
2. Homologação dos critérios na CIB – Março;
3. Oficinas nas CIRs e da SES para o levantamento das demandas educativas e acesso para atores municipais e estaduais propusessem projetos para composição dos PEEP e PROFAPS – Março/Abril;
4. Elaboração dos projetos pelas CIRs e da SES – Abril/Maio;
5. Revisão dos projetos pela SETSUS – Maio/Junho;
6. Elaboração do PROFAPS – Julho/Agosto;
7. Elaboração do PEEP – Agosto/Setembro.

<b>Eixo: Regulação</b>						
	<b>Medida ou ação (O quê)</b>	<b>Quando</b>	<b>Onde</b>	<b>Quem</b>	<b>Como</b>	<b>Posição</b>
1	Instituir ato administrativo que regulamentasse a indenização de instrutoria.	Agosto/2011	SETSUS	DGES, Jurídico e NPA	Por meio de reuniões de consensos, entre a SETSUS e todas as superintendências apoiados pelo setor jurídico.	Produto XX
<p><b>Justificativa da ação:</b></p> <p>Na execução dos processos educacionais em saúde, a questão do pagamento de hora/aula era polêmica. Como a autarquia tinha autonomia administrativa e financeira, caso diferente da DGES, havia uma incongruência nesse quesito na nova Superintendência. E era necessário chegar a um ponto comum.</p> <p>Para tanto, no exercício de sua função reguladora, a SETSUS com base na Lei Estadual N°. 1.441, de 11 de março de 2004 que instituiu a indenização de instrutoria, e por meio da Assessoria Jurídica da SESAU e junto aos órgãos competentes, (Secretaria de Administração, Secretaria do Planejamento e Casa Civil), elaborou e em agosto de 2011 foi publicada a Portaria SESAU N°. 533 que trata da Remuneração por Instrutoria.</p>						
2	Criação do Comitê de Regulação de Processos Educacionais e	Novembro / 2011	SETSUS	NPA e SECRETARIA ACADEMICA	Em reunião interna decidiu-se por duas frentes de trabalho, que foram assim formadas: uma que pensasse em um modelo de Colegiado que fosse multidisciplinar, multiprofissional,	Produto XX

	Elaboração do Manual de Processos Educacionais				consultivo e deliberativo que analisasse os projetos de processos educacionais em sua completude e no sentido de proposições que reflitam em mudanças nos indicadores de saúde. E, para além, outra baseada em normativas, verificar a possibilidade de o processo educacional ser certificado e de haver pagamento de hora/aula. Neste sentido, foi estabelecido o Comitê de Regulação de Processos Educacionais em Saúde – CREPES.	
<p><b>Justificativa da ação:</b></p> <p>Outro ponto controverso era a certificação. A unificação das Secretarias Acadêmicas da ETSUS e DGES, com públicos diferentes, exigia uma atitude estratégica.</p> <p>Assim o CREPES foi constituído a partir de janeiro de 2012, com o objetivo de que todo processo educacional que requeresse certificação da SETSUS deveria submeter seu projeto ao CREPES.</p> <p>A outra frente de trabalho estruturou um Manual de Processos Educacionais em Saúde, estruturado em 04 (quatro) capítulos: Capítulo I – Diretrizes do CREPES; Capítulo II – Fluxo para operacionalização dos Processos Seletivos; Capítulo III – Orientações Gerais e Fluxo para Certificação de Processos educacionais em saúde; e Capítulo IV: Fluxo para pagamento de hora/aula dos Servidores Públicos. (PRODUTO XX)</p>						



<b>Eixo:</b> Avaliação e Monitoramento						
	<b>Medida ou ação (O quê)</b>	<b>Quando</b>	<b>Onde</b>	<b>Quem</b>	<b>Como</b>	<b>Posição</b>
1	Elaboração de Instrumento para acompanhar os processo educacionais	Janeiro/2012	SETSUS	NPA/NAF	No sentido de um acompanhamento de todas as atividades referentes a um Processo Educacional em Saúde, foi elaborada uma planilha do tipo <i>check-list</i> , onde consta desde a etapa de elaboração do Projeto de Processo Educacional em Saúde, até o processo de pagamento de hora/aula.	Produto XXI
<p><b>Justificativa da ação:</b></p> <p>Sendo uma das funções da gestão monitorar e avaliar as suas ações e recursos financeiros de modo sistemático, e que todos os envolvidos tivessem acesso a estas informações, para que todos pudessem gerenciá-las, foi elaborado um instrumento com esta finalidade (Produto XXI).</p>						
2	Elaboração de planilhas de acompanhamento	Janeiro/2012	SETSUS	NPA/NFA	Proposta em reuniões sistemáticas da Superintendência, o NPA desenvolveu planilhas de acompanhamento da elaboração	Produto XXII

<b>Eixo:</b> Avaliação e Monitoramento						
	<b>Medida ou ação (O quê)</b>	<b>Quando</b>	<b>Onde</b>	<b>Quem</b>	<b>Como</b>	<b>Posição</b>
	dos recursos financeiros				dos Termos de Referência, dos Processos, dos recursos dos PEEP.	
<b>Justificativa da ação:</b> Padronizar um instrumento que facilitasse o acompanhamento dos processos e recursos financeiros.						

## CAPÍTULO VII - PRODUTOS

A finalidade dos produtos é estabelecer os requisitos necessários à obtenção da qualidade requerida pelas instituições, propondo soluções para problemas repetitivos, aumentando resolubilidades e reduzindo os paralelismos e deficiências das ações.

Os produtos foram construídos a partir das necessidades identificadas no desenvolvimento do estudo (Plano de Ação), e das análises do processo de trabalho da SETSUS.

Constituem-se como Leis, portarias e instrumentos de gestão como, por exemplo, o Plano PluriAnual (PPA), Programação Anual, normatização dos processos de trabalho da SETSUS, Regimento Interno da CIES, Planos de Educação Permanente, formulários, portfólio e tutorais.

Estes produtos, listados abaixo e apresentados no volume II desta dissertação, proporcionaram a estruturação da SETSUS, bem como a implementação da Política Nacional de Educação Permanente e conseqüentemente a reformulação dos PEEPs e PROFAPS.

Lista dos produtos que constam no volume II dessa dissertação:

- **Eixo: Formulação de Políticas e Planejamento:**
- ✓ Lei Nº. 2.434/2011 e Organograma SES/TO;
- ✓ Atos de nomeação;
- ✓ Plano PluriAnual – PPA 2008/2011;
- ✓ Programação Anual de Saúde – PAS – DGES 2008;
- ✓ Missão e Valores;
- ✓ Competências e Atribuições;
- ✓ Instrumentos da Comissão de Integração, Ensino-Serviço – CIES;
- ✓ Nota de Esclarecimento Nº. 001/2011;
- ✓ Calendário da CIES;
- ✓ Atas das Reuniões da CIES;
- ✓ Regimento Interno da CIES;
- ✓ Plano de Educação Permanente em Saúde – PEEP / TO 2011;

- ✓ Plano de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde – PROFAPS / TO 2011;
- ✓ Instrumento de Orientação para as Oficinas PAREPS (CIR e SES);
- ✓ Critérios para alocação dos Recursos Financeiros para os municípios;
- ✓ Resolução da CIB aprovando os critérios;
- ✓ Questionário do FormSUS;
- ✓ Portfolio (catalogo) de cursos.
- **Eixo: Regulação:**
  - ✓ Manual de Processos Educacionais em Saúde, com as Portarias de Instrutoria e de Instituição do CREPES.
- **Eixo: Monitoramento e Avaliação:**
  - ✓ Check-list;
  - ✓ Planilha de acompanhamento dos Recursos Financeiros.

## CAPÍTULO VIII - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A contribuição principal deste Projeto foi produzir insumos que permitissem mudanças no processo decisório e na forma de gestão da política de educação Permanente no Tocantins. Ao longo de todo o processo, buscou-se questões e elementos que se mostraram relevantes para desenvolver um plano de ação, baseado nas diretrizes da PNEPS e no debate com as instâncias participativas, que conduziu avanços importantes na formulação e implementação desta Política no estado.

Neste caminhar, foi possível confirmar o primeiro e o segundo pressupostos apresentados, o terceiro não houve tempo suficiente durante o estudo para analisá-lo.

Neste sentido afirma-se que o debate da PNEPS é fundamental para a qualificação e participação das instâncias participativas, bem como a corresponsabilidade dos atores envolvidos.

Em relação ao segundo pressuposto, verificou-se que quando oferta-se o acesso aos municípios, através das CIRs, ao planejamento e à construção do PAREPS, e quando este trabalho ocorre subsidiado pelas necessidades locais, indicadores de saúde, competências dos serviços e trabalhadores do SUS e nas responsabilidades sanitárias municipais e estaduais, as estratégias propostas na composição dos PEEPs e PROFAPS tendem a se apresentarem mais coerentes. Ou seja, dialogam com as necessidades de saúde representadas no Plano Estadual de Saúde.

No que diz respeito às limitações deste estudo, reconheço que existem muitas fragilidades a serem dirimidas. Porém, dois elementos podem ser apontados como potencializadores destas limitações: (1) o fato de estar implementando uma política pública recente e pouco conhecida pela maioria dos trabalhadores e gestores, que tem como objetivo de trabalho resolver questões antigas e complexas, do despreparo dos trabalhadores de saúde para lidar com importantes questões da saúde da população; e (2) a carência de estudos, a nível nacional, sobre a gestão da educação permanente. Os estudos encontrados dispõem sobre as questões do âmbito pedagógico, voltadas às metodologias a serem aplicadas nos cursos.

Uma das fragilidades nesta implementação da política estadual da educação permanente, que precisa ser apontada, é a avaliação dos cursos executados. Tendo em mente a perspectiva do ciclo da política, percebo que as ações propostas no plano de ação estão, na sua maioria, concentradas nos eixos da formulação e implementação, necessitando que haja acréscimos no eixo da avaliação.

Destarte, no exercício da função gestora, apresento a fala da Gestora em Saúde, Márcia Valéria: *“É imperativo que a letra não seja morta”*. Assim busquei fazer: ampliei e recorri aos conhecimentos que adquiri nos espaços ofertados pelo mestrado profissional – aulas, orientações para construção da dissertação, entre outros –; e, entendendo que queria muito mais que um título deste meu processo de aprendizagem, propus mudanças que fizessem sentido e envolvessem os gestores municipais e estaduais, juntamente com as instâncias participativas.

Desta forma, o projeto de dissertação que se iniciou como uma proposta de pesquisa com o objetivo de analisar atores, cenários e propor recomendações foi mais além, tornando-se um plano de ações que alterou quase todos os processos de trabalho desenvolvidos na SETSUS.

Desse modo, percebi que os processos de trabalho devem se organizar pelo planejamento e pelo debate, visando à efetivação das políticas públicas na direção da transformação. Para isso, as decisões devem ser norteadas pelo conhecimento. Nesta perspectiva, faz-se necessário que os planos se transformem em resultados, que sejam respostas às questões identificadas no planejamento.

Propor e promover um ambiente favorável, reconhecendo as “janelas de oportunidades” para implementação das mudanças, significa avançar para crescer e efetivar a política.

Em linhas gerais, o objetivo do estudo foi plenamente alcançado, originando 22 produtos que ainda devem possibilitar a construção de outros. Sendo assim, perseguirei sempre a visão da SETSUS, que é ser reconhecida pela excelência nos processos educacionais e de pesquisa no âmbito da saúde no Estado do Tocantins, alicerçada nos valores da ética, solidariedade, compromisso, eficiência e proatividade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A. **Sobre Política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas)**. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. In: (Ed.). Caminhos para análise das políticas de saúde, 2011.

BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. **A ideia de ciclo na análise de políticas públicas**. In: (Ed.). Caminhos para análise das políticas de saúde, 2011. p.52-91.

BRASIL. **I Conferência Nacional de Recursos Humanos Para a Saúde**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde MS/Secretaria de Recursos Humanos, 1986a.

\_\_\_\_\_. **VI Conferência Nacional de Saúde**. Conselho Nacional de Saúde. 1977.

\_\_\_\_\_. **VII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 1980.

\_\_\_\_\_. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 1986b.

\_\_\_\_\_. **X Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 1996.

\_\_\_\_\_. **XI Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. **Constituição Federal**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990.

\_\_\_\_\_. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde 2002.

\_\_\_\_\_. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde - Polos de Educação Permanente em Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde 2003a.

\_\_\_\_\_. **Resolução Nº 330:** Conselho Nacional de Saúde 2003b.

\_\_\_\_\_. **Resolução Nº 335:** Conselho Nacional de Saúde 2003c.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 198/GM/MS.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde 2004.

\_\_\_\_\_. **Documento Base. 3ª Conferência Nacional De Gestão Do Trabalho e Da Educação na Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2005b.

\_\_\_\_\_. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS).** Brasília, Distrito Federal, Brasil 2005c.

\_\_\_\_\_. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo.** In: (Ed.). Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. p. 300 p. ISBN ISBN 85-334-1238-X.

\_\_\_\_\_. **Caderno RH Saúde: SGTES/Ministério da Saúde.** 3: 188 p. 2006b.

\_\_\_\_\_. **Para entender o Pacto pela Saúde: Conselho de Secretários Estaduais de Saúde.** 2006c.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 399/GM/MS.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006- Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2006d.

\_\_\_\_\_. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-**



**SUS).** Brasília, DF: Brasil 2005.

\_\_\_\_\_. **Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão:** Ministério da Saúde, 2006e.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1996/GM/MS.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. **Curso de Especialização em Gestão em Enfermagem - Modalidade a Distância.** São Paulo: Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, 2009.

\_\_\_\_\_. **Contagem Populacional: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010a.

\_\_\_\_\_. **Plano Estadual de Saúde - Tocantins:** SES/TO, 2010b.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos.** 3. Hucitec, São Paulo, 2007.

CAPELLA, A. C. **Perspectivas Teóricas sobre o Processo de Formulação de Políticas Públicas.** BIB, São Paulo, v. 61, p. 27, 2006.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L., C, M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.** Rev. Saúde Coletiva, v. 14, n. 1, p. 24, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. **Avaliando a institucionalização da avaliação,** 2006.

CRUZ, M. M. **Avaliação de Políticas e Programas de Saúde: contribuições para o debate.** 2011.

CUNHA, I. S. **Educação permanente em saúde e planejamento estratégico situacional: o caso da Secretaria Estadual do Piauí.** Rio de Janeiro: 102 p. 2009.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Participação Social. In: (Ed.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil** (Giovanella, Escorel, Lobato, Noronha, Carvalho, orgs) Editora Fiocruz, 2008.

FRANZESE, C. **Administração Pública em contexto de mudança: desafios para o gestor de políticas públicas.** In: HUCITEC (Ed.), 2011. p.19-53.

FREY, K. **Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil.** 1997.

GELINSKI, C. R. O. G.; SEIBEL, E. J. **Formulação de políticas públicas: questões metodológicas relevantes.** EDUFSC. Revista de ciências humanas. 42: 227-240 p. 2008.

KINGDON, J. W. **Agendas, alternatives, and public policies.** 2<sup>a</sup>. New York: HarperCollins College, 1995. ISBN 0-673-52389-6.

LABRA, M. E. **Política, Processo Decisório e Informação.** ENSP/FIOCRUZ 2002.

LOPES, S. R. S. et al. **Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde.** Com. Ciências Saúde, v. 18, n. 2, p. 9, 2007. Disponível em: < [http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol18\\_2art06.pdf](http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol18_2art06.pdf) >. Acesso em: 13/04/2011.

LUCHESE, P. T. R. **Política Pública em saúde.** PÚBLICA, B. V. E. S. 2004.

LUCHMANN, L. H. H. **Os sentidos e desafios da participação.** I: Red de Revista Cientificas de América Latina y el caribe, Espanha y Portuga. 42(6): 19-26 p. 2006.

MATUS, C. **O Plano como aposta. São Paulo em perspectiva**, v. 5, n. (4), p. 14, 1991. Disponível em: < [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano\\_como\\_aposta-matus.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano_como_aposta-matus.pdf) >.

MINAYO, M. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª Edição. São Paulo: Hucitec, 2010.

NETO, O. C. et al. **Grupos focais e pesquisa social: O debate orientado como técnica de investigação**: FIOCRUZ 2010.

NORONHA, A. B. **Governo chama sociedade para discutir os rumos da saúde: RADIS**. FIOCRUZ 2003a.

\_\_\_\_\_. **Governo chama sociedade para discutir os rumos da saúde**. 2003b.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: (Ed.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil** (Giovannella, Escorel, Lobato, Noronha, Carvalho, orgs): Editora Fiocruz, 2008.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. Educação Permanente em Saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2: 162-166 p. 2008a.

\_\_\_\_\_. Educação Permanente em Saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2: 162-166 p. 2008b.

PINTO, I. C. M.; TEXEIRA, C. F. **Formulação da política de gestão do trabalho e educação na saúde: o caso da secretaria estadual de saúde da Bahia**. Brasil, 2007-2008.: Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 27(9): 1777-1788 p. 2011.

ROCHA, R. **A gestão descentralizada e participativa das políticas públicas no Brasil**: Revista Pós Ciências Sociais. 1 2009.

SILVA, C. C. **Política de Formação de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: Reflexões a cerca de seus antecedentes políticos e sociais.**

SILVA, P. L. B.; MELO, M. A. B. **O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos.** NEPP/UNICAMP 2000.

SOUZA, C. **Políticas públicas: uma revisão da literatura: 20-45 p.** 2006.

TREVISAN, A. P.; BELLEN, H. M. V. **Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção.** 2008.

**ANEXOS**

## ANEXO 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Entrevista)

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “Educação permanente: da política nacional à construção dos planos estaduais de saúde”, desenvolvida pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz. (ENSP/FIOCRUZ).

O objetivo geral da pesquisa é produzir subsídios para a elaboração de futuros planos estaduais de educação permanente do Tocantins coerente com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Sua colaboração nesta pesquisa consistirá em conceder entrevista. A sua seleção se deve à sua inserção em uma das instâncias participativas que integram esse processo de formulação da política e sua participação trará uma imensa contribuição para o bom desenvolvimento do estudo. Porém, não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar.

A entrevista será gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. Entretanto, ela não será disponibilizada e você pode solicitar à pesquisadora que interrompa a gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista. A gravação será mantida em poder da pesquisadora por 05 anos e depois apagada.

Solicitamos que assinale a(s) opção(ões) abaixo que considerar pertinente(s), relativa(s) à autorização das condições de uso do seu depoimento para fins da pesquisa científica.

Esclarecemos que as informações obtidas por meio da sua entrevista serão processadas e analisadas em conjunto com as demais entrevistas e material de outras fontes de pesquisa e que os resultados da análise são de responsabilidade dos pesquisadores; que citações diretas de falas, que permitam sua identificação por intermédio do seu papel/função institucional no processo das políticas, serão evitadas. Porém, caso você autorize e seja necessário para a compreensão da conjuntura, seu papel/função poderá ser identificado.

- ( ) Autorizo que minha função institucional conste em uma listagem geral de entrevistados.  
 ( ) Autorizo que minha função institucional seja vinculada às informações por mim fornecidas.  
 ( ) Solicito que meus dados pessoais sejam mantidos em completo sigilo. Você receberá uma cópia deste termo onde constam os dados da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP para que possa tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação a qualquer momento.

*Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP:*

Tel. e Fax: (0XX) 21- 2598-2863

E-mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

<http://www.enasp.fiocruz.br/etica>

Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRUZ

Av. Leopoldo Bulhões, 1480 – térreo

Manguinhos, Rio de Janeiro – RJ

CEP: 21041-210

Linvalda Rodrigues Henriques de Araújo

606 Sul, Alameda Portinari, APM 07

Palmas- Tocantins

CEP: 77022-062

Escola Técnica de Saúde- ETSUS

E-mail: [etsus@saude.to.gov.br](mailto:etsus@saude.to.gov.br)

Tel.: (63) 3218 6290

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

\_\_\_\_\_  
 (Nome do entrevistado)

## ANEXO 2- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Grupo Focal)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Educação permanente: da política nacional à construção dos planos estaduais de saúde”, desenvolvida pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz. (ENSP/FIOCRUZ).

O objetivo geral da pesquisa é produzir subsídios para a elaboração de futuros Planos Estaduais de Educação Permanente do Tocantins coerentes com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Este convite se deve à sua representatividade no colegiado regional, que é uma das instâncias participativas que integram o processo da política de educação permanente e sua colaboração nesta pesquisa consiste em participar de um grupo focal com outros representantes dos colegiados gestores regionais. Sua participação trará uma imensa contribuição para o bom desenvolvimento do estudo, porém, não é obrigatória, e a qualquer momento pode ser interrompida.

O debate do grupo focal será gravado para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. Contudo, a gravação não será disponibilizada e será utilizada apenas para fins da pesquisa. Esclarecemos que as informações obtidas por meio do grupo focal serão processadas e analisadas em conjunto com as entrevistas e material de outras fontes de pesquisa e que os resultados da análise são de responsabilidade dos pesquisadores. Seus dados pessoais são sigilosos e não serão divulgados de forma nenhuma. A gravação será mantida em poder da pesquisadora por 05 anos e depois apagada.

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

*Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP:*

Tel. e Fax: (0XX) 21- 2598-2863

E-mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

<http://www.enasp.fiocruz.br/etica>

Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRUZ

Av. Leopoldo Bulhões, 1480 – térreo

Manguinhos, Rio de Janeiro – RJ

CEP: 21041-210

Linvalda Rodrigues Henriques de Araújo

606 Sul, Alameda Portinari, APM 07

Palmas- Tocantins

CEP: 77022-062

Escola Técnica de Saúde- ETSUS

E-mail: [etsus@saude.to.gov.br](mailto:etsus@saude.to.gov.br)

Tel.: (63) 3218 6290

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

\_\_\_\_\_  
 Nome do entrevistado

### ANEXO 3 - Roteiro para Entrevista Aberta

#### Dados concretos (de identificação)

Instância Participativa:	Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
Função:	
Tempo como gestor:	
Experiências anteriores como gestor:	

#### Questões

1. O que é a Política Nacional de Educação Permanente?
2. Como ela é operacionalizada no Estado do Tocantins?
3. Existe diferença entre a Política Estadual e o Plano de Educação Permanente? Qual?
4. Como se dá o processo de formulação da Política de Educação Permanente no Tocantins?
5. Como é a participação do(a) \_\_\_\_\_ (CES/CIB/CIES/DGES/CGE/NPA) neste processo?
6. São realizadas reuniões para o debate desta Política no (a) \_\_\_\_\_ (CES/CIB/CIES/DGES/CGE/NPA)? Com que frequência?
7. Se sim, quem são os atores e instituições que participam destas reuniões?
8. Como são definidas as pautas destas reuniões?
9. É feito um acompanhamento das deliberações / encaminhamentos destas reuniões? Como?
10. Como são identificadas as necessidades e prioridades de saúde para esta Política?
11. Como são definidas as ações/processos educacionais da Política?







## **ANEXO 6 - Roteiro para Grupos Focais (Página 3)**

### **Conceito (15 a 20 minutos)**

- ✓ O que é a Política Nacional de Educação Permanente?
- ✓ Como ela é operacionalizada no Estado do Tocantins?
- ✓ Existe diferença entre a Política Estadual e o Plano de Educação Permanente? Qual?
- ✓ O que é plano de ação regional de educação permanente?

### **Papel do colegiado (15 a 20 minutos)**

- ✓ Qual a função do colegiado em relação à Política Estadual de Educação Permanente?
- ✓ Que atividades você desenvolve em relação à Política Estadual de Educação Permanente?

### **Reuniões do colegiado (15 a 20 minutos)**

- ✓ São realizadas reuniões no próprio colegiado sobre EP?
- ✓ Como são definidas as pautas destas reuniões?
- ✓ Como são identificadas as prioridades para o plano de ação regional de educação permanente (PAREPS)?
- ✓ É feito um acompanhamento das deliberações / encaminhamentos destas reuniões? Como?

### **Participação na CIES e CIB (15 a 20 minutos)**

- ✓ Essas instâncias traduzem, no PEEP, as prioridades apontadas pelos colegiados?
- ✓ É feito o acompanhamento das ações propostas no PEEP?

**Anexo 7 - Observação do Grupo Focal (Página 4): anotações no diário de campo**

Pesquisa:

---

Grupo

Observado: 

---

Observadora:

---

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Hora Início: \_\_:\_\_ Hora Fim: \_\_:\_\_ Duração: 

---

Data de realização do comentário crítico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

OBS: As páginas seguintes devem conter o registro das observações realizadas no decorrer do grupo focal e o comentário crítico das mesmas.