

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**THIAGO FACHETTI DA SILVA**

**A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O SUS: (DES)MONTANDO  
PEÇAS DE UM QUEBRA-CABEÇA**

VITÓRIA

2016

THIAGO FACHETTI DA SILVA

A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O SUS: (DES)MONTANDO  
PEÇAS DE UM QUEBRA-CABEÇA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração de Política e Gestão.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rita de Cássia Duarte Lima

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Claudia Pinheiro Garcia

VITÓRIA

2016

## **THIAGO FACHETTI DA SILVA**

### **A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O SUS: (DES)MONTANDO PEÇAS DE UM QUEBRA-CABEÇA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração de Política e Gestão.

Aprovado em 14 de abril de 2016.

#### **COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rita de Cássia Duarte Lima  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Orientadora

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tania Cristina França da Silva  
Membro Permanente Externo

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Angélica Carvalho de Andrade  
Membro Permanente Interno

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliane de Fátima Almeida Lima  
Membro Suplente Externo

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maristela Dalbello-Araújo  
Membro Suplente Interno

## DEDICATÓRIA

À Fabianny, pessoa com quem amo partilhar a vida. Com você tenho me sentido mais vivo de verdade. Obrigado pelo carinho, pela paciência e por sua capacidade de me trazer paz nos momentos mais difíceis;

À minha família, por sua capacidade de acreditar e investir em mim. Mãe, seu cuidado e dedicação foi o que deram, em alguns momentos, a esperança para seguir. Pai, sua presença significou segurança e certeza de que não estou sozinho nessa caminhada;

Aos amigos e colegas, pelo incentivo e pelo apoio constantes;

A todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos a mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a DEUS e a Nossa Senhora, que ouviram minhas orações e sempre iluminam meus caminhos;

À minha esposa Fabianny, que abriu mão de seus sonhos e convicções e me acompanhou em absolutamente todos os momentos;

À minha família, pela devoção, amor incondicional e por sempre acreditar em minha capacidade, sem a qual o caminho seria muito mais árduo;

À Fatinha e Djalma, pelo companheirismo e pelo carinho;

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Rita, por suas observações sempre à frente da minha limitada capacidade de enxergar o mundo;

À minha coorientadora, Prof<sup>a</sup>. Ana Cláudia, pelo convite para esse desafio, pela confiança, pela disponibilidade e atenção;

À Prof<sup>a</sup>. Eliane e à Prof<sup>a</sup>. Angélica, pelas contribuições para que esse trabalho se tornasse realidade;

À Prof<sup>a</sup>. Tânia França, pela oportunidade e pela confiança na qualidade do trabalho;

A todos os professores do Colegiado que em algum momento fizeram parte da minha formação, em especial o Prof. Túlio e a Prof<sup>a</sup>. Maristela;

À Paula, pela sinceridade e pelas conversas que me ajudaram na minha caminhada;

À minha turma, pela amizade e pelo aprendizado inesquecível;

Ao NUPGASC, pelos momentos especiais de aprendizado e de amizade;

Aos funcionários do Colegiado, pelo café e pelo ambiente sempre limpo e propício para os estudos;

Aos participantes do estudo, sem os quais a pesquisa teria sido impossível de ser realizada.

“Tu te tornas eternamente responsável por aquilo que cativas.”

Antoine de Saint-Exupéry

## RESUMO

A implementação do Sistema Único de Saúde tornou visível a centralidade da questão da gestão do trabalho para a efetivação do sistema. A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde confirma a relevância para a área de recursos humanos por meio da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. A Portaria 198/2004, que instituiu essa Política, tinha como eixo central os Polos de Educação Permanente em Saúde. Essa Portaria foi substituída pela Portaria 1996/2007, que traz os Colegiados de Gestão Regional e as Comissões de Integração Ensino-Serviço como protagonistas para a condução da referida Política. Esta pesquisa faz parte de outra mais abrangente, de caráter multicêntrico. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, tendo como cenário o estado do Espírito Santo, que utilizou como instrumentos de coleta de material a análise documental dos Relatórios Anuais de Gestão e do Plano Estadual de Saúde, o questionário com o gestor responsável pelas ações de Educação Permanente no Espírito Santo e as entrevistas com os integrantes das Comissões de Integração Ensino-Serviço. Tem-se como objetivo analisar o desenvolvimento da Política de Educação Permanente implementada pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo, mais especificamente o papel das Comissões de Integração Ensino-Serviço. É possível perceber um avanço institucional importante a partir da Portaria 1996/2007, consubstanciado através de uma reorganização administrativa da Secretaria de Estado da Saúde, com estruturas próprias voltadas à Educação Permanente, Plano Diretor de Regionalização atualizado com todas as regiões de saúde com Colegiados de Gestão Regional implantados e assessorados por Comissões de Integração Ensino-Serviço. Contudo, observou-se uma estagnação dos pressupostos que permeiam a Portaria 1996/2007, juntamente com um quadro de fragilização destas comissões.

Palavras-chave: Educação continuada; Recursos humanos; Sistema Único de Saúde.

## **ABSTRACT**

The implementation of the Unified Health System made visible the centrality of the issue of labor management for the effectiveness of the system. The creation of the Secretariat of Labor Management and Health Education confirms the relevance to human resources through the National Policy of Permanent Education in Health. Ordinance 198/2004, which instituted this policy, had as central axis of the Polos Continuing Health education. This Ordinance was replaced by Decree 1996/2007, which brings the Collegiate Regional Management and Integration Committees Teaching-Service as protagonists for the conduct of that policy. This research is part of broader another multicenter character. This is a descriptive exploratory study of qualitative approach, with the backdrop of the state of Espirito Santo, which used as instruments for the collection of material document analysis of the Annual Reports of Management and the State Health Plan, the questionnaire with the manager responsible for the actions of Continuing Education in the Holy Spirit and interviews with members of the Integration Committees Teaching and Service. One has to analyze the development of permanent education policies implemented by the State Department of State Health of the Holy Spirit, more specifically the role of Integration Committees Teaching and Service. You can see an important institutional advance from the Decree 1996/2007, embodied by an administrative reorganization of the State Department of Health, with its own structures focused on Permanent Education Plan Regionalization date with all health regions Collegiate Regional management deployed assisted by Integration Committees Teaching and Service. However, there was a stagnation of the assumptions that permeate the Decree 1996/2007, together with a weakening framework of these committees.

**Keywords:** Continuing education; Human Resources; Health Unic System.



## LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CGRs	Colegiados de Gestão Regional
CID-10	Classificação Internacional de Doenças, 10ª Edição
CIES	Comissões de Integração Ensino-Serviço
CIR	Comissão Intergestora Regional
CODRHU	Coordenadoria de Desenvolvimento de Recursos Humanos
CPqAM	Centro de Pesquisas Ageu Magalhães
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DEPREPS	Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FM	Faculdade de Medicina
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IESP	Instituto Estadual de Saúde Pública
IMS	Instituto de Medicina Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
NUEDRH	Núcleo Especial de Desenvolvimento de Recursos Humanos
NUEFS	Núcleo de Educação e Formação em Saúde
Nupgasc	Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva
ObservaRH	Estação de Trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde
PAREPS	Plano Regional de Educação Permanente em Saúde

PEA	População Economicamente Ativa
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PEPS	Polos de Educação Permanente em Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNEA	População Não Economicamente Ativa
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
Polos-SF	Polos de Saúde da Família
PPGSC	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Pró-Residências	Programa Nacional de Formação de Especialistas para o SUS
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
RAGs	Relatórios Anuais de Gestão
RCB	Receita Corrente Bruta
RCL	Receita Corrente Líquida
SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Organograma da SGTES .....	22
<b>Figura 2</b>	Ciclo de uma política pública ( <i>policy cycle</i> ) .....	34
<b>Figura 3</b>	Proposta de Organização da EP no Espírito Santo, segundo PDR (2011) .....	42
<b>Figura 4</b>	Organograma da Educação Permanente em Saúde na Secretaria de Estado de Saúde, 2016 .....	44
<b>Figura 5</b>	Quebra-cabeça da Educação Permanente do Espírito Santo..	45
	Artigo 1	
<b>Figura 1</b>	Organização da EP após o PDR 2011 .....	58

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b>	Identificação da seleção do estudo .....	46
<b>Quadro 2</b>	Classificação das ações de Educação Permanente por natureza .....	48
Artigo 1		
<b>Quadro 1</b>	Aprimoramento da gestão, desenvolvimento e formação de Recursos Humanos. ESPÍRITO SANTO, 2008 .....	59
<b>Quadro 2</b>	Metas propostas para a Gestão, Formação e Desenvolvimento dos trabalhadores do SUS do estado do Espírito Santo, 2012 .....	60
<b>Quadro 3</b>	Ações prioritizadas no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, Espírito Santo 2011 .....	61
Artigo 2		
<b>Quadro 1</b>	Identificação da seleção do estudo .....	77

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Quantitativo de ações de Educação Permanente na modalidade de Capacitações/Eventos distribuídos por área e por ano - Espírito Santo, 2008 a 2012 .....	62
<b>Tabela 2</b>	Quantitativo de ações de EP distribuídas por Residência, Mestrado e Especialização distribuídos por área e por ano - Espírito Santo - 2008 a 2011 .....	63

## SUMÁRIO

	<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	14
<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	20
2.1	OBJETIVO GERAL .....	20
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	20
<b>3</b>	<b>CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS: O MANUAL DE INSTRUÇÕES</b> .....	21
3.1	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE .....	21
3.2	O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE .....	27
3.3	(RE)CONTEXTUALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SEU PROJETO ÉTICO-POLÍTICO .....	30
3.4	AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE EP .....	33
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS</b> .....	37
4.1	TIPO DE PESQUISA .....	37
4.2	CENÁRIO DA PESQUISA .....	38
<b>4.2.1</b>	<b>Características históricas, geográficas, econômicas e sociais</b> .....	38
<b>4.2.2</b>	<b>Características epidemiológicas</b> .....	39
<b>4.2.3</b>	<b>Regionalização</b> .....	41
<b>4.2.4</b>	<b>Educação Permanente na SESA</b> .....	42
4.3	SELEÇÃO DO ESTUDO .....	45
4.4	INSTRUMENTOS DE COLETA DE MATERIAL .....	47
<b>4.4.1</b>	<b>Análise documental</b> .....	47
<b>4.4.2</b>	<b>Questionário</b> .....	49
<b>4.4.3</b>	<b>Entrevista</b> .....	49
4.5	TRATAMENTO E ANÁLISE DO MATERIAL .....	50
4.6	ASPECTOS ÉTICOS .....	51
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	52
5.1	O DESENVOLVIMENTO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE: ANÁLISE DOCUMENTAL DE UM QUEBRA-CABEÇA .....	52
5.2	COMISSÕES DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: (IM)POSSIBILIDADES DE (DES)MONTAR OS QUEBRÁ-CABEÇAS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE .....	72
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	91
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	95
	<b>ANEXOS</b> .....	102
	<b>APÊNDICE</b> .....	111

## APRESENTAÇÃO

A educação em saúde foi uma marca importante em minha trajetória profissional. Palestras, encontros e outras atividades educativas estiveram sempre presentes em meu cotidiano junto à comunidade onde trabalhei, em um município no extremo norte do Espírito Santo. Em relação à experiência com o trabalho em equipe, também não foi diferente. Tive desempenho ativo na educação em saúde da comunidade e na capacitação de profissionais da equipe de enfermagem e de Agentes Comunitários de Saúde da Estratégia Saúde da Família, na condição de Coordenador do Programa de Saúde da Mulher. Como exemplo, destacam-se capacitações envolvendo os testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites B e C, Programa Saúde na Escola, o sistema de informação do pré-natal e câncer de colo de útero, e ainda uma participação na organização de um simpósio local realizado pelo Comitê Regional de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, do qual era membro. Concomitantemente atuei também como professor no nível fundamental, médio e técnico em Segurança do Trabalho e Enfermagem do Trabalho.

Contudo, foi no mestrado em Saúde Coletiva que pude realmente aprender sobre a Educação Permanente (EP) de forma mais aprofundada. Na disciplina de Planejamento em Saúde, tive a oportunidade de estudá-la e relacioná-la com outros temas como, por exemplo, o processo de trabalho em saúde, a cogestão, a participação da comunidade no planejamento em equipe e o planejamento descentralizado.

Mais no fim do curso ingressei como enfermeiro em um concurso da Secretaria Estadual de Saúde (SESA), num hospital da rede estadual. Trata-se de uma experiência muito enriquecedora, pois tem sido possível transitar em diferentes pontos de atenção no sistema de saúde e perceber que no hospital estão presentes inúmeras oportunidades para a aprendizagem, sobretudo a educação permanente, que conta com um setor específico nessa instituição.

Importante pontuar que o estudo ora proposto faz parte de uma pesquisa mais abrangente, de caráter multicêntrico, que foi realizada por um conjunto de

instituições, que já têm desenvolvido parcerias de trabalho e apresentam reconhecida competência na temática da EP e produção científica nesse campo.

Trata-se da pesquisa “Avaliação das Políticas de Educação Permanente do SUS implementadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES)”, coordenada pela Estação de Trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ObservaRH) do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), que contou com a participação de pesquisadores do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva (NESC) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Faculdade de Medicina (FM) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), do Centro de Pesquisas Ageu Magalhães (CPqAM) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), do qual faço parte.



## 1 INTRODUÇÃO

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) induziu a expansão da rede pública de serviços de saúde e, conseqüentemente, a abertura de postos de trabalho para uma gama de trabalhadores necessários à operacionalização da atenção à saúde, principalmente nas esferas subnacionais. Nessa conjuntura, torna-se visível a centralidade da questão dos profissionais para a implementação do sistema (BRASIL, 2014).

A análise dos debates relacionados aos trabalhadores a partir da trajetória das Conferências Nacionais de Saúde realizadas por BRASIL (1993), Pereira (2012) e Pierantoni *et al.* (2012) permite verificar como o tema vem sendo tratado ao longo da construção do sistema de saúde nacional. Possibilita também observar como as transformações ocorridas no Brasil e no mundo, principalmente nas últimas décadas, vêm contribuindo para a elaboração e implantação de políticas de gestão do trabalho e da educação em saúde.

O processo de reforma dos sistemas de saúde, na década de 1990, criou um vazio, deixando evidente que sem uma política para os profissionais não haveria mudanças efetivas na saúde das populações (PIERANTONI *et al.*, 2013).

Até o ano de 2003, o país se encontrava entre aqueles que tratavam com pouca atenção a questão dos trabalhadores da saúde. A área estava a cargo de uma coordenação no terceiro escalão do Ministério da Saúde (MS) (PIERANTONI *et al.*, 2013).

Para Pierantoni *et al.* (2012, 2013), a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES), ocupando o primeiro escalão do MS, inaugura um novo momento na medida em que reafirma e dá relevância para a área de recursos humanos no desenvolvimento da Política Nacional de Saúde. O contexto sobre a criação da SGTES será esmiuçado em capítulo posterior.

Entre os principais eixos estruturantes da política da SGTES de formação e desenvolvimento de profissionais para a saúde, encontra-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Trata-se de uma proposta de ação estratégica, com o objetivo de promover a transformação e a qualificação das

práticas, da organização das ações e dos serviços, dos processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde (PIERANTONI *et al.*, 2013).

Ao discutir sobre a EP, Feuerwerker (2014) afirma que a ideia foi produzida na Europa no campo da educação, primeiramente nos anos de 1930 e, depois, com muito mais força na década de 1960, sempre associada a iniciativas que envolviam a aprendizagem de adultos em momentos de reestruturação produtiva e necessidade de reposicionar grandes contingentes de pessoas no mercado de trabalho em função da intensificação da industrialização e da urbanização.

Nos anos de 1960, Pierre Furter foi um dos educadores a trabalhar fortemente na construção dessa ideia, reconhecendo que, já então, havia várias formulações em torno da EP (FEUERWERKER, 2014).

Feuerwerker (2014), citando Furter, discorre acerca:

O homem está em permanente construção e em suas relações no cotidiano sempre produz conhecimentos/sabedoria que interferem em suas possibilidades de conduzir a vida. O saber científico é somente uma parte desse universo de saberes possíveis e válidos. E a aprendizagem escolar é somente uma das possibilidades para construção dos saberes. Os adultos mobilizam-se por buscar novos saberes quando se deparam com problemas que consideram relevantes – para o trabalho ou para a vida. Qualquer processo educativo, dirigido a adultos, que se pretenda efetivo, deve ser desencadeado a partir da identificação de necessidades de aprendizagem por parte dos “educandos” e precisa dialogar com seus saberes prévios, tenham sido eles adquiridos sistematicamente por meio de processos educativos formais ou por meio de sua experiência cotidiana (FEUERWERKER, 2014, p. 92).

Nesse sentido, Mendes (2000) afirma que a EP pode ser entendida como um sistema aberto, que utiliza toda a potencialidade da escola e da sociedade para produzir os valores, conhecimentos e técnicas que servem de base à práxis humana em toda a sua extensão.

Na opinião de Mendes (2000), essa ferramenta permite vislumbrar a superação do dualismo entre trabalho e educação, pois as técnicas sociais caminham para uma crescente conversibilidade mútua, as técnicas de trabalho confundindo-se com as de educação. O meio para essa superação está na EP, processo contínuo que permitirá

a ascensão de um nível para outro (primário, médio, superior), prevendo-se que o novo modelo de educação exigirá a criação de um fluxo do qual cada indivíduo possa retirar o quanto deseje ou necessite.

O artigo original de Mendes (2000), embora publicado na década de 1960, permanece atual ao trazer para a discussão a potencialidade da EP. Para o autor,

Será impossível atender à demanda escolar, nas proporções atuais, com o sistema escolástico (tomada a palavra no sentido sociotipológico, e não estritamente histórico). Escolarizar todo mundo segundo o modelo tradicional ultrapassa de muito a soma de recursos materiais e humanos com que conta a maioria dos países, e especialmente os que ainda estão em processo de desenvolvimento. A única saída que, no momento, se poderia vislumbrar, parece estar na educação permanente, ligada não só à atividade profissional, mas a toda a práxis humana: cívica, social, cultural, política. (...)

O vulto dessa tarefa exige, não só a transformação da instituição acadêmica e escolar, como o concurso de outras instâncias e formas de educação, a criação de um sistema aberto de cursos, nas escolas médias e nas universidades, adaptadas aos mais variados interesses e às diferentes condições de talento, cultura e disponibilidade de tempo de todas as categorias de pessoas (MENDES, 2000).

Dessa maneira, Ceccim (2004) afirma que a introdução da Educação Permanente em Saúde (EPS) configura-se como um desafio ambicioso e necessário. Isto porque se trata de uma estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, estabelecendo ações intersetoriais oficiais e regulares com o setor da educação, submetendo os processos de mudança na graduação, nas residências, na pós-graduação e na educação técnica à ampla permeabilidade das necessidades/direitos de saúde da população e da universalização e equidade das ações e dos serviços de saúde.

Ainda que se trate de uma proposta vinda da pedagogia, efetivada há muitos anos nesta área, foi somente na saúde que a EP se tornou política pública (SMAHA; CARLOTO, 2010).

O instrumento normativo que inicialmente possibilitou a implantação da PNEPS foi a Portaria 198/2004 (BRASIL, 2004a), que tinha como característica na condução dessa proposta espaços de articulação, negociação e pactuação interinstitucionais para a construção de projetos de educação, com base nas necessidades de formação e desenvolvimento de profissionais de saúde, chamados Polos de

Educação Permanente em Saúde (PEPS). Embora o objetivo dessa Portaria fosse privilegiar os espaços locorregionais, a lógica do financiamento ficou atrelada ao MS, que aprovava os projetos oriundos dos Polos e só então liberava o financiamento, por meio de convênios.

A Portaria 1996/2007, como já explicitado anteriormente, traz uma nova realidade, substituindo os PEPS pelo protagonismo dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs) e das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES).

Tendo em vista a necessidade de adequação da PNEPS às diretrizes operacionais e ao Pacto pela Saúde, essa política precisou ser reformulada, o que culminou na aprovação da Portaria GM/MS n. 1996/2007, após um período de discussão e negociação entre gestores do sistema. Segundo Pierantoni *et al.* (2012), a nova PNEPS foi fortemente ancorada na estruturação dos CGR e das CIES, trazendo mudanças no âmbito do financiamento, assim como critérios de alocação e mecanismos de transferência de recursos para as ações de EP. Cabe destacar que, em substituição ao termo CGR, a partir do Decreto 7508/2011, passou-se a utilizar o termo Comissão Intergestora Regional (CIR). No entanto, este trabalho utilizará o termo CGR, por se tratar do mesmo termo utilizado na Portaria GM/MS n. 1996/2007, dispositivo que instituiu a política analisada nesta pesquisa.

A partir de tais mudanças, observa-se uma nova realidade com o protagonismo dos CGRs e das CIES. Contudo, apesar do reconhecimento de que se tratam de instâncias necessárias para o desenvolvimento da política de EP, ainda são escassos estudos que analisem como elas têm operado e desenvolvido o conjunto de atribuições de sua competência.

Nessa perspectiva, faz-se necessário conhecer as políticas ou programas de gestão da educação adotados pelas instâncias estaduais após as alterações introduzidas pela Portaria GM/MS n. 1.996/07, a fim de subsidiar a tomada de decisão para seu planejamento, sua continuidade ou mesmo seu redirecionamento. Esse trabalho resultou em dois artigos, que buscam analisar o desenvolvimento da EP no Espírito Santo. O primeiro, especificamente, teve como escopo descrever as ações de EP desenvolvidas, enquanto o segundo procurou identificar o papel das CIES no contexto da política referida. Assim, espera-se contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população brasileira.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar o desenvolvimento da Política de Educação Permanente implementada pela SESA do Espírito Santo.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o papel das CIES;
- Descrever as ações de EP desenvolvidas na SESA;
- Verificar os mecanismos de avaliação e monitoramento das ações de EP utilizados pela SESA/ES.

### 3 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS: O MANUAL DE INSTRUÇÕES

#### 3.1 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

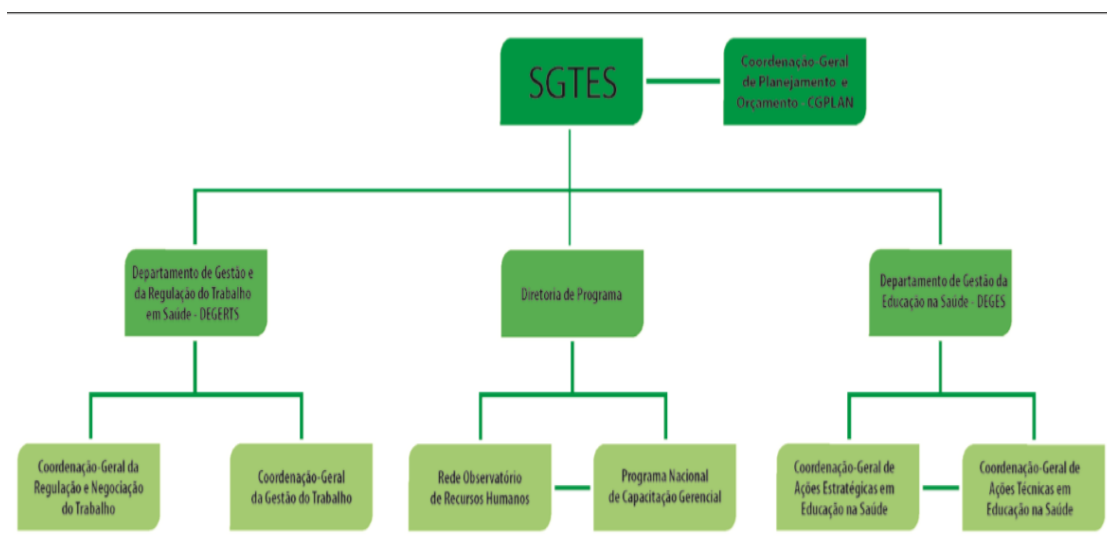
Estudos de revisão de literatura, que resultam do aumento da produção científica e do acúmulo de informações, segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008) e Lopes e Fracoli (2008), abordam a temática da EPS. Entre eles, encontram-se: um estudo de revisão sistemática de Moreira (2010), que buscou descrever a produção científica desenvolvida no país; um de revisão integrativa de Stroschein e Zocche (2011), que estudaram as experiências de implantação da EPS realizadas no Brasil; e outro, de metassíntese, de Miccas e Batista (2014), que fizeram um estudo da literatura sobre os principais conceitos e práticas relacionados à EPS.

No Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da UFES, destacam-se pesquisas de Pereira (2012) e Castro (2014). Esta, além de discutir a temática de forma ampliada e trazer o debate para o setor saúde, buscou analisar as concepções sobre EPS difundidas por gestores de um município do Espírito Santo; enquanto aquela buscou descrever o processo de implantação dos PEPS no mesmo estado, mas também problematizou a questão conceitual que envolve a EP e a educação continuada e descreveu o caminho percorrido pela EPS ao longo dos anos, nos debates sobre Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde.

Alves (2007) e Bravin (2008) apontaram a importância do artigo 200 da Constituição Federal (CF), que atribuiu ao SUS a ordenação e formação de recursos humanos. A CF foi promulgada em 1988, mas, segundo Batista e Gonçalves (2011), Pereira (2012) e Castro (2014), o marco para a institucionalização da EPS foi em 2003, com a reformulação do Ministério da Saúde (MS) e a criação da SGTES. Tal fato foi determinante para a formulação e indução de políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2004a), acontecimento propiciado principalmente pelo novo cenário político nacional na época, com a mudança de governo e direção política em nível federal, fato que impulsionou a reformulação do MS, trazendo um novo desenho para as formulações relativas à educação e à gestão do trabalho em saúde.

Nesse cenário, torna-se importante apontar que a SGTES sofreu e continua sofrendo mudanças em seu organograma inicial, a partir de 2005. O organograma a seguir foi retirado de um documento da referida Secretaria; porém em 07 de agosto de 2013, por meio do Decreto n. 8.065, foi criado o Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS). Entre suas principais responsabilidades está a elaboração de estratégias de provimento e formação que permitam o enfrentamento do histórico problema da escassez de médicos no Brasil, que tanto dificulta a efetiva universalização do acesso e a promoção de um SUS mais justo e equânime. Este Departamento está à frente da execução do Programa Mais Médicos para o Brasil, do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e do Programa Nacional de Formação de Especialistas para o SUS (Pró-Residências).

**Figura 1:** Organograma da SGTES.



Fonte: BRASIL, 2012.

Merece destaque o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), dividido inicialmente em três coordenações: Ações Estratégicas em Educação na Saúde, com atuação na educação superior das graduações de saúde; Ações Técnicas em Educação na Saúde, com a educação profissional dos trabalhadores da saúde como eixo principal; e Ações Populares de Educação na Saúde, retirada

do quadro inicial do DEGES, com o propósito da formação e a produção do conhecimento para a gestão social das políticas públicas de saúde, por meio da educação em saúde.

Esse Departamento está diretamente implicado na proposição da EP, responsável pela formulação das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à EP dos trabalhadores da saúde em todos os níveis de escolaridade; à capacitação de profissionais de outras áreas em saúde, dos movimentos sociais e da população, para favorecer a articulação intersetorial, incentivar a participação e o controle social no setor da saúde; e à interação com a escola básica no tocante aos conhecimentos sobre saúde para a formação da consciência sanitária.

A criação dessa nova secretaria, em nível primário de hierarquia, possibilitou a implantação da PNEPS, por meio da Portaria GM/MS n. 198/2004. Esse dispositivo define EP como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Nesse contexto, a gestão da PNEPS era executada por meio de PEPS – muitos oriundos dos Polos de Saúde da Família (Polos-SF) –, que eram instâncias de articulação interinstitucional, como Rodas para a Gestão da Educação Permanente em Saúde. Ou seja, espaços para o estabelecimento do diálogo e de negociação entre os atores das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras e a identificação de necessidades, e para a construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento (BRASIL, 2004b).

Bravin (2008) descreve com riqueza de detalhes o contexto de transição da PNEPS. Segundo o autor, no período de junho de 2005, com intuito de aumentar a base de sustentação do governo, houve substituição de vários ministros, inclusive do MS, o que ocasionou troca de equipe em várias secretarias, dentre elas a SGTES e o DEGES. A nova equipe, com o entendimento diferenciado da primeira, modificou a estrutura do DEGES, transferindo a Coordenação de Ações de Educação Popular em Saúde para a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), sob a justificativa de que constavam dentre as atribuições daquela secretaria o apoio aos Conselhos Municipais e Estaduais e o controle social. Além disso, teve início a pesquisa de avaliação da PNEPS, produzida pelo Departamento de Medicina Preventiva, da Faculdade de Medicina da USP, sob coordenação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Luiza D'Ávila Viana, com o objetivo de produzir informações e orientar futuras



decisões acerca da política. O mesmo autor afirma que a pesquisa teve impacto relevante na condução da política e que durante esse período houve um arrefecimento do próprio MS na implementação da PNEPS, configurado na diminuição de relatórios de gestão produzidos no DEGES.

Essa situação trouxe prejuízos e entraves tanto no âmbito federal quanto em nível estadual. A pesquisa de Pereira (2012) afirma que a gravidade desse cenário se intensificou ao repercutir em ruptura, quebra e desintegração dos Pólos de Educação Permanente no ES, no Rio de Janeiro (USP, 2010) e em vários outros existentes em todo o país.

Além disso, o “Pacto pela Saúde 2006”, por meio da Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, definiu as novas modalidades operacionais no Pacto pela Vida, no Pacto de Gestão e em Defesa do SUS e proporcionou novos direcionamentos ao processo normativo para a Saúde (BRASIL, 2006). Em 20 de agosto de 2007, com o objetivo de adequar a Política de Educação Permanente ao Pacto de Gestão e assegurar a realização dos projetos de cursos e ações voltadas para a EP, o MS editou a Portaria n. 1.996/07, que definiu as novas estratégias e diretrizes para a implementação da PNEPS.

Pereira (2012) salienta que, nas transições governamentais, a Portaria n. 1.996/07 coincide em grande parte com o que descreveu a Portaria n. 198/04, conservando-se na mesma lógica democrática, uma vez que manteve os espaços de discussão e o consenso à formalização dos processos educacionais.

Dentre as novas diretrizes propostas pela Portaria n. 1.996/GM/M, de 20 de agosto de 2007, o art. 2º determina que a condução regional da PNEPS se dará por meio dos CGRs, com a participação das CIES (BRASIL, 2007).

O art. 3º define os CGRs, conforme a Portaria 399/GM, de 22/02/2006,

como instâncias de pactuação permanente e cogestão solidária e cooperativa, formadas pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais) (BRASIL, 2007).

O art. 4º estabelece as atribuições do CGR:

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;

II – Submeter o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para homologação;

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;

VI - 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;

V - Acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação em saúde implementadas na região; e

VI – Avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações caso necessário (BRASIL, 2007).

Com relação às CIES, o § 2º do art. 2º as define como “instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS previstas no artigo 14 da Lei 8080/90 e na NOB/RH – SUS” (BRASIL, 2007).

No que concerne à composição das CIES, o art. 5º estabelece como componentes: gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal, e ainda, conforme as especificidades de cada região, gestores estaduais e municipais de educação e/ou seus representantes; trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas; instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos; e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS.

Quanto às atribuições das CIES, o art. 6º determina:

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;

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;

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;

IV – Contribuir com o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde implementadas; e

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 (BRASIL, 2007).

O CGR, com função de instituir o processo de planejamento regional para a EPS, deverá coordenar a estruturação/reestruturação das CIES. O Plano Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) servirá de norteador para as atividades das CIES na construção e implementação de ações e intervenções na área de educação na saúde em resposta às necessidades do serviço.

Já as CIES devem funcionar como instâncias interinstitucionais e regionais para a cogestão dessa política, orientadas pelo plano de ação regional para a área da educação na saúde, com a elaboração de projetos de mudança na formação (educação técnica, graduação, pós-graduação) e no desenvolvimento dos trabalhadores para a (e na) reorganização dos serviços de saúde. Nessa perspectiva, essas comissões assumirão o papel de indutoras de mudanças, promoverão o trabalho articulado entre as várias esferas de gestão e as instituições formadoras, a fim de superar a tradição de se organizar um menu de capacitações/treinamentos pontuais.

Por fim, importante ressaltar que o art. 7, § único, estabelece que nenhum município, assim como nenhum CGR, deverá ficar sem sua referência a uma CIES (BRASIL, 2007).

### 3.2 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Para Starfield (2002), a Atenção Básica (AB) apresenta resultados positivos em relação à provisão de melhores cuidados em saúde. Em virtude da importância que a AB adquire por sua expansão e difusão, pelo seu potencial de inclusão de parcelas crescentes da população brasileira na assistência em saúde e pelo considerável contingente de trabalhadores envolvidos, torna-se importante refletir sobre o trabalho das equipes, conforme Ribeiro, Pires e Blank (2004).

Autores como Ribeiro, Pires e Blank (2004) e Peduzzi e Schraiber (2009), ao se reportarem para o 'processo de trabalho em saúde', relacionam-no à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho, ou seja, à prática dos trabalhadores/profissionais inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde. Na atualidade, o conceito 'processo de trabalho em saúde' é utilizado no estudo dos processos de trabalho específicos das diferentes áreas que compõem o campo da saúde, permitindo sua abordagem como práticas sociais para além de áreas profissionais especializadas. Também é utilizado nas pesquisas e intervenções sobre atenção à saúde, gestão em saúde, modelos assistenciais, trabalho em equipe de saúde, cuidado em saúde e outros temas, permitindo abordar tanto aspectos estruturais como aspectos relacionados aos agentes e sujeitos da ação, pois é nesta dinâmica que se configuram os processos de trabalho.

Marx (2013) descreve o processo de trabalho, assegurando que este se encontra composto por três elementos:

- a atividade direcionada a um fim, isto é o próprio trabalho;
- a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto (matéria-prima);
- os meios de trabalho, os instrumentos.

O mesmo autor ainda afirma que no processo de trabalho a atividade do homem opera uma transformação, subordinada a um determinado fim, no objeto sobre o qual atua por meio do instrumental de trabalho. O processo extingue-se ao concluir o produto, um material da natureza adaptado às necessidades humanas através da mudança de forma.

No setor saúde, essa dinâmica acontece de forma peculiar, segundo Peduzzi e Schraiber (2009):

- o objeto se configura pelas necessidades humanas de saúde;
- os instrumentos, que podem ser materiais e não-materiais. Os primeiros são os equipamentos, material de consumo, medicamentos e outros. Os segundos são os saberes, que articulam em determinados arranjos com os sujeitos;
- o agente do trabalho, que torna possível o processo de trabalho – a dinâmica entre objeto, sujeito e atividade.

Contribuindo com esse debate, Merhy (2002) afirma que o processo de trabalho em saúde se caracteriza como 'trabalho vivo em ato', por meio do qual a produção na saúde se realiza, sobretudo. Isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Então, no encontro entre profissional e usuário, constroem-se relações, sejam elas políticas, sociais, éticas ou subjetivas, como descreve em seu trabalho Dalbello-Araújo (2001).

Além dessas implicações, o trabalho em saúde pode ser influenciado pelo uso, segundo Merhy (2002), de tecnologias duras (máquinas, procedimentos); tecnologias leve-duras (o saber técnico estruturado); e as relações entre sujeitos que só têm materialidade em ato, as tecnologias leves (acolhimento e vínculo, por exemplo). Como resultado desse trabalho, há produção de cuidado, um produto imaterial, conforme Lazzarato e Negri (2001).

Campos (1998) acrescenta que no dia a dia os serviços ainda são governados segundo diferentes variações do taylorismo. Para Paiva *et al.* (2010), a singularidade desse método influenciou potencialmente a organização dos serviços de saúde. Lima (2001) ressalta que, apesar das críticas e das tentativas da incorporação de vários outros processos administrativos, esses princípios estão introjetados nas

pessoas e nas instituições, repercutindo no viver cotidiano das culturas organizacionais e dos processos de trabalho instituídos. Todavia, os princípios propostos por Taylor visavam uma realidade industrial. Enquanto nesse meio opera a lógica do trabalho morto (matéria-prima, ferramenta), no âmbito da saúde ocorre sob a ótica do trabalho vivo em ato, conforme Merhy (2002).

Entende-se por lógica taylorista aquela oriunda dos Princípios da Administração Científica, propostos por Taylor (1914). Dentre essas técnicas, destacam-se os estudos sobre o tempo de execução das tarefas, registros das quantidades de trabalho desempenhado, rotinizações, divisão parcelar do trabalho e a divisão entre planejadores e executores das atividades e o fortalecimento da função gerencial. Lima (2001) afirma que a gerência incorporou não só a produtividade, mas também mecanismos que contribuíssem para melhorar a forma de trabalhar, visando como princípio controlar o processo de trabalho. Ainda segundo a autora, dentre as críticas a esse modelo, certamente as mais incisivas têm sido na direção em que o indivíduo é visto como “recurso” passivo submetido às determinações do processo produtivo.

Na década de 1990, a função gerencial se fortaleceu no Brasil, fruto de uma proposta de Reforma do Estado (BRASIL, 1995) que defendeu a substituição do modelo administrativo das instituições públicas, localizando na questão gerencial o nó crítico do problema das fragilidades dos serviços públicos de saúde. O objetivo da Reforma do Estado, segundo Bresser-Pereira (2000), era sepultar de vez o patrimonialismo e, de outro, transitar da cultura burocrática para a gerencial, que prioriza a estratégia da gestão pela qualidade e o uso de indicadores de desempenho para as organizações.

Nesse sentido, a EP deixa de se restringir à formação profissional, sendo vista como uma estratégia para a mudança no sistema de saúde, no tocante à recomposição das práticas de formação, atenção, gestão e controle social, na medida em que coloca o processo de trabalho como centro do processo educativo (FIOCRUZ, 2006).

Lima (2001) e Merhy (2003) apontam que a mudança no modelo assistencial de saúde passa, necessariamente, pela reorientação do processo de trabalho em saúde, na perspectiva de se constituir como um trabalho coletivo, realizado por diversos atores e diversos outros grupos de trabalhadores que desenvolvem uma

série de atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional. Nessa perspectiva, a EP tem potencial para ser a ferramenta que pode reorientar o processo de trabalho.

Disse o poeta Vinícius de Moraes que “a vida é a arte do encontro”. E o processo de trabalho em saúde também acontece na complexa dinâmica do encontro. Dessa forma, consoante Ceccim e Ferla (2005), será a ‘educação permanente em saúde’ o ato de colocar o trabalho e as práticas cotidianas em análise. Trata-se de mudar o cotidiano do trabalho na saúde e de colocar o cotidiano profissional em invenção viva (em equipe e com os usuários).

### 3.3 (RE)CONTEXTUALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SEU PROJETO ÉTICO-POLÍTICO

Ceccim e Ferla (2009) apontam que a EPS deve ser entendida não só como uma prática de ensino-aprendizagem, mas também como um projeto ético-político. Essa afirmação é de extrema importância e diferencia o projeto de outras alternativas, ao passo que aproxima o SUS de seus pressupostos defendidos na Reforma Sanitária.

Essa proposta, enquanto conjunto articulado de princípios e proposições políticas, consoante Paim e Almeida-Filho (2014), tem como características: responsabilidade total do Estado na administração do sistema, delegação ao SUS para planificar e executar a política de saúde, mecanismos eficazes de financiamento, organização descentralizada, controle social e participação democrática nos diferentes níveis e instâncias do sistema.

A PNEPS, já discutida anteriormente, traz em seu bojo esse conjunto de princípios e proposições políticas tais como: a descentralização e a regionalização propostas pelo Pacto de Gestão (BRASIL, 2006) via CGR e CIES, a cogestão ou compartilhamento de poder, conforme Campos (2006), a interinstitucionalidade e intersetorialidade (educação e saúde), do controle social, da integralidade, de acordo com Ceccim (2005), e do fortalecimento da democracia.

Nesse sentido, pode-se afirmar que essa política se situa no campo dos debates travados sobre os caminhos para efetivação da Reforma Sanitária, expressando a

formulação na aposta que alguns teóricos fizeram na possibilidade de se revolucionar o cotidiano do trabalho em saúde considerada como uma das estratégias de redirecionamento e re-significação da Reforma Sanitária (FIOCRUZ, 2006).

A EPS, segundo Ceccim (2005), ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, implicando seus agentes, às práticas organizacionais, implicando a instituição e/ou o setor da saúde–, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde.

Para se atingir esse ambicioso objetivo, Ceccim (2005) e Ceccim e Feuerwerker (2005) apontam que a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não seu foco central. A formação engloba aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS; e que, dentre os elementos analisadores para pensar/providenciar a EPS, estão os componentes do Quadrilátero da Formação – formação, gestão, atenção e controle social –, que dão sustentação para a mudança de práticas:

a) formação e análise da educação dos profissionais de saúde: mudar a concepção hegemônica tradicional (biologicista, mecanicista, centrada no professor e na transmissão) para uma concepção construtivista (interacionista, de problematização das práticas e dos saberes); mudar a concepção lógico-racionalista, elitista e concentradora da produção de conhecimento (por centros de excelência e segundo uma produção tecnicista) para o incentivo à produção de conhecimento dos serviços e à produção de conhecimento por argumentos de sensibilidade;

b) análise das práticas de atenção à saúde: construir novas práticas de saúde, tendo em vista os desafios da integralidade e da humanização e da inclusão da participação dos usuários no planejamento terapêutico;

c) análise da gestão setorial: configurar de modo criativo e original a rede de serviços, assegurar redes de atenção às necessidades em saúde e considerar na



avaliação a satisfação dos usuários, sendo esta a alma da gestão, conforme Feuerwerker (2014);

d) análise da organização social: verificar a presença dos movimentos sociais, dar guarida à visão ampliada das lutas por saúde, à participação rizomática, por exemplo, como bem abordaram Quintanilha, Sodr e e Dalbello-Ara ujo (2013), e   a constru o do atendimento às necessidades sociais por saúde, enfim, superar a ausência evidente do usuário, como certificou Feuerwerker (2014).

Mas com toda essa potência que possui a EPS para fortalecer as raízes da Reforma Sanitária, Paim e Almeida-Filho (2014) ponderam que esta não se reduz ao SUS, ou seja, sua concep o e formula o transcendem as políticas estatais e que, enquanto processo, a Reforma exige permanentes análises de conjuntura no sentido de examinar a correla o de forças e possíveis deslocamentos de suas bases de sustenta o políticas e social. Os autores fizeram essa análise, dividindo três momentos de constru o do SUS: os “anos de instabilidade” (1989-1994), período de promulga o das leis orgânicas da saúde marcado pela ameaça de revisão constitucional; “social-democracia conservadora” (1995-2002), com a aprova o da Emenda Constitucional 29, mas persistindo o drama estratégico da Reforma Sanitária; e a “conserva o-mudança” (2003-2012), em que, mesmo com a perspectiva de uma nova correla o de forças, as proposi oes da Reforma estiveram distantes das políticas de fortalecimento do SUS.

No período mais recente, a Medida Provisória 656/2014, mais precisamente o artigo 143, trouxe perplexidade ao permitir investimentos estrangeiros nos serviços de saúde, segundo Formenti (2015). O tema fica ainda mais nebuloso quando Decat e Formenti (2015) informam que documento da Advocacia-Geral da União recomendou o veto parcial do artigo, que prev e a permissão da entrada de capital estrangeiro para hospitais gerais e especializados, policlínicas, clínica geral e especializada. O parecer contrário   san o estampa uma falta de consenso dentro do próprio governo sobre o tema.

Outro ponto importante a ser examinado   a Proposta de Emenda   Constitui o (PEC) 358/2013, do Orçamento Impositivo. Piola (2015) relata que a PEC 358, de 13 de novembro de 2013, altera os artigos 165, 166 e 198 da Constitui o Federal. Nas palavras do autor, nesta PEC está se trocando a luta das entidades e da popula o

que endossou a proposta de 10% da Receita Corrente Bruta (RCB) pela destinação de 15% da Receita Corrente Líquida (RCL), percentual este a ser alcançado ao final de cinco anos. O autor lembra que o equivalente a 10% da RCB seria em torno de 18,7% da RCL, e não 15%.

Santos (2014), ao analisar os 25 anos do SUS, lembra que esse percurso é caracterizado por avanços e distorções, disputas entre projetos hegemônicos e contra-hegemônicos. Como ganhos, ele cita a inclusão de quase metade da população antes excluída e sem acesso aos serviços públicos e privados, avanço da AB, acumulação de experiências na gestão interfederativa e na participação social, o Decreto 7508/2011, a Lei 141/ 2012, a Lei 12401/2011 e a EP, como fator que assegura a elevação da qualidade e resolutividade no sistema, além de alguns projetos de incentivo do MS, tais como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o PROVAB. Como perdas, o autor cita o desmonte financeiro, caracterizado pelo descumprimento do preceito constitucional de 30% do Orçamento da Seguridade Social, a Desvinculação das Receitas da União, gasto *per capita* anual menor que a média dos 15 países com sistemas públicos mais avançados, 60% do pessoal da saúde terceirizado ou sob contratos temporários.

Retomando as considerações de Paim e Almeida Filho (2014), não parece que a agenda da Reforma Sanitária tenha se esgotado. Seu processo encontra-se vivo e dinâmico, entre idas e vindas, avanços e recuos, sucessos e reveses, revelando contradições, antagonismos e conflitos que conformam o Estado e a sociedade brasileira. E a EPS, como política que coaduna com os pressupostos ético-políticos da Reforma Sanitária, apresenta potencial para mudar o *status quo*, como afirma Davini (2009).

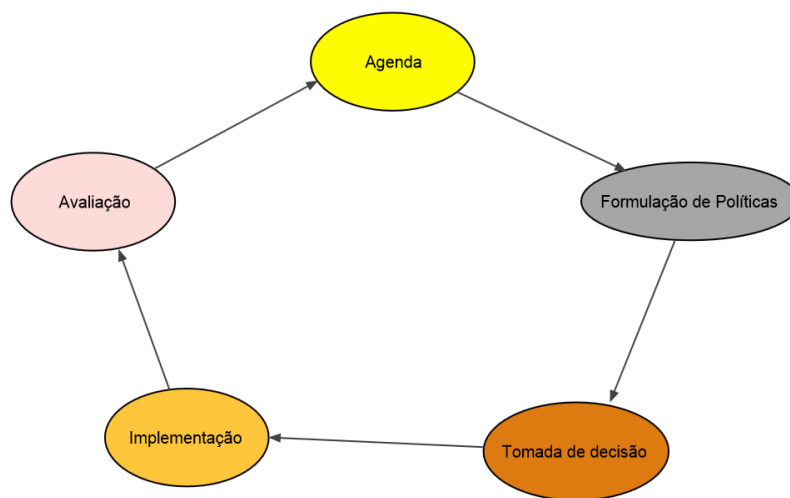
### 3.4 AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE EP

A preocupação com a explicação do processo político e a identificação de suas fases distintas surgiu praticamente de forma paralela ao desenvolvimento do próprio campo de análise da política, entre os séculos XIX e XX, num contexto de busca de racionalização do Estado e da política pública, tendo como principal foco dotar o

processo decisório de efetividade. Ou seja, reduzir os riscos e ampliar as certezas na tomada de decisões dos governos consoante Baptista e Rezende (2011).

Esses mesmos autores afirmam que existiram vários modelos propostos, mas o modelo de Howlett e Ramesh, apesar de sofrer várias críticas quanto ao caráter racional e funcionalista, ainda predomina no debate acadêmico como referência.

**Figura 2:** Ciclo de uma política pública (*policy cycle*).



Fonte: Adaptado de Baptista e Rezende (2011).

Frey (2000) e Baptista e Rezende (2011) apresentam as categorias do *policy cycle* (ciclo político) baseadas no modelo acima. Focando-se num dos objetivos do trabalho, os autores definem avaliação como instrumento voltado para subsidiar a tomada de decisões nos mais variados momentos em que ocorrem ao longo das diversas fases do ciclo.

A avaliação de políticas começa a ganhar força no final do século XX, com o aprofundamento da crise do Welfare State, com as convulsões econômicas, sociais e políticas enfrentadas, principalmente a partir do final da década de 1970, junto com o movimento da nova administração pública, quando o Estado é fortemente questionado tanto em suas funções quanto na real eficácia de suas ações interventoras na realidade social (TREVISAN; VAN BELLEN, 2008).

Nesse sentido, Melo (2001) aponta a crise fiscal e a transição política na primeira metade da década de 1980 como fatores que alavancaram a questão da eficiência gerencial e eficácia social das políticas públicas, tendo como questão central a incapacidade de as políticas alcançarem os segmentos sociais que configuram a sua população-meta. A difusão internacional da ideia de reforma do Estado e do aparelho de Estado passou a ser o princípio organizador da agenda pública dos anos 1980-90, o que provocou uma proliferação de estudos de políticas públicas (TREVISAN; VAN BELLEN, 2008).

Cruz (2011) afirma que na gestão em saúde a avaliação de políticas deve ter como finalidades a melhoria das ações de saúde, a prestação de contas e a produção de conhecimentos úteis e oportunos para uma prática de saúde de qualidade na visão dos atores envolvidos na política em questão.

O monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas pelos PEPS foi uma premissa constante na Portaria 198/2004. Por meio deste instrumental seria possível verificar a eficácia das ações dos Polos e garantir o desenvolvimento constante das mesmas. De maneira geral, pôde-se observar nos Polos pesquisados que não houve a estruturação de um sistema de monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas. Entrevistados reconheceram a necessidade de desenvolver esse sistema e alguns apontaram para intenção de estruturar futuramente um sistema de avaliação e monitoramento das atividades (USP, 2010).

Nessa ótica, a Portaria 1996/2007 possui dispositivos que enfatizam a questão da avaliação da PNEPS. Dentre eles pode-se citar:

- Art. 4º – São atribuições do Colegiado de Gestão Regional, no âmbito da Educação Permanente em Saúde:
  - V – Acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação em saúde implementadas na região;
  - VI – Avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações caso necessário.
- Art. 6º – São atribuições das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço:
  - IV – Contribuir com o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde implementadas;

Pesquisas anteriores reconheceram que, de maneira geral, as CIES se desarticularam e tiveram atuação pouco expressiva na implementação da política de EP nos estados; identificaram também a necessidade de trabalhar junto às CIES seu papel de articulação macrorregional, a partir da configuração dada às comissões no estado (alinhamento com as macrorregiões de saúde) e da superposição de atribuições (USP, 2010).

As CIES de âmbito estadual são mencionadas nos artigos 9º e 10º da Portaria 1996/2007.

Para Davini (2009), a avaliação deverá ser desenvolvida de forma sistemática para que se alcancem todos estes fins. A avaliação do processo tem como função primordial a busca de aperfeiçoamento e a melhoria das ações, apoiando as decisões durante o processo e reorientando as iniciativas. A avaliação de resultados tem importância na análise dos sucessos alcançados e dos limites; tem alto valor no terreno político e, por sua vez, facilita a construção de apoios e o desenvolvimento de políticas de recursos humanos.

Assim posto, identificar os mecanismos de avaliação e monitoramento das ações de EP utilizados pela SESA/ES poderá servir como subsídio à tomada de decisão para o seu planejamento, sua continuidade ou mesmo ao seu redirecionamento e, conseqüentemente, contribuirá na melhoria da qualidade dos serviços prestados.

## 4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se um estudo de desenho descritivo-exploratório de abordagem qualitativa.

A respeito dos estudos do tipo descritivo-exploratórios combinados, Lakatos e Marconi observam que os mesmos

[...] têm por objetivo descrever completamente determinado fenômeno, como por exemplo o estudo de um caso para o qual são realizadas análises empíricas e teóricas. Podem ser encontradas tanto descrições quantitativas e/ou qualitativas quanto acumulação de informações detalhadas como as contidas pelo intermédio da observação participante. Dá-se precedência ao caráter representativo sistemático e em consequência os procedimentos de amostragem são flexíveis (MARCONI; LAKATOS, 2007, p. 71).

Sobre a abordagem qualitativa a ser adotada, Strauss e Corbin (2008), afirmam que a pesquisa qualitativa é capaz de produzir resultados não alcançados por meio de procedimentos estatísticos. Pode se referir à pesquisa sobre a vida das pessoas, experiências vividas, comportamentos e também sobre funcionamento organizacional, movimentos sociais e fenômenos culturais.

Sobre esse tipo de abordagem, Rubem Alves (1999) faz uma analogia ao piano e à música. Segundo o autor, o piano está submetido ao critério da medida: tamanhos, pesos e tensões. Com o auxílio de um método chamado quantitativo, isto é, que se vale de números, é possível fazer pianos iguais uns aos outros. Mas pianos são meios e existem para serem tocados. Porém, a realidade da música não é da mesma ordem que a realidade dos pianos. A realidade da música se encontra no prazer de quem a ouve. E o prazer é uma experiência qualitativa. Não pode ser medida, ou seja, não há receitas para a sua repetição. Cada vez é única, irrepetível. Um pianista não interpreta a mesma música duas vezes de forma igual, assim como os resultados nesse tipo de abordagem não podem ser repetidos.

## 4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

Este estudo foi realizado no estado do Espírito Santo, cujas características históricas, geográficas, econômicas e sociais estão descritas a seguir e merecem um destaque especial, pela própria característica da Portaria 1996/2007, que é explícita ao afirmar que devem ser levadas em consideração as especificidades regionais, a superação das desigualdades locais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde.

Nesse sentido, embora a PNEPS seja única, ela será influenciada pelas características de cada localidade, assumindo uma identidade própria em cada região do país.

### 4.2.1 Características históricas, geográficas, econômicas e sociais

O Espírito Santo, situado na região sudeste do país, constitui-se no menor e menos populoso estado da região, com população de 3.514.952 habitantes (IBGE 2010), distribuída desigualmente em 78 municípios, em sua maioria de pequeno e médio porte. Apenas nove municípios (11,54%) apresentam população maior que 100 mil habitantes (ESPÍRITO SANTO, 2012).

O estado ocupa uma área de 46.098,1 km<sup>2</sup> e apresenta densidade demográfica de 76 hab./km<sup>2</sup>. Sua região central demonstra uma grande concentração da população (190 hab./km<sup>2</sup>), que, por sua vez, está altamente intensificada na região metropolitana (724 hab./km<sup>2</sup>), chegando à expressiva marca de 3.328 hab./km<sup>2</sup> na capital. Com quadro diferenciado, temos ao norte um vazio demográfico (36 hab./km<sup>2</sup>), indicando a presença de grandes latifúndios na região. O sul possui uma densidade demográfica de 63 hab./km<sup>2</sup>. Na média, 16,5% dos capixabas habitam em áreas rurais e 83,5% em áreas urbanas (ESPÍRITO SANTO, 2012).

O estado é formado pelo resultado do encontro de raças que ao longo do tempo estabelece uma história rica em tradição e costumes. Como destaque, tem-se os índios, as comunidades quilombolas e a etnia pomerana (ESPÍRITO SANTO, 2011).

Estudo sobre a População Economicamente Ativa (PEA) e População Não Economicamente Ativa (PNEA) tratando de pessoas de 15 anos e mais no ES, demonstra que o crescimento da primeira foi de 19% entre 2001 e 2009, com uma concentração na área urbana em todo o período, sendo 4,3 vezes superior que a PEA rural. Nos grandes municípios, a PEA foi 35,9% maior em relação aos pequenos municípios em 2009 (ESPÍRITO SANTO, 2011).

Por outro lado, a PNEA apresentou crescimento de 15,2% para o mesmo período, sendo que os homens e os brancos são minoria entre a PNEA durante todo o período analisado. A área urbana concentrou cerca de 86% dos indivíduos, enquanto nos grandes municípios essa proporção foi de 60,2% em 2009. Nesta mesma direção, observou-se a tendência de aumento de concentração da PNEA nos grandes municípios (448 mil) (ESPÍRITO SANTO, 2011).

Adotado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) varia de zero a um e considera três componentes: a renda medida por meio do Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, a longevidade da população, avaliada através da expectativa de vida ao nascer, e, como terceiro componente, a educação, analisada pelo índice de analfabetismo e pela taxa de matrícula em todos os níveis de ensino (OMS, 2016). O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) aponta que no decênio 1991-2000 o Espírito Santo evoluiu no IDH indo de 0,69 para 0,765 (ESPÍRITO SANTO, 2011).

#### **4.2.2 Características epidemiológicas**

A taxa de fecundidade vem reduzindo ano a ano e em 2010 no ES foi de 1,68. Taxas de fecundidade inferiores a 2,1 são sugestivas de fecundidade insuficiente para reposição da população. Já a expectativa de vida das mulheres passou de 77,4 para 79,6 entre 2000 e 2010, enquanto a dos homens passou de 68,4 para 70,2 anos de vida no mesmo período (ESPÍRITO SANTO, 2012).

Em relação à mortalidade, ocorrem anualmente cerca de 20.000 óbitos e o coeficiente de mortalidade geral oscilou entre 5,6 e 6 óbitos a cada mil habitantes no período compreendido entre os anos de 2000 e 2010. A Região Metropolitana, que



concentra mais de 40% da população total, representou 46,6% dos óbitos ocorridos no ano de 2010. A análise dos dados de mortalidade proporcional segundo a causa do óbito da Classificação Internacional de Doenças, 10ª Edição (CID-10) apresenta as Doenças do Aparelho Circulatório em primeiro lugar, seguidas das Causas Externas (acidentes, homicídios e suicídios); em terceiro as Neoplasias e em quarto as Doenças do Aparelho Respiratório. Nestes quatro capítulos da CID-10, concentram-se 76% do total de óbitos (ESPÍRITO SANTO, 2011).

No que concerne ao perfil de morbidade, observa-se como primeira causa de internação o período da gravidez, parto e puerpério, comportamento esse que se deve ao ciclo de vida natural das mulheres. Em segundo lugar, aparecem as doenças cardiovasculares, seguidas pelas doenças do aparelho respiratório, digestivo e as doenças infecciosas e parasitárias. Entre os indivíduos do sexo masculino, a principal causa de internação até 2009 foi decorrente das doenças do aparelho respiratório, seguidas das cardiovasculares, porém no ano 2010 esse comportamento se alterou, e as causas externas passaram a assumir o primeiro lugar (ESPÍRITO SANTO, 2012).

Quanto aos agravos sob vigilância, merecem destaque: dengue, tuberculose, hanseníase, leishmaniose e esquistossomose (ESPÍRITO SANTO, 2012).

Na saúde as condições de acesso às ações e serviços são fatores fundamentais a serem analisados e as características dos territórios devem definir as estratégias de intervenção, a fim de que se consolidem os princípios constitucionais do SUS. Dessa forma, não é possível estabelecer um único critério de divisão. Foi elaborada pela SESA, por ocasião de atualização do Plano Diretor Regional, uma proposta de desenho local, que posteriormente seria avaliada e reconhecida pelos atores que habitam e atuam nos respectivos territórios. Esse processo se deu por meio de oficinas realizadas nas quatro regiões de saúde, sendo convidados representantes dos usuários nos Conselhos Municipais de Saúde, gestores municipais, profissionais e outros atores que, de alguma forma, são referência para a área da saúde. O objetivo principal foi proporcionar reflexões e discussões sobre a nova divisão do estado do Espírito Santo em regiões para melhor compreender as estratégias de desenvolvimento e de acesso a bens e serviços, entre estes, o acesso à saúde; como consolidar a descentralização da gestão e planejamento; como construir a identidade regional e criar o sentimento de pertencimento neste espaço de vida e

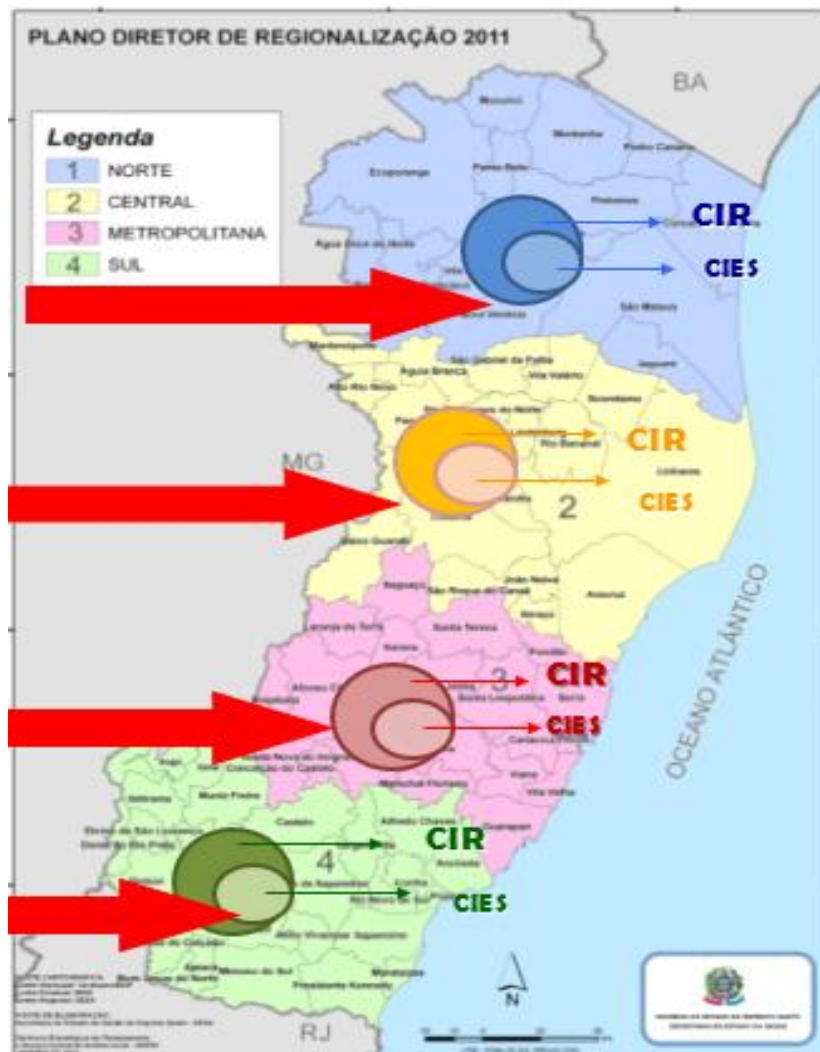
com isso compreender, adequar e formalizar as Regiões de Saúde (ESPÍRITO SANTO, 2011).

#### **4.2.3 Regionalização**

Seguindo-se a lógica do Plano Diretor de Regionalização de 2011, que é o modelo vigente atualmente, foi reformulada uma proposta de organização da EP no Espírito Santo, objetivando contemplar os parâmetros exigidos pela Portaria 1996/2007. Como já descrito, essa Portaria determina que a condução regional da PNEPS se dará por meio dos CGRs, com a participação das CIES) (BRASIL,2007).

Segue abaixo a configuração atual do desenho de regionalização do Espírito Santo:

**Figura 3:** Proposta de Organização da EP no Espírito Santo, segundo PDR (2011).



Fonte: SESA.

#### 4.2.4 Educação Permanente na SESA

Pereira (2012) descreve minuciosamente o processo de transformação institucional que alcançou os dias atuais. Reforçando o que disse a autora, até julho de 2007, o Instituto Estadual de Saúde Pública (IESP), criado pela Lei Delegada n. 4 de 9 de setembro de 1967, fazia parte da estrutura da SESA. Transformado em autarquia pelo Decreto n. 1.469-N, de 27 de outubro de 1980, concentrava as atividades de administração de recursos humanos, desenvolvidas por intermédio da Superintendência de Recursos Humanos, por meio da Coordenadoria de

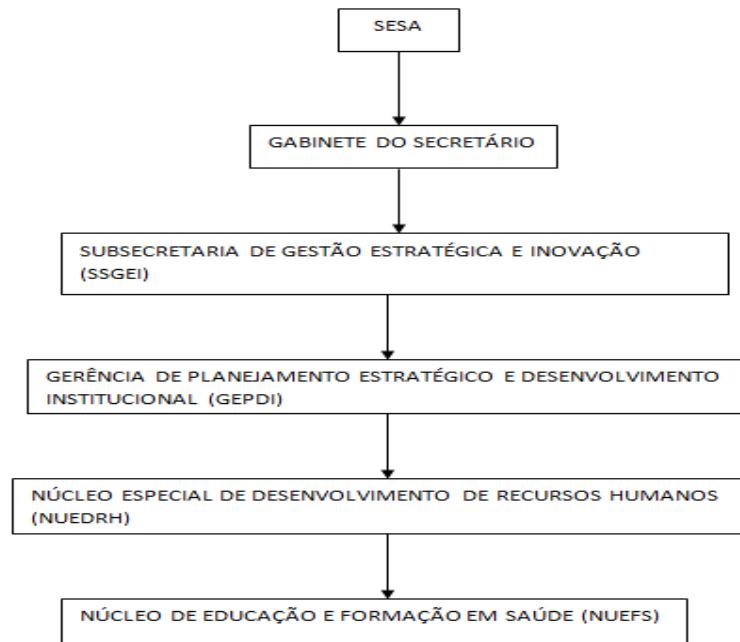
Desenvolvimento de Recursos Humanos (CODRHU) e Coordenadoria de Administração de Pessoal (ESPÍRITO SANTO, 1990).

Em 2004 e 2005, por meio das Leis Complementares n. 317/2005 e n. 348/2005, respectivamente, a estrutura da SESA e do IESP foi reorganizada e a CODRHU passou a ser designada como Núcleo Especial de Desenvolvimento de Recursos Humanos (NUEDRH), vinculado, no nível de execução programática, à Gerência de Planejamento e Desenvolvimento Institucional (ESPÍRITO SANTO, 2005a, 2005b). Importante destacar que à gerência do NUEDRH vinculavam-se as ações do Núcleo de Educação e Formação em Saúde (NUEFS), cuja responsabilidade era suprir as necessidades de formação de pessoal de nível médio no SUS/ES.

No cenário da EP dentro do Espírito Santo, o NUEDRH, ganhou reconhecimento como entidade institucional para o desenvolvimento das ações de EP e de outras, por meio da Portaria n. 003-R, que o designou como órgão responsável por implantar e desenvolver a Educação Continuada e/ou Permanente, treinamentos em cursos e afins.

Houve uma atualização do sítio da SESA na internet, demonstrando o panorama hierárquico atual da EP no estado conforme figura abaixo:

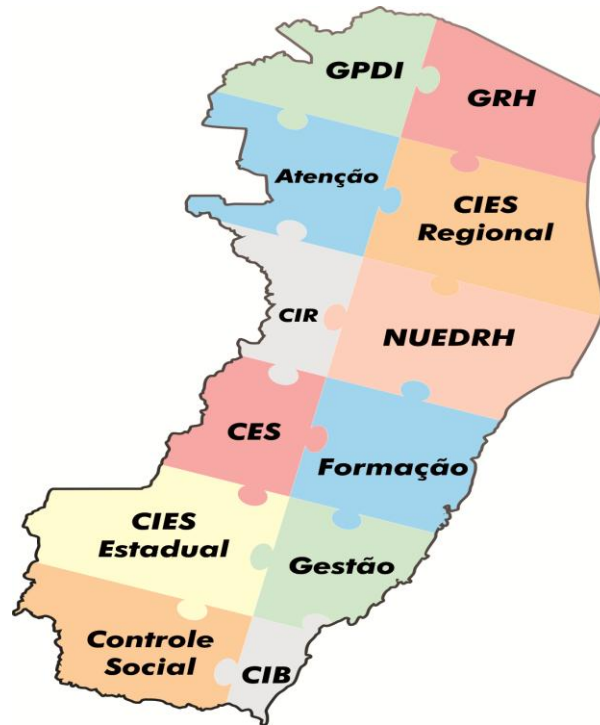
**Figura 4:** Organograma da Educação Permanente em Saúde na Secretaria de Estado de Saúde, 2016.



**Fonte:** SESA, disponível em: <http://novo.saude.es.gov.br/organograma>.

Além do organograma hierárquico presente na SESA, é importante ressaltar que existem outras instâncias e atores que estão envolvidos nessa temática e que, numa analogia a um quebra-cabeça, constituem-se de peças que formam o quebra-cabeça da EP do estado do Espírito Santo.

**Figura 5:** Quebra-cabeça da Educação Permanente do Espírito Santo.



**Fonte:** elaboração do próprio autor.

#### 4.3 SELEÇÃO DO ESTUDO

Bauer e Gaskell (2002) sugerem o termo ‘seleção’ em vez de ‘amostragem’. Para esses autores, a amostragem tem como característica uma amostra estatística sistemática da população e os resultados podem ser generalizados dentro de limites de confiabilidade. Na pesquisa qualitativa, a seleção dos indivíduos do estudo não pode seguir os procedimentos da pesquisa quantitativa. Assim posto, a finalidade da seleção é apresentar uma amostra do espectro dos pontos de vista dos indivíduos.

Os sujeitos da pesquisa foram os integrantes das CIES regionais dentre os representantes presentes no quadrilátero da EPS (formação, gestão, atenção e controle social), um representante da CIES estadual e o gestor/responsável pelo desenvolvimento das ações de EPS na SESA. Estes espontaneamente concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e participar do estudo. A seleção final então se constitui de 16 sujeitos, sendo dois representantes do estado e 14 representantes de CIES regionais. Cabe ressaltar que

em uma CIES regional foram entrevistados apenas dois representantes, conforme Tabela 3. Visando preservar a identidade dos participantes, aqueles pertencentes às quatro CIES regionais foram identificados pela palavra “quebra-cabeça”, fazendo-se alusão às peças de um quebra-cabeça, seguindo-se um número e uma cor sequencial de identificação, de acordo com a sua representação, se gestão, formação, atenção ou controle social. Já os representantes da EPS no estado foram identificados pela sigla Gestor SESA 1 e Gestor SESA 2.

**Quadro 1:** Identificação da seleção do estudo.

Participantes			
CIES regionais	Representantes (CIES regionais)	Representante EPS estadual	Representante EPS estadual
Quebra-cabeça 1	Amarelo – gestão Azul – formação Verde – atenção Branco – controle social	Gestor SESA 1	Gestor SESA 2
Quebra-cabeça 2	Azul – formação Verde – atenção		
Quebra-cabeça 3	Amarelo – gestão Azul – formação Verde – atenção Branco – controle social		
Quebra-cabeça 4	Amarelo – gestão Azul – formação Verde – atenção Branco – controle social		

Fonte: o autor.

#### 4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE MATERIAL

Foi utilizada a análise documental, o questionário autoaplicável e a entrevista.

##### 4.4.1 Análise documental

Quanto à análise documental, Moreira (2005) a define como uma técnica que consiste em identificar, verificar e apreciar os documentos com uma finalidade específica. A autora complementa, afirmando que esta deve extrair um reflexo objetivo da fonte original, permitir a localização, identificação, organização e avaliação das informações contidas no documento, além da contextualização dos fatos em determinados momentos. Ludke e André (1986) também salientam que esse instrumento permite complementar as informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema.

Como a Portaria 1996, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da PNEPS, foi instituída em 2007, torna-se pertinente a realização da análise de documentos a partir do período de promulgação desta. Dessa forma, o período escolhido contempla 2008-2015.

No site do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), foi possível o acesso aos Relatórios Anuais de Gestão (RAGs) de 2008 a 2012. Porém, os RAGs de 2013 e 2014 não estão disponíveis, pois os documentos foram analisados pelo Conselho de Saúde, que solicitou informações complementares ao gestor para conclusão do processo. Os PES 2008/2011 e 2012/2015 foram consultados no site da SESA do Espírito Santo, assim como o Plano Estadual de Educação Permanente 2011/2012 (ESPÍRITO SANTO, 2011) e as Diretrizes para Ações Educativas da Secretaria de Estado da Saúde (ESPÍRITO SANTO, 2008).

Para identificação das ações de EP realizadas referentes à área/eixo de educação em saúde, utilizou-se, no que couber, a classificação de ações proposta pelo relatório final do documento “Análise da Política de Educação Permanente em



Saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde”, (VIEIRA *et al.*, 2006), conforme tabela a seguir. No entanto, a pesquisa documental não permitiu identificar evidências que respondam às perguntas que envolvam o funcionamento das CIES.

**Quadro 2:** Classificação das ações de Educação Permanente por natureza.

Natureza	Ações de Educação Permanente
Eventos educativos	Atividades, predominantemente, pontuais/momentâneas; ações que se desenvolvem por meios não convencionais: teatro, dança, música, mídia, artes; oficinas, vivências, seminários, mesas redondas, palestras, fóruns de discussão, vídeos-debates, dinâmicas, jornadas, encontros.
Cursos	Cursos de Especialização: caracterizam-se enquanto tal. Cursos Técnicos: de complementação de qualificação profissional de auxiliar de enfermagem para técnico de enfermagem e curso técnico de enfermagem. Cursos: referem-se a capacitações, complementação de qualificação, atualizações, aperfeiçoamento. Com carga horária que varia de 8 a 452 horas.
Estruturação	Implantação: ações que envolvem gasto com estrutura física, matéria de consumo, serviços de terceiros [pessoa física e jurídica]; aquisição de equipamentos e materiais permanentes; organização do espaço físico, articulação interinstitucional, capacitação do conselho gestor, elaboração de mecanismos de acompanhamento e avaliação de projetos, atividades relacionadas à estruturação da Secretaria Executiva do PEPS; estruturação de sala ambiente, laboratório de informática, compra de computadores, sala de reunião. Solicitação de recursos para a instalação, manutenção e funcionamento da estrutura do Polo de EPS. Disseminação e Fortalecimento: ações que visam o fortalecimento da política de EPS; promoção de debates sobre temas para o ensino e a pesquisa no SUS, definição de linhas de ação, projetos e programas em parceria com os gestores do SUS, desenvolver a política estadual de EPS; fortalecimento das práticas de promoção das ações de educação permanente em saúde, implantação de núcleo, elaboração de projeto de capacitação de recursos: desenvolvimento de capacidade técnica regional para a educação permanente.

Pesquisa	Ações que envolvem estudos de identificação de necessidades de profissionais e especialistas para definição da oferta de formação profissional; diagnóstico dos cursos de pós-graduação; construção de sistema de monitoramento e regulação na área de saúde; identificação de necessidades de profissionais e especialistas na área da saúde; investigação sobre a situação de saúde da população brasileira [perfil epidemiológico e demográfico] como base para políticas de abertura de cursos na área da saúde.
----------	--

**FONTE:** VIEIRA *et al.* (2006).

#### 4.4.2 Questionário

O questionário, segundo Gil (1999), pode ser definido como a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas e situações vivenciadas.

O instrumento foi autoaplicável, oriundo da pesquisa intitulada “Análise da Política de Educação Permanente para o SUS implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde”, capitaneada pelo IMS da UERJ. Assim como realizado pela pesquisa que norteou este trabalho, o questionário<sup>1</sup> da pesquisa ora em tela foi dirigido ao gestor/responsável pelo desenvolvimento das ações de EP no Espírito Santo.

#### 4.4.3 Entrevista

Lakatos e Marconi (2007) definem a entrevista como um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional.

Esse tipo de instrumento permite a captação de informações de forma imediata e o aprofundamento de pontos levantados por outras técnicas como o questionário –

---

<sup>1</sup> Questionário no Anexo B.

segundo Ludke e André (1986) –, além de correções, esclarecimentos e adaptações. Destarte, essa ferramenta permitirá a análise mais detalhada dos CGRs e das CIES, complementando a análise documental e o questionário.

Foram realizadas perguntas com o objetivo de atender as seguintes questões: o papel das CIES nas ações de EP dos estados, a relação das CIES regionais com as respectivas CIRs, a relação das CIES com a SESA, o processo de construção do PAREPS, o financiamento das ações de EP, bem como identificar os mecanismos de avaliação e monitoramento dessas ações.

#### 4.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DO MATERIAL

O instrumento utilizado para a análise do material foi a análise de conteúdo. Essa técnica de análise pode ser definida como

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens (BARDIN, 2011).

Nessa acepção, Bauer e Gaskell (2002) afirmam que a maioria dos autores refere-se à análise de conteúdo como uma técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, permitindo de forma prática e objetiva produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto replicáveis ao seu contexto social. Minayo (2008) considera esse método como a expressão mais utilizada para tratar dados qualitativos, integrando a teoria e prática no campo das investigações sociais. Já Caregnato e Mutti (2006) asseveram que nessa modalidade o texto é um meio de expressão do sujeito, onde o analista busca categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem.

Para Bardin (2011), as diferentes fases da análise de conteúdo, tal como o inquérito sociológico ou a experimentação, organizam-se em torno de três polos cronológicos:

a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento e interpretação dos resultados obtidos.

A pré-análise é a fase de organização propriamente dita e engloba a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, formulação das hipóteses e dos objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. Vale ressaltar que esses três fatores não se sucedem obrigatoriamente sobre uma ordem cronológica.

A exploração do material consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, consistindo na aplicação das decisões tomadas na pré-análise.

Por fim, o tratamento e interpretação dos resultados obtidos podem levar o analista a propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi desenvolvida respeitando todos os trâmites éticos descritos na resolução de 466/12, que contém as diretrizes e normas de uma pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Para tanto, o estudo possui parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IMS da UERJ, em 24 de junho de 2014.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 O DESENVOLVIMENTO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE: ANÁLISE DOCUMENTAL DE UM QUEBRA-CABEÇA

#### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A consolidação do SUS abriu a possibilidade para a abertura de diversos postos de trabalho. Nesse sentido, a centralidade da gestão da educação em saúde torna-se evidente, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde e a instituição da Portaria GM/MS no 1.996, de 20 de agosto de 2007.

**OBJETIVO:** Descrever as ações incrementadas após a criação da Portaria 1996/2007.

**METODOLOGIA:** Estudo exploratório, documental de abordagem qualitativa, com coleta de dados através de pesquisa dos documentos oficiais produzidos no período de 2008-2015 relacionados à Educação Permanente do estado do Espírito Santo, obtidos no sítio da Secretaria de Estado da Saúde. Foi utilizada a análise de conteúdo do tipo temática para apreciação do material, resultando em quatro categorias: rearranjo institucional pós Portaria 1996/2007; ações planejadas; ações realizadas e diretrizes para as ações de Educação Permanente.

**RESULTADOS:** Evidenciou-se uma reestruturação administrativa de acordo com a Portaria 1996/2007, com a criação de estruturas ligadas à Secretaria de Saúde responsáveis pela Educação Permanente e a estruturação de Colegiados Gestores Regionais e de Comissões de Integração Ensino-Serviço, além do desenvolvimento de uma gama de ações ligadas à gestão da educação em saúde.

**DISCUSSÃO:** Embora haja desenvolvimento institucional que promova o desenvolvimento de ações, como cursos tipo capacitação, atualização e aperfeiçoamento, percebem-se características de educação continuada.

**Palavras-chave:** Educação continuada; Recursos humanos; Sistema Único de Saúde

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** The creation of SUS opened the possibility for the opening of several jobs. In this sense, the centrality of education in health management becomes evident with the creation of the Labor Management Department and the Health Education and the institution of the Order 1996/2007.

**OBJECTIVE:** To describe the actions incremented after the creation of the Order 1996/2007.

**METHODOLOGY:** Exploratory research, documentary qualitative approach with data collection through research of official documents produced in the 2008-2015 period related to Continuing Education of the State of Espírito Santo, obtained from the State Department of Health website was used to content analysis of the thematic type for consideration of the material, resulting in four categories: institutional rearrangement post Decree 1996/2007; planned actions; actions taken and guidelines for the actions of Continuing Education.

**RESULTS:** We found a management restructuring in accordance with the Decree 1996/2007, with the creation of structures linked to the Department of Health responsible for Continuing Education and the structuring of Collegiate Regional Managers and Integration Committees Teaching and Service, and the development a range of actions linked to the management of health education.

**DISCUSSION:** Although there are institutional development that promotes the development of actions, such as type training courses, updating and improvement, we perceive continuing education features.

**Keywords:** Continuing education; Human Resources; Health Unic System

## **INTRODUÇÃO**

A implementação do SUS induziu a expansão da rede pública de serviços de saúde e, conseqüentemente, a abertura de postos de trabalho, para uma gama de trabalhadores necessários à operacionalização da atenção à saúde, principalmente nas esferas subnacionais. Dessa forma, torna-se visível a centralidade da questão

da gestão do trabalho e da educação em saúde para a implementação do sistema (BRASIL, 2014).

Apesar da Constituição Federal de 1988, que atribuiu ao SUS a ordenação de recursos humanos em saúde, e a Lei 8080/90, que em seu art. 14 determinou a criação de Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, com a finalidade de propor estratégias para a formação e educação dos trabalhadores no âmbito do SUS, o tema da educação em saúde saiu de cena, conforme afirma Viana (2011).

Em 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), na estrutura do Ministério da Saúde, com a responsabilidade de formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil, primeiramente com a Portaria 198/2004 e, finalmente, com a Portaria GM/MS nº. 1996/2007, a qualificação da força de trabalho para o setor passa a ocupar lugar estratégico (Viana, 2011).

No setor da saúde, Educação Permanente é um conceito pedagógico utilizado para expressar as relações entre ensino e ações e serviços, articulando docência e atenção à saúde. A Portaria 1996/2007, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente, ampliou esse conceito, que passou a designar também as relações entre a formação e a gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (Andrade, Meireles e Lanzoni, 2011).

Nesse sentido, a Educação Permanente em saúde, como política e estratégia para a mudança das práticas de saúde, deve contar com a participação dos envolvidos: gestores, formadores, trabalhadores da saúde e pessoas envolvidas em movimentos sociais e no controle social (Andrade, Meireles e Lanzoni, 2011).

Assim posto, para a efetivação da Política Nacional de Educação Permanente, nota-se que é necessária a articulação entre uma gama de atores e instituições que, tal qual as peças de um quebra-cabeça, que num primeiro momento estão desorganizadas, após sucessivos encaixes, há a formação de uma imagem que, em se tratando da Educação Permanente, representa um componente imprescindível para a construção das mudanças almejadas e da qualidade dos serviços prestados à população, segundo Montanha e Peduzzi (2010).

No intuito de examinar como vão se constituindo e se (des)constituindo os (en)caixes das peças no “quebra-cabeças da Educação Permanente”, o uso de documentos permitiu a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas. Nos últimos anos, vem ocorrendo a propagação de diversos documentos oficiais, normativos ou não, relativos à Educação Permanente em Saúde, amplamente divulgados por meios impressos e digitais, pelos órgãos das instâncias federal, estadual ou municipal. Entretanto, muitas das vezes não são prontamente compreensíveis, demandando que sejam interpretados nos contextos que se configuram (França *et al.*, 2016).

Diante do exposto, objetivou-se descrever as ações incrementadas após a criação da Portaria 1996/2007.

## **METODOLOGIA**

A abordagem metodológica privilegiada foi de natureza qualitativa que, segundo Minayo (2004), está fundamentada no universo de significados, crenças, aspirações, valores e atitudes. A técnica para a obtenção dos dados utilizada foi a análise documental. De acordo com Silva *et al.* (2009), esta técnica permite a investigação de determinada problemática não em sua interação imediata, mas de forma indireta, por meio do estudo dos documentos produzidos pelo homem e, por isso, revelam o seu modo de ser, viver e compreender um fato social. O processo de análise do material empírico foi realizado segundo a técnica de análise temática (Bardin, 2011), que resultou em quatro categorias: rearranjo institucional pós Portaria 1996/2007; ações de EP planejadas; ações de EP realizadas e diretrizes para as ações de EP.

Como a Portaria 1996, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da PNEPS foi instituída em 2007, tornou-se pertinente a realização da análise de documentos a partir do período de promulgação desta. Assim, o período escolhido contempla 2008-2015, primordialmente os seguintes documentos: Planos Estaduais de Saúde 2008-2011 e 2012-2015, Diretrizes para ações educativas da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Estado do Espírito Santo 2011 – 2012 e os Relatórios Anuais de Gestão (RAGs) de 2008 a 2012, assim como o arcabouço legal, por meio das portarias, decretos entre outros. Todos foram obtidos por meio do sítio da Secretaria



de Estado da Saúde, exceção feita aos RAGs, que foram consultados no sítio do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), sendo possível apenas o acesso aos RAGs de 2008 a 2012.

Os RAGs de 2013 e 2014 não estavam disponíveis no momento da pesquisa, pois os documentos foram analisados pelo Conselho de Saúde, que solicitou informações complementares ao gestor para conclusão do processo até a presente análise dos dados.

Em relação aos documentos utilizados, cabe ressaltar que o Plano Estadual de Saúde (PES) é um instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde na esfera estadual da gestão do SUS para o período de quatro anos, enquanto os RAGs são instrumentos que apresentam os resultados alcançados com a execução das Programações Anuais de Saúde, de acordo com o conjunto de metas, ações e indicadores. (França *et al.*, 2016).

Tais documentos foram analisados a partir dos descritores Educação Continuada e Educação em Saúde<sup>2</sup>, sendo quantificadas as ações realizadas ou em andamento nas diretrizes, eixos ou blocos correspondentes nos relatórios.

O estudo possui parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (CEP-IMS/UERJ) em 24 de junho de 2014.

## **RESULTADOS**

### **(Des)encaixando peças nas disputas para implementar a EP na SESA**

No intuito de se analisar as transformações institucionais após a Portaria 1996/2007, não se pode prescindir de contextualizar a conjuntura socioeconômico-cultural e política, bem como as estruturas organizacionais da Secretaria Estadual de Saúde voltadas para a gestão do trabalho e da educação em saúde.

Nesse contexto de reestruturação, o estudo de Pereira (2012) também traz a sua contribuição. Tendo em vista que os Polos de Educação Permanente em Saúde

---

<sup>2</sup>Existe apenas o descritor Educação Continuada. Educação Permanente aparece como sinônimo.

iniciaram as discussões sobre a EP de forma institucionalizada, essa autora considerou relevante conhecer como se deu esse processo no estado do Espírito Santo.

Até julho de 2007, o Instituto Estadual de Saúde Pública (IESP), criado pela Lei Delegada n. 4 de 9 de setembro de 1967, fazia parte da estrutura da SESA. Transformado em autarquia pelo Decreto n. 1.469-N, de 27 de outubro de 1980, concentrava as atividades de administração de recursos humanos, desenvolvidas por intermédio da Superintendência de Recursos Humanos, por meio da Coordenadoria de Desenvolvimento de Recursos Humanos (CODRHU) e Coordenadoria de Administração de Pessoal (ESPÍRITO SANTO, 1990). Em 2004 e 2005, por meio das Leis Complementares n. 317/2005, e n. 348/2005, respectivamente, a estrutura organizacional da SESA e do IESP foi reorganizada e a CODRHU passou a ser designada como Núcleo Especial de Desenvolvimento de Recursos Humanos (NUEDRH), vinculado, no nível de execução programática, à Gerência de Planejamento e Desenvolvimento Institucional (ESPÍRITO SANTO, 2005a, 2005b). Importante destacar que à gerência do NUEDRH vinculavam-se as ações do Núcleo de Educação e Formação em Saúde (NUEFS), cuja responsabilidade era suprir as necessidades de formação de pessoal de nível médio no SUS/ES.

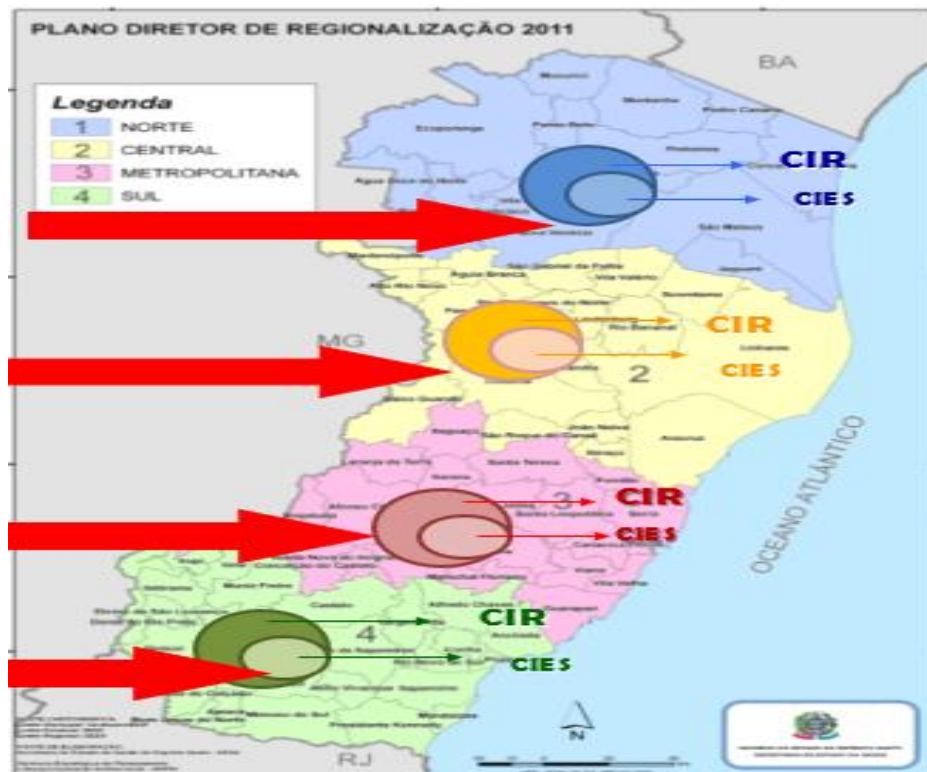
Em 26 de julho de 2007, o governo do estado aprovou a Lei Complementar n. 407 que estabelecia os mecanismos para o aprimoramento da gestão hospitalar. A referida lei criou a Gerência de Recursos Humanos (GRH) como instância de formulação, controle e execução da Política de Recursos Humanos da SESA e extinguiu o IESP. Dessa forma, os órgãos anteriormente pertencentes ao IESP passaram à estrutura da SESA, e as ações da Administração de Recursos Humanos e do NUEDRH ficaram vinculadas à GRH (ESPÍRITO SANTO, 2007).

Em 31 de janeiro de 2008, o NUEDRH ganhou reconhecimento como entidade institucional para o desenvolvimento das ações de Educação Permanente e de outras, por meio da Portaria n. 003-R, que o designou como órgão responsável por implantar e desenvolver a Educação Continuada e/ou Permanente, treinamentos em cursos e afins, sob a coordenação da GRH, juntamente com a Gerência de Planejamento e Desenvolvimento Institucional, centralizando, assim, as ações de educação em saúde em andamento ou em processo de implementação na SESA.

De acordo com a Lei Complementar n. 317/2005, o NUEDRH tinha por finalidade planejar, coordenar, assessorar e acompanhar as atividades relativas ao desenvolvimento de recursos humanos, voltadas para as necessidades específicas do SUS/ES, competindo-lhe o desenvolvimento de projetos de Educação Permanente para os profissionais da SESA e o estabelecimento de relações de integração necessárias ao cumprimento dessas atividades (ESPÍRITO SANTO, 2005a).

Seguindo-se o processo de reformulação administrativa oriunda da Portaria 1996/2007 e analisando-se o RAG de 2010, é possível perceber que foram implantados CGRs assessorados por CIES em 100% das microrregiões. Na conjuntura de organização do Plano Estadual de EP, é importante destacar que, na época, estavam ocorrendo iniciativas no sentido de redesenhar o novo Plano Diretor de Regionalização (PDR). Estas discussões implicaram, após conclusão dos trabalhos, num redesenho e conseqüente reorganização das CIES, pois a proposta do novo PDR implicou numa nova divisão das regiões de saúde (ESPÍRITO SANTO, 2011).

**Figura 1:** Organização da EP após o PDR 2011.



Fonte: SESA/ES.

Outro ponto que merece destaque é a menção feita nos RAGs de 2008 e 2009 ao Colegiado de Gestão Estadual em EPS, sendo que no último ano, por meio da Resolução n. 956/09, houve a conclusão da implantação dessa instância.

Por fim, também chamam atenção na análise as menções à Escola de Serviço Público do Espírito Santo (ESESP). Essa instituição aparece relacionada às ações de EP nos RAGs de 2008 a 2010.

### AÇÕES DE EP PLANEJADAS

O planejamento das ações de EP está presente nos Planos Estaduais de Saúde 2008-2011 e 2012-2015, e no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, respectivamente.

**Quadro 1:** Aprimoramento da gestão, desenvolvimento e formação de Recursos Humanos. ESPÍRITO SANTO, 2008.

Ação	Meta 2011
Regular as demandas de Educação Continuada/Permanente nas diversas modalidades e nos vários níveis de ensino da SESA	100% das demandas de educação, consideradas prioritárias, realizadas
Fomentar e implantar a criação do Colegiado de Gestão Estadual, no âmbito da educação permanente em saúde	Um colegiado de gestão estadual implantado

Fonte: Plano Estadual de Saúde 2008-2011.

**Quadro 2:** Metas propostas para a Gestão, Formação e Desenvolvimento dos trabalhadores do SUS do estado do Espírito Santo, 2012.

Implementar a política de gestão da educação permanente e profissional em saúde no estado do Espírito Santo para o desenvolvimento dos trabalhadores do Sistema Estadual de Saúde;
Implantar a política de residência médica e multiprofissional na SESA;
Contemplar 100% das necessidades identificadas pelas áreas temáticas nos projetos prioritários e Redes de Atenção para a qualificação profissional;
Qualificar 1.440 médicos e demais profissionais em urgência e emergência;
Capacitar 100% dos médicos e enfermeiros da atenção primária que prestam serviço à saúde da mulher e saúde da criança;
Capacitar 100% dos médicos e enfermeiros de 21 maternidades referências para a rede de atenção maternoinfantil/Rede Cegonha;
Atualizar as linhas guias, protocolos clínicos e fluxos que subsidiam a implantação das redes assistenciais;
Realizar curso básico de vigilância em saúde para todos os municípios; e
Realizar dois cursos de especialização em vigilância sanitária, dois de epidemiologia e um em vigilância em saúde do trabalhador.

Fonte: Plano Estadual de Saúde 2012-2015.

**Quadro 3:** Ações priorizadas no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, Espírito Santo 2011.

<b>Macrorregiões</b>	<b>Ações priorizadas</b>
Estado	Capacitação em Gestão de Processos Educativos em Saúde
Norte	Especialização em gestão do trabalho e da educação na saúde
	Capacitação para atenção ao pré-natal e puerpério para profissionais da Equipe de Saúde da Família com Ensino Médio
Sul	Atualização em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde
	Curso de Capacitação em Acolhimento com Classificação de Risco - Protocolo de Manchester
	Atualização na assistência humanizada à mulher no pré-natal e puerpério
Centro	Capacitação em Gestão de Processos Educativos em Saúde

**FONTE:** ESPÍRITO SANTO, 2011.

### AÇÕES DE EP EXECUTADAS

Com o intuito de descrever as ações de EP desenvolvidas nas SESA/ES, foram analisados os RAGs de 2008 a 2012, conforme os Quadros 4 e 5. Para identificação das ações de EP realizadas referentes à área/eixo de educação em saúde, utilizou-se, no que couber, a classificação de ações proposta pelo relatório final do

documento “Análise da Política de Educação Permanente em Saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde” (VIEIRA *et al.*, 2006),

**Tabela 1:** Quantitativo de ações de Educação Permanente na modalidade de Capacitações/Eventos distribuídos por área e por ano - Espírito Santo, 2008 a 2012.

Áreas de concentração	Capacitação/Eventos/Pesquisa/Estruturação	2008	2009	2010	2011	2012
Vigilância em saúde	Capacitação	-	-	-	27	26
	Eventos	-	-	-	10	6
	Pesquisa	-	-	-	-	-
	Estruturação	-	-	-	-	-
Atenção à saúde	Capacitação	2	-	-	13	19
	Eventos	-	41	-	7	13
	Pesquisa	-	-	-	-	-
	Estruturação	-	-	-	-	-
Gestão do trabalho e educação da saúde	Capacitação	1	-	-	3	1
	Eventos	12	-	-	4	1
	Pesquisa	-	-	-	-	-
	Estruturação	8	3	4	-	-
Gestão do SUS	Capacitação	-	-	1	4	1
	Eventos	-	-	-	2	2
	Pesquisa	-	-	-	-	-
	Estruturação	-	1	3	1	-

**FONTE:** ESPÍRITO SANTO, 2009; ESPÍRITO SANTO, 2010; ESPÍRITO SANTO, 2011; ESPÍRITO SANTO, 2012; ESPÍRITO SANTO, 2013.

**Tabela 2:** Quantitativo de ações de EP distribuídas por Residência, Mestrado e Especialização distribuídos por área e por ano - Espírito Santo - 2008 a 2011.

Áreas	Curso	2008	2009	2010	2011	2012
Vigilância em saúde	Residência	-	-	-	-	-
	Mestrado	-	-	-	-	-
	Especialização	-	-	-	-	-
Atenção à saúde	Residência	-	-	-	-	-
	Mestrado	-	-	-	-	-
	Especialização	-	-	-	1	-
Gestão do trabalho e educação da saúde	Residência	-	-	-	-	-
	Mestrado	-	-	-	-	-
	Especialização	-	-	-	-	-
Gestão do SUS	Residência	-	-	-	-	-
	Mestrado	-	-	-	-	-
	Especialização	1	-	1	-	1

**FONTE:** ESPÍRITO SANTO, 2009; ESPÍRITO SANTO, 2010; ESPÍRITO SANTO, 2011; ESPÍRITO SANTO, 2012; ESPÍRITO SANTO, 2013.

## DIRETRIZES DAS AÇÕES DE EP

O documento intitulado Diretrizes Pedagógicas para Ações Educativas da Secretaria Estadual da Saúde do Espírito Santo, elaborado em 2008, tem como finalidade apresentar as diretrizes educacionais propostas pela Secretaria. Destacam-se:

- **o currículo integrado:** plano pedagógico e sua correspondente organização institucional que articula dinamicamente trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade;



- **pedagogia problematizadora:** supõe dotar os alunos da capacidade de questionar e ir buscar respostas, de construir autonomia, preparando-os mais adequadamente no desenvolvimento de habilidades e estratégias eficientes para encontrar alternativas de solução dos problemas cotidianos do processo produtivo - rotineiros ou inusitados, ou seja, aprender a resolver, resolver para aprender;
- **descentralização:** pressupõe a descentralização das ações educativas, seja interna (central, administrativa e regional de saúde), seja externa (microrregiões e municípios), garantida a infraestrutura mínima. Contemplam a construção de redes de cooperação intra e interinstitucionalmente de corresponsabilidade, de cogestão (gestores, trabalhadores e comunidade), tornando-se imprescindível a forte articulação com o sistema de ensino;
- **docente:** deve assumir o lugar de mediador no processo de formação do profissional de saúde. Deve ter o perfil de capacidade de inovação, não resistência às mudanças; prática pedagógica transformadora; posicionamento ético-crítico e postura reflexiva; percepção do contexto/leitura da realidade;
- **espaço de ensino-aprendizagem:** entende-se por espaço ensino-aprendizagem o cotidiano do trabalho, espaço por excelência, destinado à educação; a sala de aula e espaços afins;
- **avaliação:** pressupõe a superação da visão fragmentada dos resultados da aprendizagem a favor de uma visão formativo-integrante do processo. Além do acompanhamento sistemático do educando, a avaliação processual permite, ao mesmo tempo, estimar a eficácia do programa de ensino, verificar sua adequação aos objetivos e detectar possíveis falhas, tanto do programa quanto do trabalho docente.

## DISCUSSÃO

Fica evidente que houve avanços no caminho da implementação da EP após a Portaria 1996/2007, mesmo com uma intensa reestruturação administrativa no mesmo período de vigência da Portaria. Merece destaque a implantação dos CGRs, existência de uma CIES estadual, denominada nos documentos de Colegiado de

Gestão Estadual em EPS, e quatro CIES regionais. Importante apontar também estruturas organizacionais da SESA voltadas à EP como o GRH, NUEDRH e o NUEFS, e a existência de Plano Diretor Regionalizado atualizado.

Além disso, a EP passa a ser discutida, organizada e planejada via Planos Estaduais de Saúde e do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde – este último com participação ativa das CIES regionais. Podem-se perceber também diversas ações de desenvolvimento profissional sendo executadas, além de um documento específico de diretrizes pedagógicas que devem ser observadas para as ações educativas.

A análise documental permite verificar e apreciar os documentos com uma finalidade específica, nesse caso, de analisar o desenvolvimento da Política de EP por meio de documentos oficiais produzidos após uma nova conjuntura proposta pela Portaria 1996/2007. No entanto, este método precisa ser complementado por informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema.

Para Pierantoni *et al.* (2012, 2013), a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) em âmbito federal alavancou a área da gestão do trabalho e da educação em saúde, demonstrando que instâncias são necessárias para o que o processo de desenvolvimento profissional aconteça. Da mesma maneira, presume-se que a criação das CIES em todas as regiões do estado pode ser um fator de fomento às ações de EP. Em relação às CIES, Silva, Leite e Pinno (2014) afirmam que são o primeiro fórum de discussões e de construções coletivas em conformidade com as necessidades e as demandas de educação permanente em saúde, constituindo-se no local onde se esboçam as propostas educativas que vão compor os planos regionais de educação permanente. Os autores complementam, asseverando que se evidencia o papel da CIES na implementação da Educação Permanente em Saúde, principalmente no que tange às articulações interinstitucionais, nas formas de apoiar e intervir com propostas de materializar conhecimentos e práticas já existentes, além de desenvolver novas tecnologias no campo da assistência, da gestão e da educação, congregando diferentes olhares, interesses e necessidades, pela natureza representativa de sua conformação.

Em relação às ações de EP planejadas, é importante ressaltar que o Plano Estadual de Saúde 2008-2011 possui como ação “regulação das demandas de Educação

Continuada/Permanente”. Somente a apreciação do Plano não permite apreender se o binômio “Educação Continuada/Permanente” trata-se de uma relação de complementariedade ou de similaridade. Embora esse assunto já esteja posto na literatura, pode-se inferir que, na época da elaboração do documento, relativamente recente à Portaria 1996/2007, essa discussão ainda se fazia muito presente. Trata-se de duas propostas que, embora apresentem diferenças conceituais, apresentam caráter complementar e não excludente.

Essa discussão se faz importante, pois existem gestores que se utilizam do discurso de que realizam Educação Permanente, mas que na realidade apenas repetem o modelo vigente, perpetuando o *status quo*. Nesse particular, Montanha e Peduzzi (2011) afirmam que a Educação Continuada é a extensão do modelo escolar com ênfase em cursos e treinamentos orientados a cada categoria profissional, objetivando uma atuação orientada por conhecimentos e comportamentos institucionalizados e pré-estabelecidos. Já a Educação Permanente tem como característica o levantamento de necessidades, considerando a tríade usuário, trabalhador e serviço, na perspectiva da integralidade, do trabalho em equipe e da ampliação da cidadania e da autonomia dos sujeitos envolvidos. Antunes Cortez (2013) reforça a discussão, afirmando que esta se refere à proposta de tornar o profissional um ser problematizador, e que precisará incidir sobre o processo de trabalho, sendo realizada de preferência no próprio trabalho, enquanto aquela se trata de uma reprodução de abordagens já consagradas, relacionando-se à valorização e crescimento pessoal do profissional no trabalho.

Tomando-se como referência a discussão acima, percebe-se no Plano Estadual de Saúde e no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde uma grande quantidade de termos como “qualificar, capacitar, atualizar”, demonstrando, num primeiro momento, tratar-se de educação continuada. Nota-se que, mesmo após anos de instituição da Portaria 1996, esse debate permanece.

Em se tratando das ações de educação em saúde realizadas por meio da análise dos RAGs, foi possível destacar um quantitativo considerável de atividades educativas no ano de 2011 e 2012, com destaque para as ações de Vigilância em Saúde, bem como o curso de Especialização em Atenção Primária à Saúde. Em geral, predominaram as ações de Capacitação e Eventos. Estes se caracterizam por serem pontuais, enquanto aquela tem como peculiaridade a curta duração. Pode-se

depreender que ações desse tipo se encaixam no conceito de Educação Continuada que, ao contrário do que preconiza a Educação Permanente, tem como característica a realização de cursos e treinamentos. Este fato corrobora os resultados do estudo de França *et al.* (2016). Segundo os autores, há o predomínio das capacitações nas áreas de Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde e Gestão do SUS, uma estratégia educacional tradicional adotada pelas SES no atendimento às demandas das ações e programas de saúde. Por um lado, ao se comparar com a diretriz proposta pela PNEPS, que é de superar a tradição de se organizar um rol de capacitações/treinamentos pontuais, podem sugerir uma não superação do modelo.

Também chamam atenção na análise as menções à Escola de Serviço Público do Espírito Santo (ESESP) como instância realizadora da formação de profissionais. Essa instituição aparece relacionada às ações de EP nos RAGs de 2008 a 2010.

Conquanto seja possível observar características de educação continuada nas ações de EP planejadas e executadas pelo estado, há que se destacar o documento que traça diretrizes pedagógicas para as ações educativas da Secretaria de Saúde. São conceitos que se coadunam com a prática de EP, com o intuito de transformar as práticas pedagógicas e de saúde, contribuindo para o processo de desenvolvimento individual e coletivo dos profissionais da saúde, segundo Stroschein e Zocche (2011). Embora esse documento tenha sido redigido pela Secretaria, é importante destacar que, segundo o artigo 12, inciso I da Portaria 1996/2007, é atribuição do Conselho Estadual de Saúde definir diretrizes para a Política Estadual de EP.

## **CONCLUSÃO**

Embora ainda se possam perceber limitações no desenvolvimento da Política de Educação Permanente no Espírito Santo, há que se reconhecer que importantes avanços já ocorreram no estado após a instituição da Portaria 1996/2007.

Mesmo passando por uma reforma administrativa no mesmo ano da vigência da Política Nacional de Educação Permanente, que culminou com a área responsável pela gestão do trabalho e da educação fundindo-se à Secretaria de Estado da Saúde, é possível observar estruturas organizacionais da Secretaria voltadas à

Educação Permanente como o GRH, NUEDRH e o NUEFS, a existência de Plano Diretor Regionalizado atualizado; implantação dos CGRs, existência de uma CIES estadual e quatro regionais e a existência de Plano Estadual de Educação Permanente.

Já entre as limitações apreendidas, destaca-se a lógica de cardápio de cursos oferecidos, seguindo-se o *modus operandi* de capacitações e cursos, pouco se avançando em questões como mudança no processo de trabalho e o local de trabalho como espaço de ensino-aprendizagem; a falta de padronização dos Relatórios Anuais de Gestão, que dificultam a classificação das ações de Educação Permanente. Ainda sobre os Relatórios, a análise dos RAGs 2013 e 2014 poderia revelar quais ações do Plano Estadual de Educação Permanente foram efetivamente realizadas.

Outrossim, seria interessante aprofundar o exame de documentos de outras instâncias que não estejam propriamente ligadas à SESA como a CIB, o CGR e o Conselho Estadual de Saúde, no intuito de checar a priorização da Educação Permanente na pauta de reuniões dessas instâncias. Além disso, estudos futuros poderiam também analisar com mais profundidade o papel da ESESP na efetividade das ações de EP no estado.

A Educação Permanente, assim como um quebra-cabeça, necessita que várias peças se encaixem: atenção, gestão, formação e controle social, além de instituições de instâncias que planejem, discutam e participem ativamente do processo de desenvolvimento profissional na saúde. No entanto, o estudo permitiu apontar que instituições podem ser a causa necessária, mas não suficiente para transformar práticas e o processo de trabalho. Além dessas, outras como a vontade política, a transformação do profissional em um problematizador e as discussões em roda podem contribuir para a qualificação profissional em saúde.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, S.R.; MEIRELLES, B.H.S.; LANZONI, G.M.M. Educação Permanente em Saúde: atribuições e deliberações à luz da política nacional e do pacto de gestão. *O Mundo da Saúde*, v. 35, n. 4, p. 373-381, 2011.

ANTUNES CORTEZ, E. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. *Enfermería Global*, n. 29, p. 324, 2013.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: Pólos de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde. Avaliação de Políticas e Programas Nacionais da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no SUS. 2014. Disponível em: <[http://www.resbr.net.br/midia/Relatorio\\_Cnpq\\_Celia.pdf](http://www.resbr.net.br/midia/Relatorio_Cnpq_Celia.pdf)>. Acesso em: 01 mar. 2015.

ESPÍRITO SANTO. Lei n.º 4.317, de 4 de janeiro de 1990. Dispõe sobre o Sistema Estadual de Saúde. Disponível em: <[www.mpes.gov.br](http://www.mpes.gov.br)>. Acesso em: 10 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei Complementar n.º 317, de 7 de janeiro de 2005. Organiza o funcionamento do Sistema Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo. Vitória, 2005a. Disponível em: <<http://www.mpes.gov.br/anexos>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei Complementar n.º 348, de 21 de dezembro de 2005. Cria unidades administrativas no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde - SESA; altera dispositivos da Lei Complementar nº 317, de 30.12.2004 e dá outras providências. Vitória, 2005b. Disponível em <<http://www.mpes.gov.br/anexos>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei Complementar n.º 407, de 26 de julho de 2007. Cria mecanismos para o aprimoramento da gestão hospitalar, altera a estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde - SESA e dá outras providências. Vitória, 2007. Disponível em: <<http://www.saude.es.gov.br>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2008-2011. Vitória, 2008.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Estado do Espírito Santo 2011-2012. Vitória, 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Diretor de Regionalização. Vitória, 2011a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Vitória, 2012.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório Anual de Gestão 2008. Vitória, 2009.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório Anual de Gestão 2009. Vitória, 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório Anual de Gestão 2010. Vitória, 2011b.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório Anual de Gestão 2011. Vitória, 2012.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório Anual de Gestão 2012. Vitória, 2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Recursos Humanos. Núcleo Especial de Desenvolvimento de Recursos Humanos. Núcleo de Educação e Formação em Saúde. Diretrizes para Ações Educativas da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo – SESA. Vitória, 2008.

FRANÇA, T.; BELISÁRIO, S.A.; GARCIA, A.C.P.; PIERANTONI, C.R.; MEDEIROS, K.; CASTRO, J. Análise da Política de Educação Permanente implementada pelas SES. 2016.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

MONTANHA, D; PEDUZZI, M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. *RevEscEnferm USP*, v. 44, n. 3, p. 597-604, 2010.

PIERANTONI, C.R. *et al.* Gestão do trabalho e da educação em saúde. CEPESC; UERJ; ObservaRH, 2012.

\_\_\_\_\_. Políticas de recursos humanos no sistema de saúde brasileiro: estudo avaliativo, 2013. Disponível em: <[http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais\\_painel/049.pdf](http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais_painel/049.pdf)>. Acesso em: 01 mar. 2015.

PEREIRA, R.O. O Polo de educação permanente em saúde e as interfaces da política de educação permanente para o SUS no estado. 2012.117 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde. Vitória, 2012.

STROSCHEIN, K.A.; ZOCHE, D.A.A. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. *Trab. educ. saúde*,

2011, v. 9, n. 3, p. 505-519. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n3/v9n3a09.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2015.

SILVA, L. R. C. *et al.* Pesquisa documental: alternativa investigativa na formação docente. In: IX Congresso Nacional de Educação–EDUCERE–III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia, Paraná. 2009. p. 4554-4566. Disponível em: <[http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/3124\\_1712.pdf](http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/3124_1712.pdf)>. Acesso em: 12/01/2016.

SILVA, L.A.A.; LEITE, M.T.; PINNO, C. Contribuições das comissões de integração ensino-serviço na educação permanente em saúde. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 403-424, ago. 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462014000200011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000200011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 31 jan. 2016.

VIANA, A.L.D. *et al.* Estágios de regionalização e os níveis de institucionalidade da Educação Permanente. (In) O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas / Célia Regina Pierantoni, Mario Roberto Dal Poz, Tânia França, organizadores. - 1. ed.– Rio de Janeiro: CEPESC:IMS/UERJ: ObservaRH, 2011. 336 p.

VIEIRA, M. *et al.* Análise da política de educação permanente em saúde. Um estudo exploratório dos projetos aprovados pelo Ministério da Saúde. **Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz**, 2006.



## 5.2 COMISSÕES DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: (IM)POSSIBILIDADES DE (DES)MONTAR OS QUEBRA-CABEÇAS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Existe hoje um reconhecimento de que a questão da força de trabalho possui um potencial estratégico para a efetividade dos sistemas de saúde e que a Política Nacional de Educação Permanente, por meio das Comissões de Integração Ensino-Serviço possui papel fundamental no desenvolvimento profissional.

**OBJETIVO:** Identificar o papel das Comissões de Integração Ensino-Serviço.

**METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo, descritiva e exploratória. Como instrumentos de coleta de dados foram utilizados a entrevista e o questionário. Os sujeitos da pesquisa foram os integrantes das Comissões de Integração Ensino-Serviço regionais dentre os representantes presentes no quadrilátero da Educação Permanente, um representante da Comissão de Integração Ensino-Serviço estadual e o gestor/responsável pelo desenvolvimento das ações de Educação Permanente na Secretaria de Estado da Saúde, totalizando 16 sujeitos.

**RESULTADOS:** É possível apontar problemas na relação entre Comissão de Integração Ensino-Serviço e os Colegiados de Gestão Regional; a morosidade para a realização de ações propostas nos planos de ação; a falta de critérios claros de avaliação que possam detectar mudanças no processo de trabalho; sobre o financiamento, a separação entre quem planeja e quem executa as ações; as dificuldades encontradas pela Comissão de Integração Ensino-Serviço, como a sobreposição de atividades, o não comparecimento de representantes nas reuniões e a dificuldade de transporte até o local das reuniões; como perspectivas, tem-se o uso de ferramentas pedagógicas e da tecnologia como sugestões de melhoria.

**DISCUSSÃO:** Depreende-se certa estagnação do processo de desenvolvimento da política de Educação Permanente e fragilidade no funcionamento das Comissões de Integração Ensino-Serviço. Novas pesquisas envolvendo identificação de necessidades e a avaliação de transformação do processo de trabalho podem contribuir para a efetiva implementação da política.

Palavras-chave: Educação Continuada; Recursos Humanos; Sistema Único de Saúde

### **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** There is a recognition that the issue of the workforce has a strategic potential for the effectiveness of health systems and the National Policy of Permanent Education, through the Integration Committees Teaching-Service has key role in professional development.

**OBJECTIVE:** To identify the role of Integration Committees Teaching and Service.

**METHODOLOGY:** This is a qualitative, descriptive and exploratory. It was used as data collection instrument interview and questionnaire. The research subjects were the members of the Integration Committees Regional Teaching-Service among the representatives present at the quadrangle of Permanent Education, a representative of Integration state Teaching-Service Commission and the manager / responsible for the development of the actions of Continuing Education in the Department of State Health, totaling 16 subjects.

**RESULTS:** We can point to problems in the relationship between Commission Integration Teaching-Service and the Collegiate Regional Management; the slowness to perform actions proposed in the action plans; the lack of clear evaluation criteria that can detect changes in the labor process; on financing, the separation between those who plan and who performs the actions; the difficulties encountered by the Commission on Integration Teaching-Service as overlapping activities, the non-attendance of representatives in the meetings and the difficulty of transportation to the place of meeting; as prospects, there is the use of teaching tools and technology as suggestions for improvement.

**DISCUSSION:** It appeared certain stagnation in the development process of Permanent Education policy and weakness in the functioning of the Integration Committees Teaching and Service. New research involving identifying needs and evaluation of transformation of the work process can contribute to the effective implementation of the policy.

Keywords: Continuing Education; Human Resources; Health Unic System.

## INTRODUÇÃO

Existe hoje um reconhecimento de que a questão da força de trabalho possui um potencial estratégico para a sustentabilidade da política de saúde e para a efetividade dos sistemas de saúde, conforme afirma Garcia (2010).

Partindo-se desse pressuposto, desde os debates nas várias conferências de saúde até a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES), tem-se pela frente o desafio de buscar o equacionamento dos problemas existentes, de magnitude expressiva, e de definir políticas no campo da gestão do trabalho e da educação para o efetivo desempenho do SUS, de forma articulada com as instâncias federativas gestoras do sistema, segundo Pierantoni *et al.* (2011).

Em relação específica à gestão da educação, Pierantoni *et al.* (2011) afirmam tratar-se de uma área que abrange a formação e a capacitação dos trabalhadores no setor, cabendo a implementação de ações voltadas à qualificação da força de trabalho em saúde, promovendo a formação dos profissionais de saúde articulada ao processo de trabalho. Nesse ponto, segundo os autores, entre os principais eixos estruturantes da política da SGTES de formação e desenvolvimento de profissionais para a saúde, encontra-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNPES).

Essa política, tal qual está configurada atualmente, percorreu um largo caminho, conforme assinalam Viana *et al.* (2011). Podem-se citar a disposição constitucional que confere características de rede regionalizada e hierarquizada ao sistema de saúde, os dispositivos infraconstitucionais como a lei 8080/90 – principalmente o

artigo 14, que determinou a criação de Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior com a finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos trabalhadores do SUS – e os vários atos ministeriais como as Normas Operacionais Básicas e a Norma Operacional de Assistência à Saúde. Embora houvesse avanços no tocante à regionalização, a grande inovação introduzida pela Portaria n. 399/2006 consistiu nos espaços regionais de planejamento e gestão que tomam forma nos Colegiados de Gestão Regional (CGR), que foram denominados Colegiados Intergestores Regionais (CIR) após o Decreto 7508/2011, dos quais participam todos os gestores dos territórios abrangidos pelas regiões de saúde.

A PNPES na atual fase de fortalecimento da regionalização do SUS tem seu êxito dependente da estruturação dos CGR e das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), que estão sendo constituídos e estruturados de diversas formas em diferentes momentos, de acordo com as características e condições político-institucionais das esferas subnacionais (VIANA *et al.* 2011).

Nesse novo cenário, diversas pesquisas têm aprofundado seus estudos na atuação das CIES. A investigação de Silva *et al.* (2011) buscou conhecer os fatores que potencializam ou fragilizam a construção e o desenvolvimento dos planos regionais de educação permanente. Ferraz *et al.* (2013), mesmo reconhecendo que a gestão regional da PNEPS envolve não somente as CIES, mas também as CIR, optaram por analisar as primeiras pelo fato de serem instâncias articuladoras dos diferentes segmentos que participam da construção do SUS, sendo responsáveis pela formulação, condução e desenvolvimento das ações de EPS em nível local. Já Silva, Leite e Pinno (2014) procuraram evidenciar as tendências educativas que vêm subsidiando a construção dos planos regionais de educação permanente.

Deste modo, pretende-se identificar o papel das CIES.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo, descritiva e exploratória (Minayo, 2007).

Os sujeitos da pesquisa foram os integrantes das CIES regionais dentre os representantes presentes no quadrilátero da EPS (formação, gestão, atenção e controle social) e dois representantes responsável pelas ações de EPS na Secretaria de Estado da Saúde (SESA). Estes espontaneamente concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e participar do estudo. A seleção final constitui-se de 16 sujeitos, dois representantes do estado e 14 representantes de CIES regionais. Cabe ressaltar que os sujeitos da pesquisa foram os integrantes das CIES regionais dentre os representantes presentes no quadrilátero da EPS (formação, gestão, atenção e controle social), um representante da CIES estadual e o gestor/responsável pelo desenvolvimento das ações de EPS na SESA. Estes espontaneamente concordaram em assinar o TCLE e participar do estudo. Cabe ressaltar que em uma CIES regional foram entrevistados apenas dois representantes, conforme Tabela 1. Visando preservar a identidade dos participantes, aqueles pertencentes às quatro CIES regionais foram identificados pela palavra “quebra-cabeça”, fazendo-se alusão às peças de um quebra-cabeça, seguindo-se um número e uma cor sequencial de identificação, de acordo com a sua representação, se gestão, formação, atenção ou controle social. Já o representante da CIES estadual foi identificado pela sigla Gestor SESA 1 e o representante da EPS do estado, Gestor SESA 2.

Quadro 1: Identificação da seleção do estudo.

Participantes			
CIES regionais	Representantes (CIES regionais)	Representante EPS estadual	Representante EPS estadual
Quebra-cabeça 1	Amarelo – gestão Azul – formação Verde – atenção Branco – controle social	Gestor SESA 1	Gestor SESA 2
Quebra-cabeça 2	Azul – formação Verde – atenção		
Quebra-cabeça 3	Amarelo – gestão Azul – formação Verde – atenção Branco – controle social		
Quebra-cabeça 4	Amarelo – gestão Azul – formação Verde – atenção Branco – controle social		

Fonte: o autor.

A entrevista e o questionário foram os instrumentos utilizados para a coleta de material. O questionário foi autoaplicável, oriundo da pesquisa intitulada “Análise da Política de Educação Permanente para o SUS implementadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde”, capitaneada pelo Instituto de Medicina Social da UERJ. Assim como realizado nesta pesquisa, o questionário foi dirigido ao gestor/responsável pelo desenvolvimento das ações de EP na SESA, e visa analisar o desenvolvimento das atividades de EP no estado.

Para examinar os dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2011).

Esta pesquisa foi desenvolvida obedecendo todos os trâmites éticos descritos na resolução de 466/12, que contém as diretrizes e normas de uma pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Para tanto, o estudo possui parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (CEP-IMS/UERJ) em 24 de junho de 2014.

## RESULTADOS

Os dados obtidos da pesquisa permitiram a construção para esse artigo de quatro categorias: a primeira refere-se à integração e articulação institucional; a segunda aborda o processo de construção do PAREPS; a terceira engloba a questão da avaliação e financiamento das ações de EP; enquanto a última discorre sobre os entraves e as perspectivas da EP na ótica dos sujeitos.

### **Comissões de Integração Ensino-Serviço: integração e articulação institucional**

A Portaria 1996/2007 trouxe para a cena não só o protagonismo das CIES e dos CGRs, mas também inseriu no processo outras instâncias, como a Colegiado Intergestores Bipartite (CIB), CIES Estadual e o Conselho Estadual de Saúde (CES). Não obstante, verificam-se estruturas administrativas ligadas à SESA do Espírito Santo, como a GRH, a Gerência de Planejamento e Desenvolvimento Institucional e o NUEDRH.

Dessa forma, torna-se importante analisar de que forma acontece a integração e articulação institucional, envolvendo não só a relação entre as CIES regionais e os CIR, mas também entre a CIES estadual e a CIB e a SESA. Ao responder o questionário, o participante Gestor SESA 2 qualifica o papel da CIES como estratégico e importante e afirma que a relação entre esta e a CIR acontece na forma de assessoramento. De fato, essa afirmação é corroborada no depoimento de um participante, quando indagado que tipo de relação existe entre a CIES e a CIR:

#### **Quebra-cabeça 3, peça amarela**

*“[...] nós somos um braço da CIR, nós somos tipo uma câmara técnica”.*

No entanto, pelos depoimentos de outros representantes das instâncias regionais, observa-se certo desvirtuamento nessa relação, em contraste com o que afirma o gestor estadual, ou seja, sendo possível apontar que nem sempre a função de auxiliar é exercida de forma plena pelas CIES:

#### **Quebra-cabeça 4, peça amarela**

*“Eu acho que ainda é muito incipiente. Por que a gente agora... eu acho que a Educação Permanente, ela tem que ser pauta permanente também na CIR. Por que a CIR, ela não se*

*entende, vamos dizer, como uma instância condutora dessa política e a importância disso. Por que eu acho que a EP não é a agenda prioritária para a gestão”.*

## **Quebra-cabeça 2, peça azul**

*“[...] membros das CIES que vão nas reuniões e têm que ficar assim: ‘olha, nós somos da CIES’, que eles quase não dão muita atenção, não. É, mas às vezes eles aprovam outros planos sem passar pela CIES.”*

Já sobre a relação da CIES estadual com a CIB, percebe-se o mesmo quadro, ou seja, não há uma atuação marcante, ilustrado pelo fato de representantes da CIES estadual não terem conseguido acesso à Câmara Técnica da CIB, instância que encaminha os assuntos para a pauta desse colegiado.

### **Gestor SESA 1**

*“Eu acho que nesse ponto a gente teve um avanço, pequeno, muito pequeno, mas a gente teve um avanço. É... Todas as decisões tomadas nas CIES, a CIES não tem poder decisório na verdade, mas tudo aquilo que é pensado e apontado como caminho pela CIES Estadual é levado para a CIB porque na verdade é a CIB quem vai definir. Então a gente tem tentado se fazer mais presente na reunião da CIB. A gente batalhou esse ano para conseguir uma cadeira na Câmara Técnica da CIB, não conseguimos, né? Por que a gente entendia que a Câmara Técnica da CIB tinha que ter alguém da CIES lá dentro, né?”*

Por fim, importa também salientar que existem estruturas administrativas estaduais envolvidas no processo de condução da Política de Educação Permanente, mais precisamente o NUEDRH, processo esse iniciado pelas CIES regionais. Nota-se que as instâncias estaduais possuem um papel de gestão, envolvendo o controle financeiro e o trâmite burocrático para a execução das atividades planejadas:

### **Gestor SESA 1**

*“[...] Na medida em que o recurso vem para o Estado, quem tem a condição de usar esse dinheiro é a instância estadual. Então tem que passar por causa disso. Porque, por exemplo, os cursos, quem agiliza os processos para a execução desses cursos é a SESA através do NUEDRH. O que a gente tenta é envolver as CIES Regionais nesse processo. Mas quem pega esse processo na mão, vai pra isso, vai para o financeiro, vai pra não sei o quê é a SESA”.*

## **O processo de construção do Plano de Educação Permanente**

No tocante à elaboração do planejamento das ações de Educação Permanente, o gestor estadual confirma a existência de planos estaduais e regionais, e a



preparação conjunta das ações. No que tange ao processo em nível regional, nota-se o significativo papel das CIES no sentido de construir todo o planejamento das ações, bastando à CIR apenas a homologação:

### **Quebra-cabeça 3, peça azul**

*“Os municípios, um representante de Educação Permanente de cada município é convidado para uma reunião. Então nós fazemos uma grande reunião onde nós apresentamos novamente o que é CIES, a importância e o que é esse plano regional. Depois, entregamos um modelo de planilha criado para cada município e ele tem que nos entregar a sua demanda, então o que ele tem como demanda de Educação Permanente em todos os níveis de atenção para aquele período vem pra cá, a gente consolida, discute dentro da CIES e delibera a aprovação. Aí passando pela aprovação aqui vai para a CIR para ser deliberada finalmente, para a aprovação final”.*

Em que pese o importante papel das CIES para se iniciar o processo de planejamento, é possível perceber também que existe certo atraso para a execução das ações propostas, de acordo com a afirmação de um participante:

### **Quebra-cabeça 2, peça azul**

*“Dificuldade conforme eu te falei: a gente tem as nossas reuniões, entendeu? A gente tá ali junto trabalhando de 9h da manhã até 12h fazendo plano, traçando e tudo e colocando tudo no papel, encaminhamos, está tudo em ata, mas nada sai dali. Nada vai para a frente. Nada é concretizado, a verdade é essa. Desde 2008 nada foi concretizado a não ser o nosso regimento que nós elaboramos, mais nada”.*

Outro ponto que merece destaque, segundo declaração de um participante, é que há cursos que não seguem a tramitação proposta pela Portaria 1996/2007, seguindo uma trajetória descendente, ou seja, não há participação da CIES no planejamento desse tipo de ação:

### **Quebra-cabeça 1, peça verde**

*“O curso Caminhos do cuidado é um exemplo, ofertado diretamente do Ministério da Saúde aos municípios”.*

Em relação ao âmbito estadual, nota-se que o Plano Estadual é um compilado dos regionais, o que mostra que não há de fato um planejamento para questões estaduais, e sim planos regionais que foram pensados. Por fim, nota-se, por meio da fala de um participante, que as ações propostas se configuram num aglomerado de cursos.

## **Gestor SESA 1**

*“A CIES Estadual nunca fez um plano. Entendeu? Eu acho que tá errado. Por que a CIES Estadual teria que ter e ela tem um papel... Propositivo, um papel de fazer propostas de EP para o estado, ela tem que ter o seu plano. Então o plano do estado não pode ser só a soma dos quatro, tem que ter os quatro, mas tem que ter ações estaduais também. E isso não tem e foi uma das coisas que eu questionei.”*

## **Gestor SESA 1**

*“Se você pegar o 2010 e 2011 é mais ou menos o mesmo desenho. Se você pega aquilo, aquilo é um aglomerado de cursos. Que EP é essa?”*

## **Avaliação das ações de EP**

Ao abordar as questões relativas à avaliação e monitoramento das ações de EP, pode-se perceber que existem diversos fatores e instrumentos que são considerados pela gestão. Parece tratar-se de um tema controverso e que enseja uma polêmica em relação aos representantes das CIES regionais, com opiniões divergentes. Segundo o Gestor SESA 2, fatores como utilização dos recursos financeiros, total de concluintes, modalidades dos cursos, estrutura curricular e metodológica dos cursos, conteúdo programático, avaliação dos trabalhadores/alunos e/ou docentes, modificação dos indicadores de saúde e melhoria do processo de trabalho são levados em consideração para a avaliação das ações. Além disso, este ator afirma que relatórios de cursos, visitas técnicas e total de certificados emitidos são os instrumentos utilizados para o monitoramento das ações de EP.

Importante ressaltar que essas ferramentas mencionadas pelo gestor, embora importantes, não estão em consonância com as Diretrizes Pedagógicas para Ações Educativas da SESA do Espírito Santo, que pressupõem a avaliação como uma superação da visão fragmentada dos resultados da aprendizagem a favor de uma visão formativo-integrante do processo.

Chama atenção a afirmação de um representante da CIES, ao asseverar que não existe trabalho de avaliação e monitoramento:

## **Quebra cabeça 1, peça verde**

*“A atuação da CIES eu avalio como em construção. As ações de EPS não são avaliadas e monitoradas pela CIES”.*

No que concerne à melhoria do processo de trabalho, configura-se como ponto crítico avaliar se houve transformação após o final de determinado curso e de que forma isso poderia ser feito, segundo os depoimentos de dois participantes:

### **Quebra cabeça 3, peça azul**

*“[...] tem os relatórios de avaliação previstos, né? Na própria contratação, você tem a avaliação de quem participa do curso. Então por ali a gente monitora como está sendo dado, como está sendo a satisfação, atendeu? Nós não vamos lá na realidade, de repente isso seja um ponto, que a gente deva discutir, tá! Dentro da sala de aula o curso foi todo ministrado, a avaliação foi excelente. Aí a pessoa volta para a base. Ela mudou lá? Ela conseguiu transformar? Essa avaliação a gente não tem.*”

### **Gestor SESA 1**

*“Então, eu acho também que a avaliação é outro nó. Eu acho que é assim, eu acho que isso é muito difícil. Eu acho que a gente tem etapas, né? Eu acho que uma etapa que é importante, talvez não seja a mais importante, mas que é importante também é avaliar o curso em si. Eu acho que ele tem que ser avaliado, quantitativa e qualitativamente, tá? Agora, esse processo de trabalho, eu acho que ele deveria, primeiro, eu acho que um curso na ótica da EP não deveria se encerrar nele por si só”.*

### **Financiamento**

Em relação ao financiamento, pode-se depreender das falas de um participante que a elaboração do planejamento de ações está atrelada ao financiamento pelo Ministério da Saúde, não havendo avanços pretendidos pela Portaria 1996/2007, como o financiamento fundo a fundo, e a afirmação de que a execução dos recursos financeiros está centralizada ao nível estadual:

### **Gestor SESA 1**

*“Teoricamente ele deveria ser construído uma vez por ano, só que é o que eu tô te falando, como o MS parou de liberar recurso, parou de ter uma obrigatoriedade de ser feito, não foi feito. Então houve esse de 2011 que foi apresentado em 2012. E 2012, 2013, 2014 ninguém fez plano, porque não foi obrigatório. Entendeu?”*

*“Agora o PAREPS que precisa de execução, de recurso, o recurso tá em fundo estadual, então a gente não tem como, a gente tem que passar, mas não para aprovar ou deixar aprovar”.*

Quando o assunto é debatido em nível regional, percebe-se um desconhecimento parcial e até total por parte dos integrantes das CIES:

### **Quebra-cabeça 3, peça azul**

*“Não sei detalhes. Por alto eu sei que vêm recursos do Governo Federal que vêm destinados às CIES, é... Destinados à execução das ações do PAREPS. Agora, como é o trâmite processual, aí eu não sei”.*

### **Quebra-cabeça 1 , peça branca**

*“Não sei informar”.*

Pode-se identificar também em um depoimento que houve discussões no sentido de descentralizar os recursos, no entanto esse processo não evoluiu, o que permite depreender que há uma divisão do planejamento das ações em nível regional e execução dos recursos em nível estadual.

### **Quebra-cabeça 4, peça amarela**

*“É claro que a portaria, ela abre também a questão de você tá descentralizando esse recurso para um município, mas é muito complicado isso, como você vai descentralizar recurso para um município e executar a nível de região? Nós não temos ainda uma maturidade pra isso. Outra coisa: se pensou em descentralizar esse recurso para a coordenação da CIR aqui, pra Regional executar e isso não avançou”.*

## **Entraves e as perspectivas da EP**

Embora haja clareza da importância da EP para o desenvolvimento profissional e das CIES enquanto instâncias locais para a condução da PNEPS, foi possível apontar uma série de dificuldades que podem obstar a implementação dessa política em sua plenitude. Ao expor os obstáculos, busca-se a detecção e a correção dos problemas. Ao nível central, aponta-se como dificuldade a burocracia, tanto em relação à execução financeira quanto à realização das ações:

### **Gestor SESA 1**

*“[...] a dificuldade de execução dos recursos, né? A máquina pública é morosa, ela é muito morosa, né? E quando você vai comprar um produto, apesar de ser moroso é um pouco mais fácil: eu quero um computador tanto tal, tarará, tarará. Um curso é mais subjetivo. Então na hora de construir um edital, precisa ter muitas especificidades de um curso que dificulta esse entendimento. Aí quando chega um processo lá na PGE (Procuradoria Geral do Estado), por exemplo, é difícil por que eles vêm uma série de fragilidades. Então é um processo extremamente moroso você conseguir fazer um edital”.*

Ao nível regional, obstáculos relacionados à disponibilidade para assumir uma vaga de representante de CIES, uma atividade que demanda tempo e é voluntária, a não adesão de representantes, a resolutividade da própria CIES e a dificuldade de locomoção até o local das reuniões, são respectivamente citados como obstáculos pelos atores:

#### **Quebra-cabeça 4, peça amarela**

*“É complicado porque ninguém quer assumir a CIES, porque é um trabalho difícil, não é remunerado, é um trabalho que os profissionais têm que ter um comprometimento, você tem que dar a mais de si né? Mais do que tá recebendo. Então assim... É um trabalho voluntário que... Exige muita dedicação, né? Então ninguém quer assumir hoje um compromisso desse que não tenha um retorno financeiro, vamos dizer assim. Tô colocando isso porque é uma dificuldade”.*

#### **Quebra-cabeça 3, peça azul**

*“Igual essa discussão da planilha, não tem como a gente fazer só em três, três não tem representação consensual do grupo todo”. Você vê aqui hoje: teríamos que ter no mínimo seis pessoas, temos três. Cadê o pessoal”?*

#### **Quebra-cabeça 1, peça branca**

*“A dificuldade que eu tô sentindo é pra mim chegar até aqui”.*

Conquanto a EP apresente dificuldades para a sua plena realização, novas perspectivas de trabalho começam a ser debatidas entre os atores envolvidos no processo. Além do fortalecimento de estruturas diretamente ligadas à EP, novas metodologias para superar o paradigma tradicional escolar se fazem necessárias e precisam ser debatidas com mais firmeza pelos atores envolvidos no processo; e o uso de outras ferramentas, como as reuniões itinerantes ou como as redes sociais para capilarizar ainda mais as CIES e facilitar o acesso da população ao que é discutido ou visitas aos locais de trabalho dos representantes das CIES no sentido de conhecer o processo de trabalho de cada membro foram citadas pelos participantes:

#### **Quebra-cabeça 1, peça verde**

*“A CIES precisa de um lugar referência dentro do estado, faltam às Regionais de Saúde os Núcleos de Educação Permanente, o que dificulta os encaminhamentos dados pela CIES”.*

#### **Quebra-cabeça 4, peça amarela**

*“[...] hoje eu tô utilizando uma ferramenta analisadora que é o usuário guia, a gente tem várias, né? Competição de compromisso... É uma ferramenta simples que não exige recurso, exige simplesmente uma mobilização da equipe pra transformar sua prática de trabalho,*

*entendeu? Então assim, é muito interessante e hoje eu vejo que a EP talvez seja isso que está faltando pra nós e que a gente precisa avançar: Que ferramentas metodológicas nós devemos introduzir para que transforme a prática de saúde?”*

#### **Quebra-cabeça 4, peça azul**

*“Então, a gente tá tentando agora via, via... Essas reuniões itinerantes pra ver se a participação dos municípios aconteça de uma melhor forma”.*

*“Eu vejo que hoje nós temos o instrumento de extrema importância que são as ferramentas via tecnologia da informação. A partir do momento que a gente começa a criar de repente um blog, sites, aonde pessoas vão estar nos seus municípios, estão acessando o que está acontecendo, que aconteceu nas reuniões, o que foi deliberado que nós discutimos, a pessoa não vem na reunião, mas pelo menos ela vai ter acesso, eu penso que a gente vai melhorar muito e muito isso aí. Isso aí vai ajudar a aproximar também município do outro”.*

#### **Quebra-cabeça 3, peça azul**

*“Às vezes a gente tem assim... Nós tínhamos a proposta de visitar as instituições assim, [...], vem conhecer o funcionamento do hospital [...] que tem um representante. É... de acordo com a necessidade você conhecer como funciona cada setor, né? Cada instituição.”*

### **DISCUSSÃO**

Levando-se em consideração a pesquisa de Pinto *et al.* (2014) que utilizou como instrumento de coleta de dados a avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), que questionou as equipes sobre a existência de ações de EPS envolvendo trabalhadores da Atenção Básica no Brasil como um todo, aproximadamente 81,1% das equipes responderam afirmativamente à questão, mostrando que essa política se implementou de uma forma expressiva na Atenção Básica. Embora seja um dado relevante e exista um considerável período decorrido desde a instituição da Portaria 1996/2007, ainda persistem desafios a serem superados.

Primeiramente, chama a atenção o número de instâncias que, direta ou indiretamente, estão relacionadas à EP. Cabe indagar se existe entrosamento ou se existem “peças soltas” nesse processo. Percebe-se, ao nível regional, que existe uma tensão no relacionamento entre CIES e CIR, com relato de que há projetos aprovados sem a assistência daquela e que os assuntos relacionados à EP não são prioritários na agenda dos gestores, colocando em xeque o papel estratégico das CIES para as ações de EP, demonstrando certa fragilização dessas instâncias.

O planejamento das ações também merece destaque, pois se trata de uma ferramenta fundamental para a solidificação da política de EP. Na verdade, não existe um plano estadual, e sim um compilado de planos regionais, sendo o estado, por intermédio do NUEDRH, o executor das ações, notando-se certo distanciamento entre o planejamento ao nível regional e a execução das ações ao nível estadual. Causa preocupação a lentidão e a não concretização das ações planejadas, fato semelhante ao estudo de Vendruscolo, Zocche e Dutra (2015) que, ao analisarem o relato de experiência no oeste catarinense, afirmam que o PAREPS nessa região foi concluído em 2008 e revisado em 2010, e, mesmo após esse período, poucas das atividades propostas foram operacionalizadas. Além da morosidade e da sensação de não resolutividade, soma-se o fato de que existem ações não planejadas pelas CIES, e que de maneira descendente pode causar uma sobreoferta de cursos, nem sempre atendendo às necessidades locais regionais.

Ainda sobre o planejamento, Silva, Leite e Pinno (2014) ressaltam a importância que a CIES tem na constituição dos planos regionais de EPS. Contudo, há que se dizer que, mesmo havendo fatores limitadores, estes não se referem às CIES especificamente, mas sim a questões contextuais que, histórica e culturalmente, estão arraigadas nos sistemas de saúde no segmento pesquisado. Entre esses fatores estão a falta de envolvimento e comprometimento das equipes, carência de profissionais, infraestrutura deficiente nas unidades básicas de saúde, problemas de acolhimento e acessibilidade aos serviços, organização e sistematização da atenção em saúde. Estes não são problemas das CIES e da EPS especificamente, contudo, são fatores a serem considerados na elaboração dos planos regionais de educação, pois o conhecimento desses 'problemas' é importante nos 'diagnósticos de necessidades educativas'. A sua resolução é uma questão de gestão, mas primordialmente também de educação no trabalho.

No que se refere à avaliação das ações, os achados são semelhantes ao encontrado por Miranda (2014). Os resultados do estudo desse autor evidenciaram que as ações propostas pela CIES BA não foram acompanhadas, monitoradas e avaliadas com instrumentos claros e indicadores definidos, conforme as competências e atribuições constantes nos documentos que a norteiam. Os instrumentos utilizados para a avaliação citados pelo gestor estadual remetem à avaliação tradicional, como número de certificados, total de concluintes, recursos

financeiros, entre outros. É necessário discutir outros métodos e alternativas de avaliação, como a avaliação de processos ou de serviços, buscando identificar se, de fato, houve transformação do processo de trabalho.

Em relação ao financiamento das ações, percebe-se um distanciamento entre o planejamento das ações em nível regional e a execução de recursos em nível estadual, gerando por vezes até desconhecimento desse mecanismo por parte dos integrantes das CIES. Essa situação corrobora o exposto por Silva, Leite e Pinno (2014). Esses autores afirmam que as CIES regionais têm à sua disposição orçamento próprio para o financiamento das propostas educativas, contidas nos planos regionais de EPS. Contudo, na prática, esse fato não se consubstancia, sendo possível observar certo desconhecimento dos integrantes do segmento regional quanto ao financiamento das ações. Ainda sobre o financiamento, percebe-se que o NUEDRH possui papel central nesse ponto, fato semelhante ao encontrado no estudo de Arantes e Sena (2014), que afirmam que mesmo que os atores institucionais estejam contemplados na gestão da política, a condução e a decisão da política ainda permanecem concentradas na esfera estadual, sem a influência dos sujeitos sociais responsáveis pela política no âmbito regional e local.

Em que pese na prática o fato de o NUEDRH exercer a função de executor de recursos públicos, há um contraste quando essa realidade é comparada com a Portaria 1996/2007. Segundo esse dispositivo, em seu artigo 11, dentre as atribuições da CIB, está a de pactuar os critérios para a distribuição, a alocação e o fluxo dos recursos financeiros no âmbito estadual. Nesse sentido, seria interessante analisar se de fato a CIB cumpre esse papel ou se há supressão dessa função por parte do NUEDRH. Nesse cenário de dificuldades em relação ao planejamento, o estudo de Ferraz *et al.* (2013) também assinala problemas no estado de Santa Catarina, considerando os autores que, apesar do grande avanço representado pela adoção do mecanismo de transferência fundo-a-fundo dos recursos da Portaria 1.996/2007, algumas dificuldades se mantiveram. Dentre as propostas para superar esses problemas, está a descentralização de crédito para as Superintendências Regionais de Saúde ou a transferência fundo a fundo do Fundo Estadual ao Fundo Municipal de Saúde de algum município das CIES, como forma de concretizar uma mudança na dinâmica de financiamento das ações de EP.



No nível micro, os membros das CIES também enfrentam uma série de dificuldades, tais como a não adesão ou não comparecimento de representantes nas reuniões, ou a sobreposição de atividades das CIES com o emprego dos representantes, ou até mesmo a dificuldade de transporte para o deslocamento dos membros até as reuniões.

Mesmo com tantos entraves para a efetiva implementação das ações, perspectivas de trabalho podem trazer “novo encaixe das peças da EP”. Nesse sentido, o uso de ferramentas pedagógicas/metodológicas alternativas podem ser decisivas. Como exemplo, pode-se citar o usuário guia apontado por um participante ou o exemplo do relato de caso de Rodrigues, Vieira e Carvalho Torres (2010), que, ao utilizar a EP para a atualização de diabetes mellitus, gerou uma reflexão dos profissionais em relação ao fazer e ao pensar como está sendo feito; ou o Telessaúde, que, segundo Pinto *et al.* (2014), é capaz de fornecer bibliotecas virtuais de acesso pela internet; segunda opinião formativa; teleconsulta, teleconsultoria e telediagnóstico; teleducação; videoligações para interconsulta com a presença do usuário e webconferências (reuniões, palestras, treinamentos para participações individuais ou em grupo via internet).

Além disso, a implementação de estruturas como os Núcleos de Educação Permanente em Saúde nas Regionais, as reuniões itinerantes juntamente com a adoção da tecnologia como blogs e redes sociais para melhorar o processo de comunicação das instâncias ligadas à EP e as visitas aos locais de trabalho dos representantes das várias instituições ligadas nesse processo representam alternativas interessantes e que podem ajudar a superar as dificuldades apontadas.

## **CONCLUSÃO**

É inegável que houve avanços institucionais importantes como a atualização do Plano Diretor de Regionalização, possibilitando a conformação atual do desenho das instâncias responsáveis pela condução da Política de Educação Permanente, quais sejam as CIES e os CIR; ou a estrutura específica em EP na SESA.

No entanto, percebem-se fragilidades e mesmo, diríamos, movimentos lentos e graduais de desmontagem nas bases que sustentaram a formulação da EP no sentido de potencializar o SUS e ressignificar os processos de trabalho, notadamente nos momentos da efetiva implementação da política. Muitas vezes as instituições não permitem por diversas circunstâncias o andamento da política por si só. Portanto, torna-se necessário avançar em aspectos importantes no sentido de organizar da melhor forma o funcionamento das inúmeras peças que a compõem e estão em movimento dinâmico para dar vida à produção da EP no SUS.

Dessa maneira, discussões e futuros esforços no sentido de fortalecer a atuação das CIES se fazem necessários, assim como a sua autonomia financeira, como dispõe a Portaria 1996/2007. Importante também atentar para a questão do financiamento e da execução das ações que incluam as CIES e deem aos representantes dessas instâncias a sensação de pertencimento, e que diminuam a distância entre planejadores e executores, inserindo o local de trabalho como no processo ensino-aprendizagem, além das sugestões de melhoria propostas pelos participantes desse estudo.

Seguindo essa linha, novos estudos se fazem necessários no intuito de entender de forma mais aprofundada o processo, e que novas proposições possam contribuir para o avanço do desenvolvimento profissional dos trabalhadores da saúde. Pode-se citar, por exemplo, pesquisas envolvendo a agenda da CIR e da CIB ou o entendimento dos representantes dessas instâncias em relação à EP; novas formas de planejamento que identifiquem de maneira mais específica necessidades no processo de trabalho; novos meios de avaliação que possam apontar se houve transformação do processo de trabalho.

Assim posto, espera-se contribuir com o debate e melhorar a qualidade da gestão da educação, uma linha de atuação que possui grande complexidade no momento de intervenção e cuja maturidade das decisões que se tomam nesse campo com medidas corretivas tem por característica ser demasiado extensas.

## REFERÊNCIAS

ARANTES, R. F.; SENNA, M.C.M. A condução da política nacional de educação permanente em saúde no estado de Minas Gerais: elementos para análise. In: **11º Congresso Internacional da Rede Unida**. 2014.

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

FERRAZ, F. et al. Gestão de recursos financeiros da educação permanente em saúde: desafio das comissões de integração ensino-serviço. **Ciênc. saúde coletiva**, 2013, v. 18, n. 6, p. 1683-1693.

GARCIA, A.C. **Gestão do trabalho e da educação na saúde**: uma reconstrução histórica e política. Tese de doutorado. 2010. 171 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

MIRANDA, G.C.S. A implementação da Comissão Estadual de Integração Ensino Serviço - CIES Bahi. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, 2014. 64f.

PIERANTONI, C.R. et al. O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. 1. ed.– Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ObservaRH, 2011.

PINTO, H.A. et al. Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Divulg. saúde debate**, n. 51, p. 145-160, 2014.

RODRIGUES, A.C.S.; VIEIRA, G.L.C.; DE CARVALHO TORRES, H. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 531-537, 2010.  
SILVA, L.A.A.; LEITE, M.; PINNO, C. Contribuições das Comissões de Integração Ensino-Serviço na Educação Permanente em Saúde. **Trab. Educ. Saúde**, 2014, v. 12 n. 2, p. 403-424.

SILVA, L.A.A. et al. Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, 2011, v. 20, n. 2, p. 340-348.

VENDRUSCOLO, C.; ZOCHE, D.; DUTRA, A. Trevisan. Produção do Plano de Educação Permanente em Saúde: relato de experiência no oeste catarinense. **Cogitare Enferm.** 2015 Jul/set; v.20, n.3, p. 632-635.

VIANA, A.L.D et al. Estágios de Regionalização e os níveis de institucionalidade da Educação Permanente (In). O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas / Célia Regina Pierantoni, Mario Roberto Dal Poz, Tania França, organizadores. - 1. ed.– Rio de Janeiro: CEPESC:IMS/UERJ: ObservaRH, 2011.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa ora em tela analisou o estágio de desenvolvimento Política de EP do SUS no Espírito Santo. Investigou-se mais especificamente o papel das CIES nas ações no estado; as principais ações desenvolvidas e os mecanismos de avaliação e monitoramento das ações de EP.

Na análise documental, constatou-se uma fragilidade nos registros das ações realizadas pelos profissionais. Concluiu-se também que os documentos oficiais não são claros em distinguir ações de Educação Continuada e de EP, não podendo o leitor concluir se a relação é de complementariedade ou se os termos são usados como sinônimos. Além disso, a classificação das ações de EP precisa de critérios mais claros, sendo que algumas atividades listadas nos RAGs não se encaixam na ótica dos princípios da EP. Apreende-se que esses documentos constituem-se em mero requisito formal, não vinculados ao atendimento de sua finalidade precípua de instrumento de planejamento e monitoramento para apoio à gestão.

Em relação às principais ações de EP executadas, foram encontradas, tanto na análise documental quanto nas respostas dos participantes do estudo, a predominância de realização de ações de formação como cursos e capacitações, principalmente, nas áreas de Atenção à Saúde e Vigilância em Saúde.

Trata-se de estratégia educacional tradicional adotada pelo estado no atendimento às demandas das ações e programas de saúde, legitimando as capacitações/treinamentos pontuais, enquanto estratégia prática de educação permanente. Tal fato pode estar atrelado ao processo de estruturação das CIES, seja pela herança dos Polos de Educação Permanente ou pelas demandas das secretarias estaduais e municipais, em função das ações emergenciais para atender, por exemplo, à expansão da Estratégia de Saúde da Família; à ocorrência de epidemias como a dengue, a implantação da Rede Cegonha, aos projetos de urgência/emergência, dentre outros.

No que tange às CIES, as análises feitas permitiram perceber sinais de avanços e não deixam dúvidas quanto à importância destas instâncias de negociação e pactuação no arranjo institucional da PNEPS, uma vez que possibilitam que

diferentes esferas de governo, distintos segmentos da sociedade e mesmo atores não diretamente implicados com a execução dos processos formativos compartilhem experiências e participem do processo decisório desta política.

Os participantes do estudo entendem, em sua maioria, que essas instâncias possuem como função principal o assessoramento e a cooperação técnica, o que evidencia possibilidades, potencialidades e fortalezas para a construção dos Planos Regionais de EP da sua área de abrangência.

Na relação CIES regionais x CIR, foram elencadas algumas situações negativas. Dentre elas o distanciamento, desinteresse, falta de diálogo, desvalorização e não reconhecimento da CIES, com relato de projetos aprovados sem a sua participação. Na esfera estadual, aponta-se o fato de representantes da CIES não conseguirem representação na Câmara Técnica da CIB.

Em que pese a importante função das CIES de assessoramento e auxílio para a construção do planejamento que irá subsidiar as ações de EP no estado, percebe-se certa fragilidade e estagnação dessas instâncias.

O estudo procurou investigar ainda aspectos sobre a avaliação das ações de EPS, envolvendo diversos fatores e instrumentos considerados pela gestão e pelos representantes das CIES. Para o gestor, o total de concluintes das modalidades educativas ofertadas, a utilização dos recursos financeiros, além modificação dos indicadores de saúde e melhoria do processo de trabalho são fatores levados em consideração para a avaliação das ações. Já nas CIES, há relatos de ausência de avaliação e dificuldades encontradas para se avaliar se houve impacto no processo de trabalho e fazer monitoramento contínuo das ações. Existem lacunas que precisam ser preenchidas, e critérios avaliativos mais claros precisam ser postos.

A pesquisa revelou que as mudanças e inclusões na PNEPS no país trazem reforços e avaliações positivas em relação às novas diretrizes e estratégias para a sua implementação, mas há preocupações com os recursos financeiros insuficientes que se agravam com as dificuldades técnicas e operacionais na execução destes recursos.

Pelos critérios estabelecidos pela portaria GM/MS n. 1.996/2007, os gestores dispõem de financiamento federal, regular e automático para a Educação em Saúde, com repasse fundo a fundo, por meio do Bloco de Financiamento da Gestão do

SUS, com vistas ao planejamento e execução a curto, a médio e a longo prazos de ações educativas de formação e desenvolvimento, que respondam às necessidades do sistema e estejam de acordo com a realidade regional/local.

Os aspectos que mais chamam a atenção em relação aos recursos financeiros dizem respeito à dificuldade de execução e a insuficiência para atender às demandas. Em relação às dificuldades de execução dos recursos foram apontadas questões relacionadas à natureza administrativa e de conteúdo jurídico legal. Sobre esse ponto, cabe ao NUEDRH a execução de recursos, causando afastamento entre quem planeja e quem executa, configurando certo desconhecimento dos membros das CIES sobre esse processo.

Outra preocupação ancora-se na mudança da lógica de financiamento para a Educação em Saúde proposta pelo MS, em que houve a suspensão do repasse automático a partir de 2012 e a possibilidade de o financiamento ser por projeto, repetindo-se a lógica dos Polos, configurando um retrocesso na política.

Além das já mencionadas dificuldades relativas ao financiamento, a avaliação e o monitoramento das ações, várias outras dificuldades foram elencadas. Estas integraram um rol de questões no que se refere ao planejamento, com ações ofertadas diretamente do MS, de forma descendente, alijando as CIES do processo. Além disso, o longo hiato entre o planejamento e a efetiva execução das ações acaba gerando descontentamento e descrédito entre os representantes dessas instâncias.

Outras dificuldades encontradas referem-se ao próprio funcionamento das CIES, a falta de autonomia financeira, a dificuldade dos representantes em se dividirem em suas profissões com os afazeres das CIES, o absenteísmo de alguns representantes e até a dificuldade de transporte para o local das reuniões.

A EPS tem sido compreendida quanto aos seus pressupostos conceituais e metodológicos enquanto uma estratégia transformadora das práticas de saúde, com grande potencial para o rompimento do paradigma tradicional que orienta os processos de formação dos trabalhadores da saúde. Constitui-se como um instrumento possibilitador do desenvolvimento pessoal, social e cultural e está centrada nos processos de ensino-aprendizagem em que o próprio sujeito que

aprende é um agente ativo, autônomo e gestor de sua educação. É ele, ao mesmo tempo, educador e educando.

Nessa concepção ideológica e política, cuja condução se operacionaliza no âmbito de localidades de saúde, convoca os sujeitos ao quadrilátero da formação – ensino, serviço, gestão e controle social – a refletirem de modo permanente sobre a realidade posta e a buscar soluções criativas com a superação dos problemas de saúde e, por conseguinte, qualificar as ações no intuito de aumentar a resolutividade e a eficiência do sistema de saúde.

Sua aplicação, no entanto, é permeada por inúmeras dificuldades relativas à infraestrutura, à gestão de processos administrativos, à manutenção de práticas pedagógicas alicerçadas na fragmentação do cuidado e na transmissão de conhecimentos, e a incipiência do controle social.

Muitos desafios ainda precisam ser superados para que se concebam os projetos de EPS e se consolide a PNEPS. Para a verdadeira concretização da EP, é preciso a ressignificação do processo de trabalho gerando novas práticas e o protagonismo dos trabalhadores.

Perspectivas positivas, desafios a serem superados e propostas de trabalho foram apontados na pesquisa. Entre as questões levantadas, destaca-se a criação de estruturas de referência em EP nas regionais e nos municípios, os Núcleos de Educação Permanente; a adoção de ferramentas pedagógicas alternativas com potencial transformador das práticas de saúde; processos avaliativos capazes de apontar mudanças no processo de trabalho; a utilização de reuniões itinerantes e o uso da tecnologia como ferramenta de comunicação, tais como o Telessaúde e as redes sociais podem ser alternativas para superar os obstáculos enfrentados, para que “as peças do quebra-cabeça da EP” possam se encaixar de modo harmonioso.

Reforça-se que o presente estudo não esgota todas as possibilidades. As análises aqui apresentadas deveriam ser discutidas e divulgadas entre os diversos atores envolvidos no processo para apreciação, validação e construção de alternativas para o campo da educação em saúde, visando o fortalecimento do SUS.

## REFERÊNCIAS

ALVES, J.C.R. **Política Nacional de Educação Permanente no SUS**: estudo da implementação sob a perspectiva dos gestores da secretaria municipal de saúde de Teresópolis em 2006. 2007.184f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2007.

ALVES, R. O que é científico? **Psychiatry on line Brasil**.1999. v.4, n. 8. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano99/cient8.php>>. Acesso em: 13 mar. 2015.

BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T. W. F.(Org.). **Caminhos para Análise das Políticas de Saúde**. Rio de Janeiro: 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BATISTA, K.B.C.; GONÇALVES, O.S.J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc**. 2011, v.20, n.4, p.884-899.

BAUER, M. W., GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Tradução: Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. A questão dos recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde: 1941-1992. Brasília: Ministério da Saúde, **Cadernos RH Saúde**, ano 1, v. 1, n. 1, 1993.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Câmara da Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**, Brasília, 1995.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde: Pólos de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do sistema único de saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Seção 1. Brasília, DF, 16 fev. 2004b, p. 37-41.



BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 399/GM** de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 12 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília:MS; 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: políticas e ações** – Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos** (Resolução CNS nº 466/12). Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde. **Avaliação de Políticas e Programas Nacionais da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no SUS**. 2014. Disponível em: <[http://www.resbr.net.br/midia/Relatorio\\_Cnpq\\_Celia.pdf](http://www.resbr.net.br/midia/Relatorio_Cnpq_Celia.pdf) >. Acesso em: 01 mar. 2015.

BRAVIN, F.P. **Política e ação pública: análise da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. 2008. 119. Dissertação (Mestrado em Política Social). Universidade de Brasília, Departamento de Serviço Social, Brasília, 2008.

BRESSER-PEREIRA, L. C. A reforma gerencial do Estado de 1995. **Rev. Adm Pública**. 2000, v. 34, n.4, p.7-26,. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6289/4880> >. Acesso em: 12dez. 2014.

CAMPOS, G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, 1998, v. 14, n. 4, p.863-870.

\_\_\_\_\_. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. **Trabalho, Educação e Saúde**, 2006, v. 4 n. 1, p. 19-31. Disponível em: <<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r124.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2015.

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

CASTRO, F.C.A.Q. **Concepções de educação permanente em saúde difundidas por gestores**. 2014. 74f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde. Vitória, 2014.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, 2005, v.9, n.16, p.161-77.

CECCIM, R. B.; FERLA, A.A. **Educação Permanente em Saúde**, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>>. Acesso em: 23 jan. 2015.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, 2005, v.14, n.1, p.41- 65.

CRUZ, M.M. Avaliação de Políticas e Programas de Saúde: contribuições para o debate. In: MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T. W. F.(Org.). **Caminhos para Análise das Políticas de Saúde**. Rio de Janeiro: 2011.

DECAT, E.; FORMENTI, L. AGU considera inconstitucional regra que permite capital estrangeiro na saúde. **O Estado de São Paulo**, 2015. Disponível em: <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,agu-considera-inconstitucional-regra-que-permite-capital-estrangeiro-na-saude,1628432>>. Acesso em: 19 fev. 2015.

DALBELLO-ARAÚJO, M. Alguns olhares sobre a subjetividade. In **Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo**. Casa do Psicólogo, 2001.

DAVINI, M. C. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: **Ministério da Saúde. Política nacional de educação permanente em saúde**. Brasília, 2009, p. 39-63.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano estadual de saúde 2012 - 2015**. Vitória, 2012.

\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Vitória, 2011.

FEUERWERKER, L.C.M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FIOCRUZ. **Análise da Política de Educação Permanente em Saúde**: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde – Relatório Final. 2006. 102p.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e políticas públicas** n 21, p. 212-259, 2000.

FORMENTI, L. MP libera capital estrangeiro em hospitais do país. **O Estado de São Paulo**, 2015. Disponível em: <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,mp-libera-capital-estrangeiro-em-hospitais-do-pais,1623031>>. Acesso em: 19 fev. 2015.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GUIZARDI, F.L.; CAVALCANTI, F.O.L. O conceito de co-gestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. **Physis**, 2010, v.20, n. 4, p. 1245-1265.

LAZZARATO, M.; NEGRI, A. **Trabalho imaterial: formas de vida e produção de subjetividade!** tradução de Mônica Jesus. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

LIMA, R.C.D. **A enfermeira: uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde**. Vitória: ed. Edufes, 2001

LOPES, A.L.M.; FRACOLLI, L.A. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. **Texto contexto - enferm.** 2008, v 17, n. 4. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/20.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2015.

LUDKE, M.; ANDRE, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARX, K. **O Capital: Crítica da Economia Política, livro I: O processo de produção do capital**. Boitempo Editorial, 2013.

MELO, M.A. As sete vidas da agenda pública brasileira. In: RICO, M.R. (Org.). **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001, p. 17-18.

MENDES, T.D. Um novo mundo, uma nova educação. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, 2000, v. 81, n. 199, p. 501-510.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVAO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.** 2008, v. 17, n. 4. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2015.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

\_\_\_\_\_. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. Hucitec, 2003.

MICCAS, F.L.; BATISTA, S.H.S.S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Rev. Saúde Pública**, 2014, v. 48, n. 1, p. 170-185. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n1/0034-8910-rsp-48-01-0170.pdf>>. Acesso em: 26 jan.2015.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

MOREIRA, M.C. **Educação permanente em saúde: revisão sistemática da literatura científica**. 2010. 42 f. Monografia (Pós-graduação em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde), Grupo Hospitalar Conceição, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

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

OMS. **Desenvolvimento Humano e IDH**. 2016. Disponível em: <[www.pnud.org.br/idh](http://www.pnud.org.br/idh)>. Acesso em: fevereiro de 2016.

PAIM, J.S; ALMEIDA-FILHO, N. Reforma Sanitária Brasileira em perspectiva e o SUS. In: PAIM, J. S., ALMEIDA-FILHO, N. (Org.) **Saúde Coletiva: teoria e prática**. . 1 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

PAIVA, S.M.A. et al. Teorias administrativas na saúde. **Rev. enferm**, 2010, v.18, n.2, p.311-316.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L.B. **Processo de trabalho em saúde**, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>>. Acesso em: 12 dez. 2014.

PEREIRA, R.O. **O Polo de educação permanente em saúde e as interfaces da política de educação permanente para o SUS no estado**. 2012.117 f.Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde. Vitória, 2012.

PIERANTONI, C.R. et al. **Gestão do trabalho e da educação em saúde**. CEPESC; UERJ; ObservaRH, 2012.

PIERANTONI, C.R. et al. **Políticas de recursos humanos no sistema de saúde brasileiro**: estudo avaliativo, 2013. Disponível em: <[http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais\\_painel/049.pdf](http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais_painel/049.pdf)>. Acesso em: 01 mar. 2015.

PIOLA, S. 'PEC 358/2013 e a falta que o Gilson Carvalho nos faz'. **ABRASCO**, 2015. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/site/2015/02/pec-3582013-e-a-falta-que-o-gilson-de-carvalho-nos-faz-por-sergio-piola/>>. Acesso em: 19 fev. 2015.

QUINTANILHA, B.C.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Movimentos de resistência no Sistema Único de Saúde (SUS): a participação rizomática\* **Interface** (Botucatu), 2013, vol.17, n.46, p.561-73.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, 2004, v.20, n. 2, p. 438-446.

SANTOS, N.R. 25 anos profícuos de resistência e avanços possíveis. In: **25 anos do direito universal à saúde**. Org. Maria Lúcia Frizon Rizzoto, Ana Maria Costa. Rio de Janeiro: Cebes, 2014.

SMAHA, I.N.; CARLOTO, C.M. Educação permanente: da pedagogia para a saúde. **VII Seminário do Trabalho: trabalho, educação e sociabilidade**, p. 24-28, 2010. Disponível em: <[http://www.estudosdotrabalho.org/anais-vii-7-seminario-trabalho-ret-2010/india\\_nara\\_smaha\\_cassia\\_maria\\_carloto\\_educacao\\_permanente\\_da\\_pedagogia\\_para\\_a\\_saude.pdf](http://www.estudosdotrabalho.org/anais-vii-7-seminario-trabalho-ret-2010/india_nara_smaha_cassia_maria_carloto_educacao_permanente_da_pedagogia_para_a_saude.pdf)>. Acesso em: 22 fev. 2015.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; 2002.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Tradução: Luciane de Oliveira da Rocha. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

STROSCHEIN, K. A.; ZOCHE, D. A. A. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Trab. educ. saúde**, 2011, v. 9, n. 3, p. 505-519. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n3/v9n3a09.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2015.

TAYLOR, F. W. **Os princípios da administração científica**. Harper, 1914.

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

USP. **Recursos humanos e regionalização da saúde:** Programa de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Educação Permanente. VIANA, A. L. D. (Coord.). Faculdade de Medicina, USP: SP. 2010. 326p

VIEIRA, M. et al. Análise da política de educação permanente em saúde. Um estudo exploratório dos projetos aprovados pelo Ministério da Saúde. **Rio de Janeiro:** EPSJV/Fiocruz, 2006.

**ANEXOS**

## ANEXO A

## Questionário

## BLOCO I - PERFIL

**IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

1. Secretaria do Estado:

2. UF:

3. Endereço completo da SES:

4. Telefone:

5. Fax:

6. Endereço eletrônico da SES:

7. Possui setor específico de Educação Permanente em Saúde na estrutura da SES?  
 Sim  Não

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

9. Número de Regiões de Saúde do Estado:

**IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL**

10. Nome do responsável pelo Setor de Educação Permanente na SES:

10.1. Sexo:  Masculino  Feminino

10.2. Profissão:  Cargo/ Função:

10.3. Telefone:  Fax:   
 E-mail:

10.4. Grau de escolaridade:  
 Ensino Fundamental Completo  
 Ensino Médio Incompleto  
 Ensino Médio Completo  
 Graduação Incompleta  
 Graduação Completa

10.5. Pós-graduação:  
**Maior titulação:**  
 Especialização  Mestrado Acadêmico  Mestrado Profissional  
 Doutorado  Pós Doutorado

**Área:**  
 Saúde Pública  Saúde Coletiva  Recursos Humanos  
 Administração  Outra

10.6. Situação funcional:  
 Funcionário do quadro da SES  
 Contratada(o)/nomeada(o) especificamente para o cargo que ocupa  
 Acumula, também, outra função na SES

10.7. Tipo de vínculo:  
 Estatutário  
 Estatutário/função gratificada  
 Estatutário/DAS ou cargo Comissionado  
 DAS/cargo comissionado  
 CLT  
 Terceirizado  
 Prestador de Serviço  
 Outro, especificar:

10.8. Tempo no Cargo Atual (de gestor da Educação Permanente):  
 Menos de 1 ano  
 De 1 a 3 anos  
 De 4 a 8 anos  
 Mais de 8 anos

10.9. Tempo que trabalha na SES:  
 Menos de 1 ano  
 De 1 a 5 anos  
 De 6 a 10 anos  
 Mais de 10 anos



10.10. Teve experiência anterior de trabalho na área de Educação Permanente?

Não

Sim, na área da Saúde

Sim, em outra área. Especifique: \_\_\_\_\_

11. Nome do responsável pelas informações: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Cargo/ Função \_\_\_\_\_

**BLOCO II – FOCO ORGANIZACIONAL**

12. O Setor Educação Permanente em Saúde (EPS) está presente no organograma oficial da SES?

Sim

Não

Não sabe

13. O setor de EPS possui estrutura física própria?

Sim

Não

13.1. Recursos físicos disponíveis para o setor de Educação Permanente: (Assinale com X quantas alternativas forem necessárias)

Sala de reunião

Sala de aula

Recursos informáticos

Internet

Recursos audiovisuais

Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

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

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

16. Indique as principais áreas/atividades sob a responsabilidade do setor de EPS: (Assinale com X quantas alternativas forem necessárias)

Formação técnica/profissionalizante

Articulação/Organização de estágios curriculares

Residências Médica e Multiprofissional

Coordenar a CIES

Assessorar a CIES

Cursos de Especialização

ProgeSUS

Telessaúde

Pró-Saúde

PET-Saúde

Ver-SUS

Outras. Especifique: \_\_\_\_\_

17. O Setor de EPS, no desenvolvimento de suas ações, dialoga com as áreas técnicas da SES?

Sim

Não

Não sabe

18. A SES possui estrutura específica para formação de pessoal:

Centro formador

Escola técnica

Escola de saúde pública

Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

Não possui estrutura própria

19. Seu estado possui CIES?

Regional(ais) (Passe para questão 27)

Estadual (Passe para questão 27)

Regional(ais) + Estadual (Passe para questão 27)

Não

Não sabe (Passe para questão 24)

20. Existe proposta de criação de CIES em andamento?

Sim. Qual?  Regional(ais)  Estadual

Não

Não sabe

**BLOCO III – FOCO OPERACIONAL**

**21. Existem Planos Regionais de Educação Permanente no Estado?**  
 Sim Quantos: \_\_\_\_\_  
 Não  
 Não sabe

**22. Existe Plano Estadual de Educação Permanente (PEEPS) no Estado?**  
 Sim  
 Não  
 Não sabe

**23. As diretrizes nacionais da Educação Permanente instituídas pela Portaria GM/MS nº 1.996/07, influenciaram ou estão influenciando a construção do PEEPS?**  
 Sim (*Passe para questão 23*)  
 Não (*Responda a questão 22*)  
 Não sabe (*Responda a questão 22*)  
 Não conhece as diretrizes (*Responda a questão 22*)

**24. Por que razão as diretrizes não influenciam/influenciaram a construção do PEEPS?**  
 As diretrizes não atendem às necessidades da política de Educação Permanente da SES  
 Não houve interesse pelas diretrizes  
 As diretrizes não foram compreendidas  
 Outra. Especifique: \_\_\_\_\_

**25. Que órgãos participam da elaboração do PEEPS? (Assinale com X quantas alternativas forem necessárias)**  
 Áreas técnicas da SES  
 CIR  
 CIES  
 CIB  
 Outros: \_\_\_\_\_

**26. Há colaboração/participação dos trabalhadores na construção do PEEPS?**  
 Sim. Como? \_\_\_\_\_  
 Não  
 Não sabe

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

<input type="checkbox"/> <b>REGIONAL(AIS), se houver:</b>	<input type="checkbox"/> <b>ESTADUAL, se houver:</b>
<input type="checkbox"/> Gestores estaduais e/ou seus representantes	<input type="checkbox"/> Gestores estaduais e/ou seus representantes
<input type="checkbox"/> Gestores municipais e/ou seus representantes	<input type="checkbox"/> Gestores municipais e/ou seus representantes
<input type="checkbox"/> Trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas	<input type="checkbox"/> Trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas
<input type="checkbox"/> Instituições de ensino com cursos na área da saúde	<input type="checkbox"/> Instituições de ensino com cursos na área da saúde
<input type="checkbox"/> Conselhos Municipais de Saúde	<input type="checkbox"/> Conselhos Municipais de Saúde
<input type="checkbox"/> Conselho Estadual de Saúde	<input type="checkbox"/> Conselho Estadual de Saúde
<input type="checkbox"/> Movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS.	<input type="checkbox"/> Movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS.
<input type="checkbox"/> Cada CIES tem sua própria composição	<input type="checkbox"/> Representantes das CIES Regionais
<input type="checkbox"/> Não Sabe	<input type="checkbox"/> Não Sabe
<input type="checkbox"/> Outros. Especifique: _____	<input type="checkbox"/> Outros. Especifique: _____

**28. Com que regularidade acontecem as reuniões da(as) CIES?**

<input type="checkbox"/> <b>REGIONAL(AIS), se houver:</b>	<input type="checkbox"/> <b>ESTADUAL, se houver:</b>
<input type="checkbox"/> Mensal	<input type="checkbox"/> Mensal
<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Trimestral
<input type="checkbox"/> Por demanda	<input type="checkbox"/> Por demanda
<input type="checkbox"/> Cada CIES tem seu próprio funcionamento	<input type="checkbox"/> Não Sabe
<input type="checkbox"/> Não Sabe	<input type="checkbox"/> Outros. Especifique: _____
<input type="checkbox"/> Outros. Especifique: _____	_____
_____	_____

**29. Como acontecem os registros das deliberações da(as) CIES?**

<input type="checkbox"/> <b>REGIONAL(AIS), se houver:</b>	<input type="checkbox"/> <b>ESTADUAL, se houver:</b>
<input type="checkbox"/> Em ata	<input type="checkbox"/> Em ata
<input type="checkbox"/> Relatório para CIR	<input type="checkbox"/> Relatório para CIB
<input type="checkbox"/> Publicação em DO	<input type="checkbox"/> Publicação em DO
<input type="checkbox"/> Cada CIES tem seu próprio funcionamento	<input type="checkbox"/> Não Sabe
<input type="checkbox"/> Não Sabe	<input type="checkbox"/> Outros. Especifique: _____
<input type="checkbox"/> Outros. Especifique: _____	_____

**30. Quem coordena a(as) CIES?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> REGIONAL(AIS), se houver:                            | <input type="checkbox"/> ESTADUAL, se houver:          |
| <input type="checkbox"/> Departamento de EP da SES                            | <input type="checkbox"/> Departamento de EP da SES     |
| <input type="checkbox"/> Unidades Administrativas Regionais da SES            | <input type="checkbox"/> Secretário de Estado da Saúde |
| <input type="checkbox"/> Secretário Municipal de Saúde escolhido pela CIR/CGR | <input type="checkbox"/> Publicação em DO              |
| <input type="checkbox"/> Cada CIES tem seu próprio funcionamento              | <input type="checkbox"/> Não Sabe                      |
| <input type="checkbox"/> Não Sabe   | <input type="checkbox"/> Outros. Especifique: _____    |
| <input type="checkbox"/> Outros. Especifique: _____                           |  |

**31. As CIES possuem Regimento Interno publicizados?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> REGIONAL(AIS), se houver:               | <input type="checkbox"/> ESTADUAL, se houver:       |
| <input type="checkbox"/> Sim, em DO                              | <input type="checkbox"/> Sim, em DO                 |
| <input type="checkbox"/> Sim, em resolução da(as) CIR            | <input type="checkbox"/> Sim, em resolução da CIB   |
| <input type="checkbox"/> Não                                     | <input type="checkbox"/> Não                        |
| <input type="checkbox"/> Não Sabe                                | <input type="checkbox"/> Não Sabe                   |
| <input type="checkbox"/> Cada CIES tem seu próprio funcionamento | <input type="checkbox"/> Outros. Especifique: _____ |

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> REGIONAL(AIS), se houver: | <input type="checkbox"/> ESTADUAL, se houver: |
| <input type="checkbox"/> Sim                       | <input type="checkbox"/> Sim                  |
| <input type="checkbox"/> Não                       | <input type="checkbox"/> Não                  |
| <input type="checkbox"/> Não Sabe                  | <input type="checkbox"/> Não Sabe             |

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

- Apenas 1       De 2 a 4       5 ou mais  
 Não sabe

**34. De que forma se dá a relação entre as CIES e as CIR's? (Assinale apenas uma alternativa ou QUANTAS COUBEREM?)**

- Cooperação  
 Subordinação  
 Conflituosa  
 Assessoramento  
 Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

- Não tem enfrentado dificuldades  
 Não sabe  
 Outras. Especifique: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

#### BLOCO IV – RECURSOS ENVOLVIDOS

**39. Quais as fontes de recursos financeiros para a Educação Permanente em Saúde?**

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

**40. Quais as dificuldades encontradas para a execução dos recursos de EP? (Assinale com X quantas alternativas forem necessárias)**

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

**41. Como são executados os recursos financeiros?**

- Pela própria instituição  
 Através de fundações  
 Através de convênios/contratos com entidades públicas

Através de convênios/contratos com entidades privadas

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

**42. Existem recursos financeiros, provenientes das portarias de EPS, destinados para o setor de EPS da SES?**

- Sim (responda a questão 42.1)  
 Não (passe para a questão 43)  
 Não sabe (passe para a questão 43)

**42.1. Se SIM, como eles são gastos?**

- Material de consumo  
 Material permanente/ estrutura física  
 Cursos/ capacitação / treinamento de pessoal  
 Bolsas para estagiários e residentes  
 Passagens/diárias para reuniões técnicas  
 Participação em congressos/ seminários  
 Organização de material didático institucional  
 Organização de eventos /congressos/seminários  
 Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

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

- Sim. Quais? \_\_\_\_\_  
 Não (Passe para questão 45)

**44. Estas ações são articuladas com o setor de EP?**

- Sim  
 Não

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

Ministério da Saúde  
 Conselho Estadual de Saúde  
 Tribunal de Contas do Estado  
 Nenhum  
 Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

46. Na perspectiva dos órgãos de controle, você tem conhecimento de sanções e penalidades relacionadas a execução dos recursos da EPS?

Sim. Especifique: \_\_\_\_\_  
 Não  
 Não sabe

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

47. Existe planejamento para execução das ações do PEEPS?

Sim  
 Não  
 Não sabe

48. Indique os atores que participam do planejamento para execução das ações do PEEPS (Assinale com X quantas alternativas forem necessárias):

Secretário de Estado da Saúde  
 Gestor da EPS  
 Outras áreas técnicas  
 Unidades Administrativas Regionais da SES

Consultoria/Assessoria externa  
 Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

49. Quais os critérios utilizados para definição da clientela das ações de EPS? (Assinale com X quantas alternativas forem necessárias)

Pactuação na CIB  
 Desenvolvimento da carreira dos funcionários da SES  
 Vagas por região  
 Indicação técnica  
 Demanda dos Conselhos de Saúde  
 Demanda do Secretário de Saúde  
 Setores estratégicos ou demanda setorial da SES  
 Demanda espontânea dos trabalhadores  
 Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

50. Todos os trabalhadores da SES podem participar dos processos de qualificação?

Sim  
 Não. Por quê? \_\_\_\_\_

### BLOCO VI – FOCO DE CONTROLE

51. As ações de EPS são avaliadas e monitoradas pela SES?

Sim  
 Não  
 Não sabe

52. O que é considerado nas avaliações das ações de EPS? (Assinale com X quantas alternativas forem necessárias)

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

53. Que instrumentos são utilizados para o monitoramento das ações de EPS?

Relatórios de cursos  
 Relatórios periódicos  
 Visitas técnicas  
 Total de certificados emitidos  
 Prestação de contas  
 Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

54. Indique dentre as opções abaixo aquelas que decorrem das avaliações e monitoramento das ações de EPS:

Identificação de novas demandas  
 Ampliação das ações  
 Reorganização e melhoria dos serviços  
 Redefinição de parcerias institucionais

Revisão do planejamento executivo das ações

Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

**55. A participação dos trabalhadores/alunos nas iniciativas de EPS favorece a:**

Progressão na carreira

Pagamento de gratificações

Cálculo de produtividade

Engrandecimento pessoal do trabalhador

Não favorece

Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

**BLOCO VII – OPINATIVAS**

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

Fortalecimento da área de gestão da saúde

Favorecimento da integração entre as áreas de gestão do trabalho e da educação

Aumento do prestígio político da área de gestão do trabalho e da educação na estrutura da SES

Aumento da autonomia do gestor de EPS

Favorecimento da separação das atividades de gestão do trabalho e da educação

Perda da governabilidade na execução de ações de formação para os trabalhadores

Melhoria dos processos de trabalho com impacto na qualidade dos serviços

Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

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

A - Ampliação de recursos financeiros

B - Reorientação das políticas de gestão do trabalho e da educação em saúde

D - Qualificação da gestão da saúde

E - Não provocaram mudanças

F - Não sabe avaliar

G - Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

**58. Avalie as seguintes estratégias para a Gestão do Trabalho e da educação na Saúde:**

Estratégia	Muito Relevante	Relevante	Pouco Relevante	Irrelevante	Desconhece
ProgeSUS					
VER-SUS					
CIES					
Pró-Saúde					
PET-Saúde					
Telessaúde					
PROFAPS					
Educação Permanente em Saúde (Port. 1.996/07)					
Educação Profissional de Nível Técnico (Port. 1.996/07)					

**59. Qualifique o papel da CIES para PNEPS:**

- Estratégico e importante
- Facilitador

Conflitante

Burocrático e dificultador

Não sabe avaliar

**60. Na sua avaliação, com as propostas de mudanças na Portaria 1996/GM/MS/2007, a PNEPS:**

Melhorou

Piorou

Não se modificou

Não sabe avaliar

Desconhece as propostas de mudança

## ANEXO B

## CARTA DE APROVAÇÃO NO CONSELHO DE ÉTICA



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
Instituto de Medicina Social  
Comitê de Ética em Pesquisa  
Rua São Francisco Xavier, 524 / 7º andar / Bloco D - Maracanã  
CEP: 20550.900 - Rio de Janeiro - BRASIL  
TEL: 55-021-2334-0504ramal 108  
FAX: 55-021-2334-2152

**IMS** INSTITUTO  
DE MEDICINA  
SOCIAL

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

Rio de Janeiro, 06 de agosto de 2014

ROSSANO CABRAL LIMA  
Coordenador adjunto  
Mat. 35.986-9

## APÊNDICE



## APÊNDICE

### ROTEIRO DA ENTREVISTA

Eixo 1: Identificar o papel das Comissões de Integração Ensino-Serviço

1- Fale sobre a CIES em seu Estado:

\* Criação

\* Dinâmica / Funcionamento: Periodicidade de reuniões/Pautas/como acontecem as deliberações? Regimento interno publicizado?

\* Composição

2- De que forma se dá a relação entre as CIES e as CIRs?

3- De que forma se dá a relação entre as CIES e a SESA?

4- Articulação com as instituições formadoras

5- Existe Plano Regional de EP? Como é elaborado (CGR, CIES, outros/especificar)?

6- Dificuldades na gestão da CIES. Alternativas para superar as dificuldades.

Eixo 2: Financiamento

7- Estratégias para enfrentamento das dificuldades

8- Perspectivas do trabalho/da CIES

Eixo 3: Avaliação e monitoramento

9- Como você avalia a atuação da CIES?

10- As ações de EPS são avaliadas e monitoradas pela CIES?

11- Em caso positivo, o que é considerado nas avaliações das ações de EPS?