

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Instituto de Medicina Social



Ministério
da Saúde



Análise da Política de Educação Permanente do SUS (PEPS) implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES)

Relatório Final
(volume II)

Coordenação Geral

Tania França

Professora Adjunta do IMS/UERJ.
Pesquisadora do ObservaRH, Estação de Trabalho IMS/UERJ.



2016

ENCAMINHAMENTO

Encaminho este relatório referente à Pesquisa Análise das Políticas de Educação Permanente implementadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

Trata-se de pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) do Ministério de Ciência e Tecnologia, sob o número de processo **401249/2013-1**.

Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2016

Atenciosamente



Tania França

Professora Adjunta do IMS/UERJ. Pesquisadora do ObservaRH,
Estação de Trabalho IMS/UERJ.

EQUIPE

IMS/UERJ

Tania França (coordenadora)
Celia Regina Pierantoni
Lidiane Sarmento
Fátima Meirelles
Susana Dal Poz
Leandro Sarmento

Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Isabela Cardoso
Tania Celeste

Centro de Pesquisas Ageu Magalhães (CPqAM) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Katia Medeiros
Bruno Macedo
Neuza Buarque de Macêdo

Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva (NESC) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Janete Castro
Matheus Rangel
Renata Fonseca de Oliveira

Núcleo de Pesquisas em Política, Gestão e Avaliação em Saúde (Nupgasc) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Ana Claudia Garcia

Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (DMPS/FM/UFMG).

Soraya Almeida Belisário

Lista de abreviaturas e siglas

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agente comunitário de saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
ARES	Acervo de Recursos Educacionais em Saúde
BDB	Biblioteca Digital Brasileira
BDTD	Biblioteca Digital de Teses e Dissertações
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CIES	Comissões Permanentes de Integração Ensino/Serviço
CIR	Comissões Intergestores Regionais
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAPES	Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde

CPqAM	Centro de Pesquisas Ageu Magalhaes
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DEGES	Departamento da Gestão da Saúde
EAD	Educação a Distância
EEIS	Educação e Informação em Saúde
EESP	Escola Estadual de Saúde Pública
EFTS	Escola de Formação Técnica em Saúde
EP	Educação permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
EPSUS	Educação Permanente do SUS
ESESP	Escola de Serviço Público do Espírito Santo
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESPPE	Escola de Saúde Pública de Pernambuco
ETAC	Entrevista Telefônica Assistida por Computador
ET-SUS	Escola Técnica do SUS
FES	Fundo Estadual de Saúde
FINEP	Financiadora de Estudos e Pesquisas
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FTS	Força de trabalho em saúde
GTES	Gestão do Trabalho e Educação da Saúde
IBICT	Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia
IES	Instituições de Ensino Superior

IMS	Instituto de Medicina Social
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MCTI	Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde (MS)
NESC	Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva
NESC	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
Nupgasc	Núcleo de Pesquisas em Política, Gestão e Avaliação em Saúde
NURESC	Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva
ObservaRH	Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OS	Organizações Sociais
PAS	Programação Anual de Saúde
PCCR	Plano de Cargo, Carreira e Remuneração
PEEPS	Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde
PEPS	Polos de Educação Permanente em Saúde
PES	Planos Estaduais de Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNEPSUS	Política Nacional de Educação Permanente do SUS

PPSUS	Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde: gestão compartilhada
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PROFAPS	Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde
ProgeSus	Programa de Estruturação e Qualificação da Gestão do Trabalho no SUS
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
RAG	Relatórios Anuais de Gestão
RH	Recursos Humanos
RHS	Recursos Humanos em Saúde
RNP	Rede Nacional de Educação e Pesquisa
RUTE	Rede Universitária de Telemedicina
SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UF	Unidades Federativas
UFBA	Universidade Federal da Bahia

UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VER-SUS	Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema SUS

Lista de tabelas

Tabela 1: Universo e cobertura da pesquisa. Brasil, 2015.....	42
Tabela 2: Resultado da busca eletrônica em bases de literatura científica. Rio de Janeiro, 2015.....	56
Tabela 3: Distribuição das publicações descartadas por motivos de exclusão. Rio de Janeiro, 2015.....	58
Tabela 4: Distribuição das publicações selecionadas segundo tipo. Rio de Janeiro, 2015..	70
Tabela 5: Distribuição dos artigos selecionados segundo periódico de publicação. Rio de Janeiro, 2015.....	71
Tabela 6: Distribuição dos trabalhos de conclusão de curso selecionados segundo instituição de ensino. Rio de Janeiro, 2015.....	72
Tabela 7: Distribuição das publicações selecionadas segundo cenário de estudo. Rio de Janeiro, 2015.....	73
Tabela 8: Distribuição das publicações selecionadas segundo desenho de estudo. Rio de Janeiro, 2015.....	74
Tabela 9: Proporção de ausência de setor de EPS segundo a região do país. Brasil, 2015	158
Tabela 10: Perfil do responsável pelo setor de Educação Permanente da SES, segundo gênero, escolaridade, titulação, área de titulação, situação funcional, tipo de vínculo, tempo no cargo e na SES. Brasil, 2015.....	162
Tabela 11: Distribuição do responsável pelo setor de Educação Permanente em Saúde da SES, por gênero, segundo a região do país. Brasil, 2015.....	163
Tabela 12: Distribuição do responsável pelo setor de Educação Permanente em Saúde da SES, pela maior titulação, segundo a região do país. Brasil, 2015.....	164
Tabela 13: Áreas de Pós-graduação dos Gestores de EPS, por região do país. Brasil, 2015.....	165
Tabela 14: Situação funcional do responsável pelo setor de Educação Permanente em Saúde da SES, segundo a região do país. Brasil, 2015.....	166
Tabela 15: Tipo de vínculo do responsável pelo setor de Educação Permanente em Saúde da SES, segundo a região do país. Brasil, 2015.....	167
Tabela 16: Tempo que ocupa o cargo de gestor do setor de Educação Permanente em Saúde da SES, segundo a região do país. Brasil, 2015.....	168
Tabela 17: Tempo na SES dos Gestores de EPS, por região do país. Brasil,	169

2015.....	
Tabela 18: Experiência do gestor na área de Educação Permanente em Saúde, segundo a região do país. Brasil, 2015.....	170
Tabela 19: Presença do setor de Educação Permanente em Saúde (EPS) no organograma oficial da SES, segundo a região do país. Brasil, 2015.....	175
Tabela 20: Estrutura física própria para EPS, por região do país. Brasil, 2015.....	175
Tabela 21: Recursos disponíveis para a EPS, por região do país. Brasil, 2015.....	176
Tabela 22: Estruturas específicas para formação de pessoal, por região do país. Brasil, 2015.....	177
Tabela 23: Presença de CIES, por região do país. Brasil, 2015.....	178
Tabela 24: Principais áreas/atividades sob a responsabilidade do setor de EPS. Brasil, 2015.....	179
Tabela 25: Principais áreas/atividades sob a responsabilidade do setor de EPS, por região do país. Brasil, 2015.....	180
Tabela 26: Existência de Plano Estadual de Educação Permanente (PEEPS), por região do país. Brasil, 2015.....	182
Tabela 27: Existência de Plano Regional de Educação Permanente (PEEPS), por região do país. Brasil, 2015.....	182
Tabela 28: Órgãos participantes da elaboração do PEEPS, por região do país. Brasil, 2015.....	184
Tabela 29: Regularidade das reuniões da(s) CIES (regional), segundo a região do país. Brasil, 2015.....	187
Tabela 30: Regularidade das reuniões da(s) CIES (estadual), segundo a região do país. Brasil, 2015.....	187
Tabela 31: Apoio do MS para efetivação da PEEPS segundo gestores de EPS. Brasil, 2015.....	195
Tabela 32: Fontes de recursos financeiros para a Educação Permanente em Saúde, segundo a região do país. Brasil, 2015.....	197
Tabela 33: Articulação de ações financiadas e executadas por outras áreas com o setor de EPS, segundo a região do país. Brasil, 2015.....	201
Tabela 34: Órgãos de prestação de contas dos recursos de EPS. Brasil, 2015.....	202
Tabela 35: Atores participantes do planejamento para execução das ações do PEEPS, segundo a região do país. Brasil, 2015.....	206
Tabela 36: Critérios utilizados para definição da clientela das ações de Educação Permanente em Saúde, segundo a região do país. Brasil, 2015.....	208

Tabela 37: Existência de avaliação e monitoramento das ações de EPS pela SES, segundo a região do país. Brasil, 2015.....	209
Tabela 38: Aspectos considerados nas avaliações das ações de EPS, segundo a região do país. Brasil, 2015.....	211
Tabela 39: Instrumentos utilizados para o monitoramento das ações de EPS, segundo a região do país. Brasil, 2015.....	213
Tabela 40: Resultados das avaliações e monitoramento das ações de EPS, segundo a região do país. Brasil, 2015.....	214
Tabela 41: Ações favorecidas pela participação dos trabalhadores/alunos nas iniciativas de EPS, segundo a região do país. Brasil, 2015.....	215
Tabela 42: Contribuição das novas diretrizes de EPS, segundo a região do país. Brasil, 2015.....	217
Tabela 43: Contribuições da Portaria GM/MS 1.996/07 para a gestão do trabalho e da educação em saúde, segundo a região do país. Brasil, 2015.....	219
Tabela 44: Avaliação das estratégias para a Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde pelos gestores de EPS. Brasil, 2015.....	220
Tabela 45: Avaliação de estratégias para a Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, região Norte. Brasil, 2015.....	221
Tabela 46: Avaliação de estratégias para a Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, região Nordeste. Brasil, 2015.....	222
Tabela 47: Avaliação de estratégias para a Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, região Sudeste. Brasil, 2015.....	223
Tabela 48: Avaliação de estratégias para a Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, região Sul. Brasil, 2015.....	224
Tabela 49: Avaliação de estratégias para a Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, região Centro-Oeste. Brasil, 2015.....	225
Tabela 50: Papel das CIES para PNEPS segundo gestores de EPS. Brasil, 2015.....	227
Tabela 51: Qualificação do papel da CIES para PNEPS, segundo a região do país. Brasil, 2015.....	227
Tabela 52: Situação das PNEP com as propostas de mudanças na Portaria 1996/GM/MS/2007, segundo a região do país. Brasil, 2015.....	228

Lista de quadros

Quadro 1: Identificação das categorias e subcategorias de construção do <i>survey</i>	41
Quadro 2: Estratégia de busca LILACS em 20/08/2015.....	54
Quadro 3: Estratégia de busca MEDLINE em 21/08/2015.....	54
Quadro 4: Estratégia de busca WHOLIS em 22/08/2015.....	54
Quadro 5: Estratégia de busca PAHO em 22/08/2015.....	55
Quadro 6: Estratégia de busca BDTD em 25/08/2015.....	55
Quadro 7: Variáveis de indexação das publicações selecionadas. Rio de Janeiro, 2015.....	59
Quadro 8: Tipos de ações realizadas segundo Relatórios Anuais de Gestão (RAG), por regiões. Brasil, 2008-2013.....	113
Quadro 9: Síntese das interfaces da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde com a legislação. Brasil, 2015.....	115
Quadro 10: Recursos financeiros do Ministério da Saúde para a implementação da PNEPS, no período de 2007 a 2011, segundo regiões. Brasil, 2015.....	121
Quadro 11: Síntese das portarias ministeriais referentes aos recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, período 2008-2011. Brasil, 2015.....	121
Quadro 12: Número de documentos disponíveis e estimados dos Planos Estaduais de Saúde (PES), segundo Regiões. Brasil, 2008-2011 e 2012-2015.....	124
Quadro 13: Número de documentos disponíveis e estimados dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG), segundo Regiões. Brasil, 2008-2013.....	126
Quadro 14: Documentos Estaduais disponíveis: Plano Estadual de Saúde (2008-2011 e 2012-2015) e Relatório Anual de Gestão (2008-2013), segundo Regiões e UF. Brasil, setembro-dezembro 2014.....	128
Quadro 15: Tipos de ações realizadas, segundo os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) por área e tipo de ação. Região Norte, 2008-2013.....	131
Quadro 16: Tipos de ações realizadas, segundo os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) por área e tipo de ação. Região Nordeste, 2008-2013.....	135

Quadro 17: Tipos de ações realizadas, segundo os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) por área e tipo de ação. Região Sudeste, 2008-2013.....	141
Quadro 18: Tipos de ações realizadas, segundo os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) por área e tipo de ação. Região Sul, 2008-2013.....	146
Quadro 19: Tipos de ações realizadas, segundo os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) por área e tipo de ação. Região Centro-Oeste, 2008-2013.....	150
Quadro 20: Denominação do setor de subordinação da EPS nos organogramas das SES. Brasil, 2015.....	160
Quadro 21: Cargos dos responsáveis pelo setor de EPS nas SES, Brasil, 2015.....	172
Quadro 22: Ranking das competências mais importantes do setor de EPS, Brasil, 2015.....	190
Quadro 23: Principais dificuldades enfrentadas pelo PEEPS, região Norte, Brasil, 2015.....	193
Quadro 24: Principais dificuldades enfrentadas pelo PEEPS, região Nordeste, Brasil, 2015.....	193
Quadro 25: Principais dificuldades enfrentadas pelo PEEPS, região Sudeste. Brasil, 2015.....	194
Quadro 26: Principais dificuldades enfrentadas pelo PEEPS, região Sul. Brasil, 2015.....	194
Quadro 27: Principais dificuldades enfrentadas pelo PEEPS, região Centro-oeste. Brasil, 2015.....	194
Quadro 28: Aplicação dos recursos financeiros das Portarias de EPS segundo gestor. Brasil, 2015.....	200
Quadro 29: Aspectos considerados nas avaliações das ações de EPS. Brasil, 2015.....	210

Lista de gráficos

Gráfico 1: Evolução das publicações segundo ano de publicação. Rio de Janeiro, 2007-2015.....	69
Gráfico 2: Categorias profissionais de saúde dos Gestores de EPS. Brasil, 2015.....	171
Gráfico 3: Aspectos positivos do PEEPS pelos gestores estaduais de EPS. Brasil, 2015.....	185
Gráfico 4: Dificuldades para execução dos recursos de EPS segundo gestores. Brasil, 2015.....	198
Gráfico 5: Critérios para definição da clientela das ações de EPS. Brasil, 2015.....	207
Gráfico 6: Instrumentos utilizados para monitoramento das ações de EPS. Brasil, 2015.....	212
Gráfico 7: Contribuições das novas diretrizes de EPS segundo gestores de EPS. Brasil, 2015.....	216
Gráfico 8: Implicações das diretrizes da Portaria GM/MS 1.996/07 na área de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, Brasil, 2015.....	218
Gráfico 9: Mudanças na PNEPS pelas Diretrizes da Port. GM/MS 1996/2007 segundo gestores de EPS, Brasil, 2007.....	228

Lista de figuras

Figura 1: Fluxograma de resultados parciais de estudos elegíveis contidos nas bases de literatura científica. Rio de Janeiro, 2015.....	57
Figura 2: Mapa com setores específicos de EPS. Brasil, 2015.....	159
Figura 3: Atores participantes do planejamento para execução das ações do PEEPS. Brasil, 2015.....	205
Figura 4: Estratégias decorrentes do processo de avaliação e monitoramento das ações de EPS, Brasil, 2015.....	213

Sumário

Lista de abreviaturas e siglas.....	iv
Lista de tabelas.....	ix
Lista de quadros.....	xii
Lista de gráficos.....	xiv
Lista de figuras.....	xv
Apresentação.....	17
Introdução.....	19
Justificativa do estudo.....	25
Objetivos do estudo.....	32
Desenvolvimento metodológico.....	34
Resultados.....	51
Pesquisa Bibliográfica: o estado da arte da EP no Brasil.....	53
Pesquisa documental: o planejamento das ações de EP e o arcabouço normativo.....	112
<i>Survey</i> Brasil e Regiões: a estruturação da PEPSUS nas secretarias estaduais de saúde.....	163
Entrevistas: a política de EP e a CIES na visão de seus membros.....	239
Considerações.....	310
Referências bibliográficas.....	323
Apêndices – Volume III	
Produtos – Volume IV	

Apresentação

Este relatório apresenta a organização e o desenvolvimento do conjunto de atividades da pesquisa "Análise da política de permanente implementada pelas secretarias estaduais de saúde", projeto financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob o número de processo 401249/2013-1.

O objetivo central foi analisar a capilaridade das políticas de educação permanente em saúde (EPS) pelo país, notadamente o papel dos estados como protagonista na condução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e sua utilização como estratégia de formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Introdução

A implementação das políticas públicas de recursos humanos em saúde, na perspectiva de um sistema político democrático no Brasil contemporâneo, vem colocando em pauta a necessidade de entender o binômio trabalho e educação, sob um novo prisma. Em geral, as interpretações sobre essa dinâmica, no que se refere à política de educação permanente dos trabalhadores da saúde, têm focado a educação como eixo transformador e como estratégia mobilizadora de recursos e poderes

À luz dessas visões, as iniciativas trazem o Sistema Único de Saúde (SUS) como reorientador das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva e tem sido capaz de provocar importantes repercussões nas estratégias e modos de ensinar e aprender. Tal qual, assinala o Ministério da Saúde quando da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação, no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores de saúde no Brasil.

É importante frisar que esse formato de políticas educacionais em saúde fortalece a consolidação do SUS, por meio da ação de importantes segmentos sociais e políticos quando as várias instâncias do SUS estabelecem relação entre as práticas sociais de saúde e o campo de formação. Uma característica central e própria da atual política educativa, portanto, está intimamente associada à implementação dos princípios e das diretrizes do SUS.

Nesse contexto, os processos capacitadores e/ou formadores dos profissionais de saúde que atuam no mercado de saúde, elegem a prática da educação permanente como mecanismo estratégico que a caracteriza como proposta apropriada para trabalhar a

construção do modelo da Vigilância da Saúde, pois articula gestão, atenção e formação para o enfrentamento dos problemas concretos de territórios geopolíticos de atuação dos trabalhadores de saúde, além de mobilizar ações intersetoriais e interinstitucionais.

Considerando a necessidade de apresentar subsídios que colaborem com o redirecionamento e avanço das políticas e programas de gestão do trabalho e da educação em saúde, propôs-se a pesquisa intitulada “Análise da política de educação permanente implementada pelas secretarias estaduais de saúde”.

Pretendeu-se identificar e analisar os desafios que se apresentam no campo da gestão de educação em saúde no Brasil. Investigou-se mais especificamente: mudanças ocorridas nas estruturas dos órgãos de Recursos Humanos (RH); a existência de Planos estaduais de educação permanente com interface com as demandas da gestão na saúde e; os espaços de diálogo e pactuação existentes, em especial nas Comissões Permanentes de Integração Ensino/Serviço (CIES) estaduais e regionais nos estados brasileiros.

Ademais, intencionou-se, a partir da análise dos resultados, apontar limites, acúmulos e possibilidades que se apresentam para apoiar as esferas nacionais, em função das mudanças ocorridas na área da gestão da educação na saúde, que além de instituir as diretrizes nacionais da política de Recursos Humanos em Saúde (RHS), vem adotando estratégias indutoras com investimentos técnicos, políticos e financeiros para a permanente qualificação dos trabalhadores do SUS.

A questão central do estudo foi analisar a capilaridade das políticas de educação permanente em saúde (EPS) pelo país, notadamente o papel dos estados como protagonista na condução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e sua utilização como estratégia de formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS).

- A investigação pauta-se nos seguintes questionamentos:
- Quais modificações foram introduzidas no processo de EP desenvolvidos pela SES após a promulgação da Portaria GM/MS no 1.996/07?
- Em que medida, as CIES apoiam as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) no planejamento da formação dos trabalhadores do SUS em seu âmbito de gestão?
- Qual a composição dos colegiados regionais? Como estão sendo tratadas as demandas por educação?
- Como estão sendo desenvolvidos os processos de educação permanente? Que mecanismos são utilizados?
- Quais os mecanismos de avaliação e monitoramento dos processos de educação?
- Quais os critérios para a definição de recursos financeiros para os projetos a serem implementados no campo da formação e qualificação da força de trabalho em saúde?

Apesar do reconhecimento de que as CIES são instâncias necessárias para o desenvolvimento da política de educação permanente, ainda são escassos estudos que

analisem como tais instâncias têm operado e desenvolvido o conjunto de atribuições de sua competência.

Parte-se do pressuposto que conhecer as políticas ou programas de gestão da educação adotados pelas instâncias estaduais após as mudanças introduzidas na instituição da portaria Portaria GM/MS no 1.996/07, servirá 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 à população brasileira.

Neste estudo avaliativo, a implementação da política e seus componentes principais foram tratados como unidades de conhecimento, por meio dos quais foram identificadas em que condições as ações de educação permanente (EP) são realizadas. Foram considerados processos e condições básicas necessárias para o desenvolvimento das atividades e ações de EP, quais sejam:

- Estrutura organizacional: inserção de RH na secretaria, subordinação do setor.
- Projeto institucional de gestão: atividades desenvolvidas, as ações de educação permanente do trabalho e parcerias institucionais
- Financiamento: agilidade de fluxos; destinação e utilização dos recursos
- Capacidade de pactuação para definição de critérios e modalidades de EP: forma, sistematicidade e adequação

Adicionalmente, destaca-se que é uma pesquisa de caráter multicêntrica que envolveu pesquisadores inseridos em seis Centros de Pesquisa: Estação de Trabalho da

Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ObservaRH/IMS/UERJ); Centro de Pesquisas Ageu Magalhães (CPqAM) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), o Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva (NESC) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), o Instituto de Saúde Coletiva da UFBA e o Núcleo de Pesquisas em Política, Gestão e Avaliação em Saúde (Nupgasc) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), sendo a coordenação geral sob responsabilidade do primeiro centro.

Justificativa do estudo

A centralidade das ações de educação permanente para a gestão do SUS

O processo de reforma dos sistemas de saúde, nos anos 1990, criou um vazio, deixando evidente que, sem uma política de recursos humanos (RH), não haveria mudanças efetivas para a saúde das populações. O Brasil, há mais de duas décadas, vem redefinindo a estrutura e o perfil do sistema de saúde. Os papéis e funções dos entes federados foram reformulados e este novo modelo foi organizado de forma regionalizada, seguindo as diretrizes da descentralização administrativa e operacional, do atendimento integral à saúde e da participação da comunidade, visando o controle social. (Pierantoni; Garcia, 2012)

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem exigido dos gestores de saúde, nas diferentes esferas de governo, a identificação e definição de estratégias para resolução dos problemas de recursos humanos em saúde, indicando também a necessidade do fortalecimento das práticas de gestão nesse campo. O desenvolvimento dos profissionais da saúde é um ponto de suma importância para implementar um SUS democrático, equitativo e eficaz. Neste sentido, ações de educação continuada e educação permanente em saúde são percebidas como mecanismos capazes de produzir mudanças no perfil profissional, a fim de motivar os profissionais a trabalharem dentro da lógica da interdisciplinaridade, da integralidade e da clínica ampliada.

Com o intuito de superar as concepções tradicionais de educação, o Ministério da Saúde (MS) lançou, em novembro de 2003 e instituiu em fevereiro de 2004, por meio da Portaria 198/04, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), como

uma proposta de ação estratégica que visa contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. A implementação da PNEPS implica em trabalho intersetorial capaz de articular o desenvolvimento individual e institucional, ações, serviços, gestão setorial e atenção à saúde (BRASIL/MS, 2004a).

Apesar de inovadora e oportuna, a Portaria GM/MS no 198/04 foi revista pelo Ministério da Saúde e substituída pela Portaria GM/MS no 1.996, de 20 de agosto de 2007. Esta definiu novas diretrizes e estratégias de ação para implementar a PNPEs, adequando-a às diretrizes operacionais e aos regulamentos do Pacto pela Saúde e Pacto de Gestão (BRASIL/MS, 2006a, 2006b; USP, 2007). Contribuíram para este processo os resultados da “Pesquisa de avaliação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e, em especial, da estratégia dos Polos de Educação Permanente”, realizada no Departamento de Medicina Preventiva, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

Assim, alinhando-se à política de fortalecimento da regionalização incorporada pelo Pacto pela Saúde, a Portaria GM/MS no 1.996/07 estabeleceu, em seu Art. 2º, que a condução regional da PNEPS ocorreria por meio de Colegiados de Gestão Regional (CGRs), definidos como instâncias de pactuação permanente e cogestão solidária e cooperativa, formados pelos gestores municipais de saúde de uma determinada região e por representantes do gestor estadual. Para a condução da política, a portaria indicou como estratégia a instalação das Comissões Permanentes de Integração Ensino/Serviço

(CIES), definidas como instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS (BRASIL/MS, 2007a).

Cabe destacar que esses mecanismos não impõem apenas a mudança do modelo de saúde, mas também, uma estreita sintonia entre o Ministério da Saúde, Ministério da Educação e os Conselhos Nacionais de ambos os setores com os gestores e serviços do SUS, com as instituições formadoras e com as instâncias de controle social em saúde. A Comissão, constituída por representantes de órgãos da área da saúde e da educação, tem caráter consultivo em relação à ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde e competências estabelecidas em conformidade com as políticas nacionais de educação e saúde e os objetivos, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

A proposta contida na PNEPS assume a regionalização da gestão do SUS como base para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas para o enfrentamento das carências e necessidades do sistema.

No nível estadual, com as alterações introduzidas pela Portaria 1996/07, é possível reconhecer o papel protagônico que as SES assumem na condução da PNEP, cuja implementação está atrelada ao desempenho dos CIRs e à participação das CIES. Propunha-se com isso, que as SES recuperassem a responsabilidade pelo planejamento da formação dos trabalhadores do SUS em seu âmbito de gestão por meio dos CIRs. Estes passariam, então, a assumir a condução regional da política, operando como instância deliberativa, responsável pela elaboração dos planos regionais de educação permanente, pactuação e definição de projetos a serem implementados no campo da formação e qualificação da força de trabalho para a saúde.

Já as CIES, são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que devem participar da formulação, condução e desenvolvimento da Política de EP nos estados. Sua composição deve incluir: 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.

Entre suas atribuições destacam-se:

- Incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da EP, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação;
- Contribuir com o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias de EP em Saúde implementadas;
- Apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre EP 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;
- Apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional para a construção dos Planos Regionais de EP da sua área de abrangência;

→ 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 EP, da legislação vigente, e do Plano Regional para a EP.

Pesquisas anteriores¹ 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.

Os resultados da pesquisa Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde: análise da década atual (ObservaRH/IMS/UERJ, 2008), no que se refere aos Polos de Educação Permanente, apontaram como as principais dificuldades enfrentadas pelos PEPS: a baixa execução dos recursos destinados à EP e a falta de infra-estrutura do setor para desenvolver as ações. Já em relação à política de educação, foi apontado que esta, muitas vezes, não faz parte das ações do setor de RH, estando pulverizada em outros setores.

“[...] se a gestão do trabalho ainda merece a mobilização de investimentos para sua qualificação, a gestão da educação se mostra subsumida nas atribuições da gestão de RH. [...] em muitos casos o gestor dessa área não está voltado para a política de educação na saúde, mas para gerir os recursos humanos da secretaria, sem que esteja em discussão a questão de educação.” (Pierantoni; Garcia; 2012)

¹Relatório Final da Pesquisa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde. Coordenação de Ana Luiza D'Ávila Viana. São Paulo: FM/USP, 2007

Esses e outros estudos² realizados no campo de recursos humanos do SUS serviram de linha de base para a estrutura desta pesquisa, que pretendeu analisar a capilaridade da PEPS em secretarias estaduais, tendo como referencial o papel das CIES no desenvolvimento das políticas de educação permanente implementadas pelas secretarias estaduais de saúde.

²Pesquisas realizadas pela Estação de Trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ROREHS) do IMS/UERJ, em 2004 e 2005: “Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias de saúde localizadas em municípios com população superior a 100 mil habitantes”, com resultados disponibilizados em 2005, “Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias de saúde localizadas em municípios com população inferior a 100 mil habitantes”, com resultados disponibilizados em 2006.

Objetivos do estudo

Objetivo geral

Analisar o papel das CIES no desenvolvimento das políticas de educação permanente implementadas pelas secretarias estaduais de saúde, de forma a subsidiar gestores na implementação da política de educação permanente para os trabalhadores do SUS.

Objetivos específicos

- Analisar o papel das CIES nas ações de EP dos estados;
- Identificar as ações de educação permanente desenvolvidas nas SES;
- Identificar o público alvo das ações de EP;
- Levantar os recursos financeiros destinados à EP;
- Identificar os mecanismos de avaliação e monitoramento das ações de EP;
- Conhecer, a partir da visão dos gestores, os limites e possibilidades das ações de EP nas SES.

Desenvolvimento metodológico

O projeto se orientou por procedimentos técnico-metodológicos de avaliação de políticas e buscou responder questões afetas à política de Educação Permanente do SUS.

O desenho da pesquisa é de natureza qualitativa, voltada para avaliação de processo e de estrutura. O foco da avaliação foi dirigido para os condicionantes institucionais e operacionais que orientam o desenvolvimento da área de gestão da educação. Buscou-se identificar os fatores e situações que facilitam ou dificultam a consecução das ações inerentes a esta área.

Caracterização do estudo

Como opção pela abordagem qualitativa, a realização da entrevista em profundidade é uma etapa importante para a validação dos resultados e proposição de recomendações.

A opção pela abordagem qualitativa se justifica uma vez que a mesma permite a observação de significados, motivos, aspirações e atitudes (MINAYO, 2009), que não poderiam ser captados em uma pesquisa quantitativa. Portanto, o conhecimento deste universo permite melhor entender e interpretar os inúmeros fenômenos individuais e coletivos (MINAYO, 2009).

Para Yin (2005), um estudo de caso é uma investigação empírica, que pode incluir tanto estudos de caso único quanto de casos múltiplos. É também considerado uma estratégia de pesquisa abrangente, pois utiliza métodos desde o planejamento, coleta de dados e abordagens específicas para a análise dos mesmos .

Os dados foram coletados por meio de pesquisa documental; questionário autoaplicável acompanhado por telefone e realização de entrevista em profundidade com membros das CIES estadual e coordenador nacional da PNEPSUS.

É uma pesquisa de caráter multicêntrico, que envolveu pesquisadores inseridos em seis Centros de Pesquisa: Estação de Trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ObservaRH/IMS/UERJ); Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG (DMPS/FM/UFMG); Centro de Pesquisas Ageu Magalhães (CPqAM) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), o Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva (NESC) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), o Instituto de Saúde Coletiva da UFBA e o Núcleo de Pesquisas em Política, Gestão e Avaliação em Saúde (Nupgasc) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), sendo a coordenação geral sob responsabilidade do primeiro centro.

O grupo de pesquisadores foi liderado por um pesquisador responsável por cada Instituição de Ensino envolvida na pesquisa. Localizados em cidades e Unidades Federativas (UF) diferentes, tiveram sob sua responsabilidade a coleta das informações e sistematização dos relatórios parciais por regiões. Para o compartilhamento das informações durante todo o processo de trabalho e nos desafios metodológicos, o grupo de pesquisadores participou de encontros presenciais, oficinas de trabalho e do uso das

Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) como as teleconferências, correio eletrônico, aplicativos como o *WhatsApp*, entre outros.

Abaixo segue discriminada a abrangência de atuação de cada centro de pesquisa para coleta e análise documental da pesquisa em cumprimento da etapa 2, que incluiu as fases de pré-análise de documentos e análise documental dos Planos Estaduais de Saúde (PES) e dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG).

- **Estação de Trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ObservaRH/IMS/UERJ)**, localizada na cidade do Rio de Janeiro/Rio de Janeiro e **Núcleo de Pesquisas em Política, Gestão e Avaliação em Saúde (Nupgasc)** da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), localizado na cidade de Vitória/Espírito Santo, foram responsáveis pela região **Sudeste** composta por quatro UFs: Espírito Santo (ES), Minas Gerais (MG), Rio de Janeiro (RJ) e São Paulo (SP) e pela região **Sul** com três UFs: Paraná (PR), Rio Grande do Sul (RS) e Santa Catarina (SC). A ObservaRH/IMS/UERJ é o centro coordenador da pesquisa geral.
- **Centro de Pesquisas Ageu Magalhães (CPqAM) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)**: localizado na cidade de Recife/Pernambuco. Responsável pela região **Nordeste**, com nove UFs: Alagoas (AL), Bahia (BA), Ceará (CE), Maranhão (MA), Paraíba (PB), Pernambuco (PE), Piauí (PI), Rio Grande do Norte (RN) e Sergipe (SE).
- **Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva (NESC) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)**: localizado na cidade de Natal/Rio Grande do Norte.

Responsável pela região **Norte**, com sete UFs: Acre (AC), Amazonas (AM), Amapá (AP), Pará (PA), Rondônia (RO), Roraima (RR) e Tocantins (TO) e pela região **Centro-Oeste**, com quatro UFs: Distrito Federal (DF), Goiás (GO), Mato Grosso (MT) e Mato Grosso do Sul (MS).

Os pesquisadores do DMPS/FM/UFMG e do ISC/UFBA apoiaram tecnicamente a coordenação geral, participando das reuniões/oficinas técnicas, confecção e validação dos instrumentos de coleta de dados. Especificamente o ISC/UFBA apoiou a pesquisa emitindo passagens e diárias para viabilizar a participação de pesquisadores nas reuniões técnicas, oficinas de trabalho, etc. Cumpre esclarecer que esse apoio foi fundamental para o alcance dos objetivos propostos nesse estudo.

A participação dos pesquisadores se deu durante todos os eventos para observação, apreensão e análise de informações relevantes para a pesquisa.

Destaca-se que a realização das cinco oficinas de trabalho aconteceram ora na instituição coordenadora, ora nas instituições participantes da pesquisa, assim como em secretarias de saúde. Reforça-se que tais estratégias estavam relacionadas a otimização de recursos financeiros uma vez que as instituições participantes também financiaram o deslocamento de seus pesquisadores, ficando o desembolso de diárias a cargo dessa pesquisa.

Estratégias Metodológicas

As etapas para consecução da pesquisa envolveram:

→ Revisão de literatura

→ Análise documental: legislação sobre EP e planos e relatórios de gestão estadual de saúde

→ Identificação e qualificação do universo da pesquisa;

→ *Survey*;

→ Entrevistas em profundidade.

Revisão de literatura

Esta etapa da pesquisa pretendeu ampliar o conhecimento sobre a EPS no Brasil. Para tanto, buscou-se identificar na literatura as concepções sobre EPS no Brasil, as metodologias utilizadas para seu desenvolvimento, as estratégias, principais desafios e dificuldades relacionadas à execução da PNEPS.

Partiu-se, portanto, do objetivo central do estudo que seria analisar a capilaridade das políticas de educação permanente em saúde (EPS) pelo país, notadamente o papel dos estados como protagonista na condução da Política Nacional de Educação

Permanente em Saúde (PNEPS) e sua utilização como estratégia de formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Os procedimentos adotados para realização de pesquisa bibliográfica foram: elaboração de estratégia de busca; pesquisa em bases de dados da literatura científica; filtragem de publicações; recuperação/aquisição de publicações científicas; análise descritiva preliminar do material recuperado com inclusão de fluxograma.

A partir da questão “**Qual o estado da arte sobre EPS no Brasil?**”, foi desenvolvido um protocolo de pesquisa que envolveu aspectos metodológicos e operacionais que são especificados no bloco de resultados.

Para o alcance dos objetivos propostos, realizou-se uma revisão sistematizada da literatura científica de estudos que abordassem o tema.

Análise documental

Nos últimos anos vem ocorrendo a propagação de diversos documentos oficiais normativos ou não relativos à EPS, que são 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.

A escolha pela pesquisa documental foi baseada no fato de constituir numa técnica importante para análise de documentos. A pesquisa documental se aproxima muito da pesquisa bibliográfica, mas sua principal diferença está em que a pesquisa documental

recorre a materiais que ainda não receberam tratamento analítico, e a pesquisa bibliográfica remete para importantes contribuições de diferentes autores sobre o tema (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

As fontes documentais são numerosas e diversificadas já que qualquer elemento portador de dados pode ser um documento, classicamente os documentos são escritos, porém, as fontes documentais cada vez mais vêm se ampliando e passam a incluir: fotografias, filmes, gravações sonoras, *CompactDiscRead-OnlyMemory* (CD-ROM), *Digital VersatileDisc* (DVD), cartas, grafite, entre outros (GIL, 2010, p. 65-69).

Para a pesquisa, elegeu-se documentos oficiais da gestão estadual, todos de acesso livre, disponibilizados pelas Secretarias de Estado da Saúde (SES), em ambientes virtuais institucionais, das 27 Unidades Federativas (UF), sendo 26 Estados e um Distrito Federal e no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS)³.

Os documentos selecionados para a pesquisa foram os Planos Estaduais de Saúde (PES), de 2008-2011 e 2012-2015 e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) das 27 UFs, de 2008 a 2013. Os referidos documentos estavam disponíveis online nos sítios do

³O SARGSUS é uma ferramenta eletrônica desenvolvida pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde em conjunto com o DATASUS, com o objetivo principal de fornecer aos gestores do SUS uma ferramenta informatizada, para facilitar a elaboração e envio do Relatório Gestão ao Conselho de Saúde, bem como dar publicidade às informações contidas e decorrentes desses mesmos relatórios de gestão. Além do mais, fornecer aos gestores da Saúde uma ferramenta de trabalho facilitadora para a construção do Relatório de Gestão, oferecendo uma plataforma atrativa e interativa; possibilitar aos gestores o cumprimento dos prazos legais de aprovação dos Relatórios de Gestão nos respectivos Conselhos de Saúde; construir uma base de dados para a armazenagem e disponibilização de informações estratégicas, necessárias à construção do Relatório Anual de Gestão, pelas Secretarias de Saúde; facilitar o monitoramento da apreciação do Relatório de Gestão e disponibilizar ao acesso público as informações decorrentes da elaboração do Relatório de Gestão do SUS. Está disponível na internet no endereço www.saude.gov.br/Sargsus. O SARGSUS foi desenvolvido para funcionar em tecnologia *WebService*, portanto suportável em qualquer navegador, a exemplo do Internet Explorer, Mozilla Firefox ou outro similar. Seu acesso é dividido em área de uso restrito (técnicos dos entes federados e os representantes dos Conselhos de Saúde cadastrados) e de uso público (BRASIL, 2014).

SARGSUS e das Secretarias Estaduais de Saúde das respectivas regiões do país, do período de 2008 a 2013. Cabe ressaltar que inicialmente o documento eleito para a pesquisa documental foi o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), por compreender como uma proposta de orientação das ações de educação permanente e educação profissional no âmbito do SUS nas diferentes UFs, alinhadas com as necessidades de formação e qualificação profissional exigidas para a atenção das necessidades de saúde da população. Entretanto, numa primeira busca junto às SES, observou-se a não publicização dos mesmos na maioria das UFs. Tal lacuna de informações poderia comprometer a análise e interpretação dos resultados da pesquisa. Assim, partiu-se para trabalhar com os PES e os RAG das 27 UFs.

A pesquisa documental ocorreu entre os meses de setembro e dezembro de 2014. A análise e interpretação dos dados serão quantificados e relacionados entre si por meio de quadros, com a utilização de métodos de análise descritivas. (Apêndice A)

Procedeu-se também a sistematização de toda legislação nacional pertinente à EPS.

Survey

Identificação e qualificação do universo da pesquisa

Para a aplicação do *survey*, a pesquisa teve como alvo os responsáveis/gestores da educação das SES. Foi elaborado um *mail list* com endereços eletrônicos, telefones e nomes dos responsáveis pelos órgãos das secretarias de saúde. (Apêndice B)

Para a realização das entrevistas, foram selecionados sete estados que tivessem CIES Estadual em funcionamento e a Coordenação Nacional da EPSUS.

Survey

Para elaboração do *survey*, foram realizadas reuniões de trabalho com pesquisadores das instituições envolvidas na pesquisa e definidas as principais variáveis do estudo que permitissem atender aos objetivos da pesquisa. Assim, elaborou-se um questionário prévio, com 60 questões, divididas em sete blocos, cujas variáveis observadas são apontadas no Quadro 1. Ressalta-se que o questionário foi submetido à um pré-teste com gestor da secretaria municipal de saúde de Recife. Na aplicação do pré-teste foi identificada a necessidade de alteração de algumas questões, entretanto, mantendo-se a estrutura inicialmente proposta pelos grupos de pesquisa. (Apêndice C)

Quadro 1: Identificação das categorias e subcategorias de construção do *survey*.

Categorias	Subcategorias
1. Foco gerencial	1. Forma de organização da PNEPS no estado
2. Atores envolvidos e amplitude de inserção	2. Composição das CIES; 3. Ente responsável pela coordenação / condução das CIES - Região de Saúde, SES, outras instituições membro, ou se é colegiada.
3. Nível de formalização	4. Forma de oficialização da criação das CIES e do seu funcionamento; 5. Acesso aos PEEPS.
4. Recursos envolvidos	6. Vínculo funcional do Secretário Executivo ou equivalente; 7. Percentual de Recursos Federais Executados; 8. Mecanismos jurídico-administrativos disponíveis para a execução financeira (licitações, convênios, contratos, fundações e/ou outros).
5. Foco de poder	9. Forma de elaboração do PEEPS (CIR + SES; SES; CIR). 10. Existência de PAREPS não previstos/articulados com os PEEPS.
6. Foco de controle	11. Registros da execução de ações previstas nos planos de EPS; 12. Mecanismos e periodicidade de monitoramento e prestação de contas das metas e ações previstas nos planos de EPS (CIR, SES e/ou CIB).
7. Opinativas	13. Avaliação das iniciativas refletidas na legislação 14. Indicações de mudanças

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Coleta de dados

Para realização do *survey*, foi elaborado um questionário estruturado em formulário eletrônico, o qual foi utilizado como instrumento para realização das entrevistas assistidas por computador (ETAC) e processamento dos dados por meio de banco informatizado em planilhas de Microsoft Office Excel® e *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS)®. Foi também disponibilizado o questionário *online*.

Realizou-se treinamento técnico e operacional da equipe profissional contratada para a realização da ETAC. Esta equipe confeccionou a máscara do questionário, que foi revisada, validada mediante realização de pré-teste e aprovada para início das entrevistas.

Todas as 27 secretarias de saúde que compunham o universo da pesquisa responderam ao *survey*, no período compreendido entre 23 de junho e 10 de agosto de 2015.

Tabela 1: Universo e cobertura da pesquisa. Brasil, 2015

Estrato	Universo	Cobertura	
		N	%
SES	27	27	100,0

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Tratamento dos dados

Finalizada a ETAC, realizou-se a limpeza da base de dados e a consistência das informações coletadas. Para o processamento de todas as respostas foi utilizado o

programa SPSS[®], que permitiu a tabulação e análise estatística direta dos dados coletados.

Inicialmente todas as perguntas do questionário foram tabuladas em frequência simples (1º tabular), a partir da qual verificou-se a necessidade de estratificar os resultados do *survey* também por região geográfica. Constam do Apêndice D o relatório tabular do Brasil e do Apêndice E o das Regiões.

Entrevista

Como opção pela abordagem qualitativa, a realização da entrevista em profundidade é uma etapa importante para a validação dos resultados e proposição de recomendações.

Foram realizadas oito entrevistas, das quais sete foram dirigidas a coordenadores/membros das CIES estaduais das secretarias de saúde selecionadas das regiões Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste e uma dirigida ao Coordenador Nacional da PNEPSUS.

Os critérios de seleção dos estados entrevistados foram estabelecidos a partir da análise das respostas aos questionários, o que resultou em dois grupos de UFs: com maior e menor estruturação do processo de educação permanente e das CIES em cada estado.

As entrevistas foram realizadas nos estados selecionados no período de agosto a novembro de 2015.

Para a realização das entrevistas foi confeccionado um roteiro de coleta de dados semiestruturado, conforme abaixo:

1 – Fale sobre a CIES em seu Estado:

- Criação
- Dinâmica / Funcionamento: Periodicidade de reuniões / Pautas /
- Composição

- Relação com a SES
- 2 - Articulação com as instituições formadoras
- 3 – Como você avalia a atuação da CIES
- 4 - Dificuldades na gestão da CIES
- Financiamento
- 5 – Estratégias para enfrentamento das dificuldades
- 6 – Perspectivas do trabalho / da CIES

As entrevistas objetivaram estudar o papel das CIES no desenvolvimento das políticas de educação permanente implementadas pelas secretarias estaduais de saúde, de forma a subsidiar gestores na implementação da política de educação permanente para os trabalhadores do SUS.

A análise dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin (2008), a qual consiste em um conjunto de técnicas para análise e tratamento das comunicações via procedimentos sistemáticos para descrição das mensagens (BARDIN,2008).

As falas foram transcritas na íntegra, sem alterações e correções gramaticais. Para a garantia do anonimato, os participantes foram designados por letras, sendo os entrevistados identificados pela letra E numerados de 1 a 8. (Apêndice F)

Após a transcrição das entrevistas, efetuou-se a leitura das mesmas por repetidas vezes, possibilitando a sua codificação e categorização.

Para as entrevistas dos coordenadores/membros da CIES foram definidas as seguintes categorias de análise: histórico/criação; composição; dinâmica/funcionamento; atividades desenvolvidas; relação com a SES; relação com as instituições formadoras;

repassa e utilização dos recursos; dificuldades; estratégias de enfrentamento das dificuldades; avaliação da CIES e perspectivas. (Apêndices F e G)

Para a entrevista do Coordenador Nacional da PNEPSUS, foram definidas as seguintes categorias de análise: considerações gerais sobre a PNEPS; relação MS/CIES; avaliação da CIES; repasse/execução dos recursos; ações atuais do MS; dificuldades e desafios. (Apêndices G e H)

Aspectos éticos

Após confecção do instrumento de coleta de dados, foram elaborados os termos de consentimento livre e esclarecido utilizados para realização de ETAC e grupo focal com posterior submissão ao Comitê de Ética do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, tendo sido aprovado sob numeração CAAE: 02864612.0.0000.5260. (Apêndice I)

Todos os participantes foram avisados sobre os objetivos da pesquisa e da garantia de sigilo quanto às informações relatadas. Aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO J).

Resultados

Apresentação dos resultados

A exposição dos resultados contemplou, inicialmente, os procedimentos adotados para **realização de pesquisa bibliográfica**: elaboração de estratégia de busca; pesquisa em bases de dados da literatura científica; filtragem de publicações; recuperação/aquisição de publicações científicas; análise descritiva preliminar do material recuperado com inclusão de fluxograma. Para o alcance dos objetivos propostos realizou-se uma revisão sistematizada da literatura científica de estudos que abordassem o tema.

Em seguida, optou-se por apresentar a **pesquisa documental** que incluiu as fases de pré-análise de documentos e análise documental dos Planos Estaduais de Saúde (PES) e dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG). E também a interface da PNEPS com o arcabouço legal, por meio das portarias, decretos entre outros.

A apresentação dos **achados do *survey*** e a estratificação das questões por regiões fazem parte do capítulo posterior seguido das **análises das entrevistas** em profundidade, realizadas com membros das CIES estaduais e com o coordenador nacional da PEPSUS.

Pesquisa Bibliográfica

O estado da arte da Educação Permanente no Brasil

Este capítulo descreve os procedimentos adotados para **realização de pesquisa bibliográfica**: elaboração de estratégia de busca; pesquisa em bases de dados da literatura científica; filtragem de publicações; recuperação/aquisição de publicações científicas; análise descritiva preliminar do material recuperado com inclusão de fluxograma.

Problema de pesquisa

A capilaridade das políticas de educação permanente em saúde (EPS) pelo país, notadamente o papel dos estados como protagonista na condução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e sua utilização como estratégia de formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Questão de pesquisa

Qual o estado atual de conhecimento sobre a EPS no Brasil?

Objetivo da pesquisa

Identificar na literatura as concepções sobre EPS no Brasil, as metodologias utilizadas para seu desenvolvimento, as estratégias, principais desafios e dificuldades relacionadas à execução da PNEPS.

Métodos

Formulação da questão da revisão

A partir da questão “Qual o estado da arte sobre EPS no Brasil?”, foi desenvolvido um protocolo de pesquisa que envolveu aspectos metodológicos e operacionais especificados a seguir.

Desenho do estudo

Para o alcance dos objetivos propostos realizou-se uma revisão sistematizada da literatura científica de estudos que abordassem o tema EPS.

Amostra

Foram habilitados a constituírem a amostra os estudos que preenchessem os critérios de inclusão, descritos a seguir. Trata-se de uma amostra de conveniência, qual seja, foram selecionados os estudos pela pertinência ao tema e por preencherem os critérios de inclusão, e não por métodos aleatórios¹.

Critérios de inclusão

Tipos de estudos

Foram considerados os estudos que abordassem a EPS no Brasil, independente do desenho e abordagem metodológicos utilizados; publicados na língua portuguesa, inglesa ou espanhola, no período de 2007 a 2015. Estabeleceu-se o ano de 2007 como ponto de partida já que foi nesse ano que o Ministério da Saúde definiu novas diretrizes e estratégias de ação para implementar a PNPEs, adequando-a às diretrizes operacionais e aos regulamentos do Pacto pela Saúde e Pacto de Gestão^{2,3}.

Critérios de exclusão

Foram excluídos editoriais, cartas ao editor, erratas, artigos de opinião, documentos e resumos não encontrados na íntegra ou cuja aquisição fosse mediante pagamento e as publicações que não abordassem o Brasil.

Infraestrutura para acesso às evidências

Para a obtenção das evidências científicas a partir das publicações, fez-se necessária infraestrutura que envolveu os seguintes componentes: equipamentos (*hardware* e *software*), acesso a bases de dados e serviços bibliotecários.

Os equipamentos envolvidos foram um computador portátil provido de um pacote de programas básicos (processador de texto e planilha eletrônica), além de *software* específico para gerenciamento de referências bibliográficas (*Endnote®*).

O acesso às bases de dados eletrônicas se deu a partir de senha institucional ao Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior^d (CAPES), acessado remotamente por identificação de Endereço IP de provedor autorizado do Instituto de Medicina Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Busca na literatura

Para evitar vieses, é essencial uma busca abrangente na literatura, a fim de identificar todos os estudos sobre o tema escolhido, tanto os publicados e, sempre que possível, os não publicados. Destarte, a pesquisa na literatura envolveu dois níveis que serão descritos a seguir.

^dwww.periodicos.capes.gov.br

Bases de dados eletrônicas de literatura científica

- *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) –

Trata-se de uma base de dados cooperativa do Sistema BIREME. Contém artigos de cerca de 670 revistas mais conceituadas da área da saúde, atingindo mais de 150 mil registros, e outros documentos tais como: teses, capítulos de teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnico-científicos e publicações governamentais.

- WHOLIS - A Biblioteca da Organização Mundial de Saúde (OMS) é a

biblioteca líder mundial em saúde pública. Ele fornece acesso ao conteúdo da OMS, bem como a outras fontes de literatura científica produzida em todo o mundo. A WHOLIS também fornece evidências científicas e conhecimento para países de baixa e média renda, através de um conjunto de iniciativas baixo custo/alto uso. Redes e parcerias são um componente essencial para garantir que suas iniciativas globais possam atingir um público mundial. Usando um conjunto de ferramentas de colaboração, bibliotecários e especialistas da informação têm um entendimento próximo das realidades e necessidades dos países. Isso ajuda a manter o foco na informação adequada e eficaz e soluções de compartilhamento de conhecimento.

- PAHO – O Acervo da Biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde

abarca referências bibliográficas e resumos do acervo da Biblioteca da sede da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Abrange a documentação sobre temas em saúde indexada pela Biblioteca da OPAS em Washington. É uma fonte de referência sobre o trabalho da Organização e inclui temas de saúde da América Latina e Caribe.

- MEDLINE – É o componente primário do PUBMED, que por sua vez está contido no Entrez, que abrange uma série de bases de dados providos pela biblioteca norte-americana de medicina (*National Library of Medicine - NLM*). O Pubmed é um serviço que inclui mais de 18 milhões de citações de artigos anteriores a 1950 e atualização semanal. Além das citações do Medline, também traz *links* de diversos *sites* que acessam artigos em versão integral e outros recursos. Hospeda referências bibliográficas e resumos de mais de 5200 títulos de revistas biomédicas publicadas nos Estados Unidos e em outros 70 países, em 37 idiomas. O acesso à base Medline deu-se a partir do Pubmed. No contexto do presente trabalho, os termos Pubmed e Medline foram considerados sinônimos.

Banco eletrônico de teses e dissertações

- BIBLIOTECA DIGITAL DE TESES E DISSERTAÇÕES (BDTD): Trata-se de um banco que reúne as teses e dissertações defendidas em todo o País e por brasileiros no exterior. É mantida pelo Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT) no âmbito do Programa da Biblioteca Digital Brasileira (BDB), com apoio da Financiadora de Estudos e Pesquisas (FINEP). Contêm em seu acervo mais de 370 mil trabalhos de 101 instituições de ensino; desses, aproximadamente 36% são teses de doutorado.

Operadores booleanos

As combinações de campos podem ser pesquisadas utilizando-se os operadores lógicos ou booleanos (AND, OR, NOT), em que AND recupera todos os termos (INTERSEÇÃO) e restringe o escopo da pesquisa; OR recupera um e/ou outro termo (SOMA) e amplia o escopo da pesquisa e; o NOT contém o primeiro termo e não contém o segundo⁴⁻⁶.

Estratégia de busca

Dada a frequente atualização dos bancos de dados, procurou-se varrer todas as bases num período curto de tempo, entre 20 e 25 de agosto de 2015. Para tanto, elegeram-se descritores a partir do vocabulário estruturado Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)^e, edição 2015, criado pela Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) e utilizado para buscas nas fontes de informação disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para busca no PUBMED, foram selecionados termos MeSH^f correspondente aos tesouros dessas bases. Ademais, para ampliar o escopo da busca também se utilizaram palavras-chave. Todos os termos estão descritos na sequência, segundo sintaxe de busca utilizada por base de dados.

Termos de busca

Os termos de busca selecionados foram:

- Descritores: educação permanente; educação continuada; saúde; recursos humanos em saúde; inservice training.

^e<http://decs.bvs.br/>

^f<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>

- MeSH: Education, Continuing; Health; Health Manpower.
- Palavras-chave: educação permanente em saúde; formação em serviço; gestão da educação; profissionais de saúde.

Bases de dados

LILACS

Quadro 2: Estratégia de busca LILACS em 20/08/2015.

Sintaxe 1	tw:((educação permanente em saúde) OR (educação continuada AND saúde) OR (educação permanente AND saúde)) AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS") AND pais_assunto:("brasil") AND year_cluster:("2013" OR "2009" OR "2007" OR "2011" OR "2012" OR "2014" OR "2010" OR "2008" OR "2015"))
Sintaxe 2	tw:((formação em serviço AND saúde) OR (gestão da educação AND saúde) OR (formação em serviço AND profissionais de saúde)) AND (instance:"regional") AND (pais_assunto:("brasil") AND la:("pt" OR "en" OR "es") AND year_cluster:("2008" OR "2009" OR "2013" OR "2011" OR "2012" OR "2014" OR "2010" OR "2007"))

MEDLINE

Quadro 3: Estratégia de busca MEDLINE em 21/08/2015.

Sintaxe	"Education, Continuing"[Mesh] AND "Health"[Mesh] AND (("2007/01/01"[PDAT]:"2015/12/31"[PDAT]) AND "humans"[MeSH Terms])
---------	---

WHOLIS

Quadro 4: Estratégia de busca WHOLIS em 22/08/2015.

Sintaxe	(educação permanente em saúde OR educação permanente OR educação continuada) OR (education, continuing AND health) AND (instance:"regional")
---------	--

PAHO

Quadro 5: Estratégia de busca PAHO em 22/08/2015.

Sintaxe	(educação permanente em saúde OR educação permanente OR educação continuada) OR (education, continuing AND health) AND (instance:"regional") AND (db:("PAHO"))
---------	--

Estratégia nos banco eletrônico de teses e dissertações

BDTD

Quadro 6: Estratégia de busca BDTD em 25/08/2015.

Sintaxe	("Educação Permanente em Saúde" [Palavras-chave]) OR ("Educação Permanente em Saúde" [Título]) OR ("Educação Permanente" AND "Saúde" [Palavras-chave]) OR ("Educação Permanente" [Título]) OR ("Educação Continuada" AND "Saúde" [Palavras-chave])
---------	--

Tabulação das referências

As bases eletrônicas LILACS, MEDLINE, WHOLIS e PAHO permitem a exportação das referências, inclusive os resumos quando disponíveis, para programas de gerenciamento de referências. Assim, foi utilizado o programa *Endonote versão 17.0.1 (BLD 7212)*, de propriedade da *Thomson Corporation*, que, entre outras características, permite novas buscas filtradas no próprio banco criado; importação e exportação de referências de diversas extensões de acordo com a editora da base de dados eletrônica; remoção de referências redundantes (duplicadas); além de interagir com programas de edição de textos e planilhas eletrônicas.

Em se tratando dos bancos de teses e dissertações, a pré-seleção de estudos relevantes deu-se de maneira manual.

Resultados

Os resultados do processo de busca estão apresentados a seguir no tópico *Seleção das publicações*.

Seleção das publicações

Os somatórios da busca de publicações nas bases eletrônicas estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2: Resultado da busca eletrônica em bases de literatura científica. Rio de Janeiro, 2015

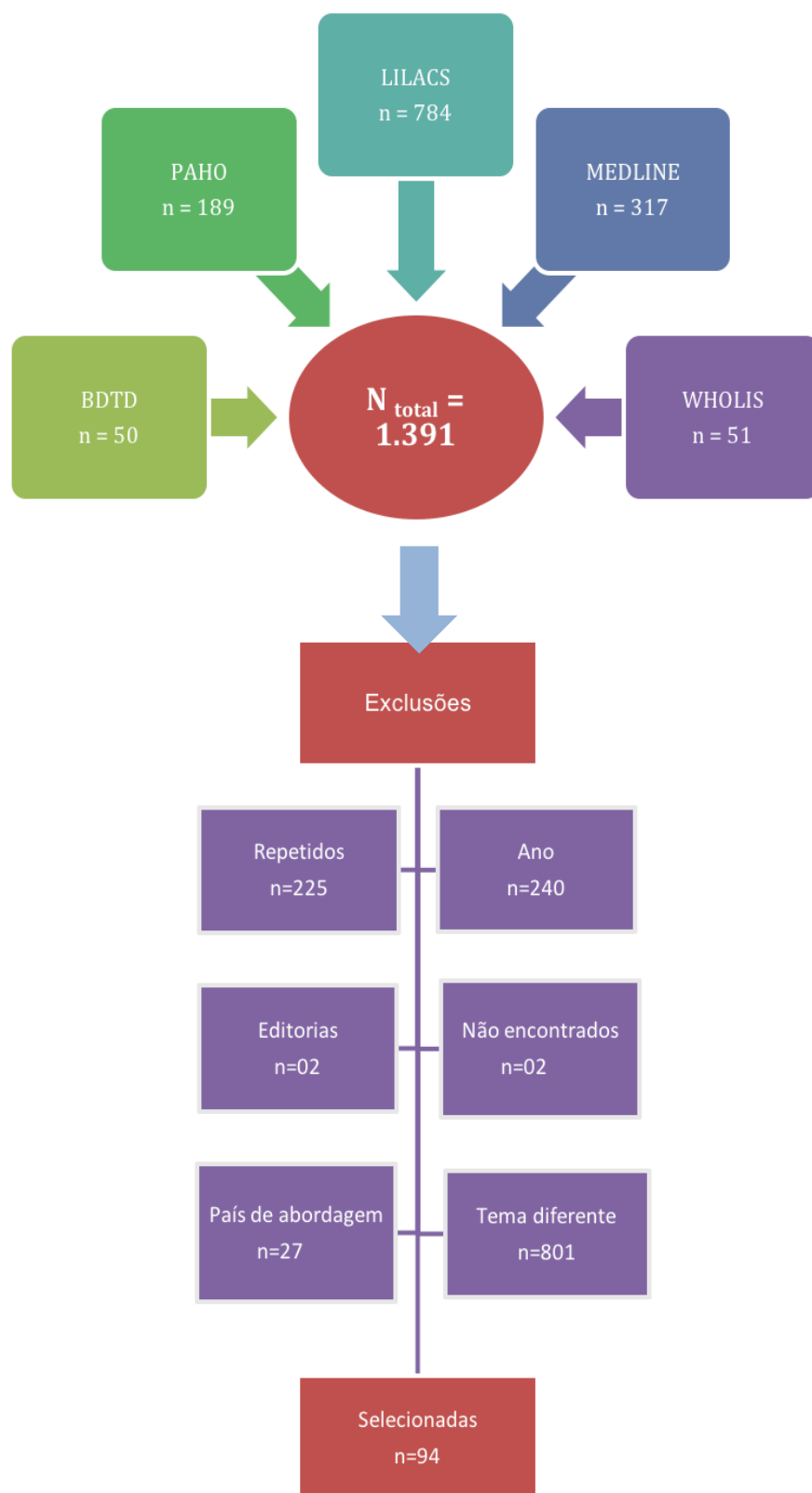
Bases	N	%
LILACS	784	56,4
PUBMED/MEDLINE	317	22,8
PAHO	189	13,6
WHOLIS	51	3,7
BDTD	50	3,6
Total	1.391	100,0

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

A observação da Tabela 2 permite verificar que a partir dos termos de busca utilizados sem os refinamentos ou descartes, as bases LILACS e PUBMED/MEDLINE foram aquelas que mais retornaram publicações: 56,4% e 22,8% do total, respectivamente.

A figura a seguir traz uma sinopse do processo de refinamento das publicações por meio de um organograma explicativo das etapas.

Figura 1: Fluxograma de resultados parciais de estudos elegíveis contidos nas bases de literatura científica. Rio de Janeiro, 2015



Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Nota-se que foi encontrado um somatório de 1.391 publicações nas diferentes bases de dados pesquisadas, do qual se descartaram 1.297, correspondente a 93,2% dos estudos retornados.

A maior frequência de exclusão decorreu do fato de que as publicações abordavam outros temas (61,8%) ou que não tinham como foco principal a PNEPS/EPS – especialmente sobre a Política Nacional de Humanização, controle social e educação em saúde; publicações anteriores ao ano 2007 (18,5%), as quais se referem apenas as bases WHOLIS e PAHO, que não permitem, em seu mecanismo de busca, determinar o limite temporal. Foram descartadas 225 (17,3%) publicações repetidas; 27 (2,1%) publicações retornadas na MEDLINE, por não abordarem o cenário brasileiro. Duas publicações não relevantes para esta pesquisa foram excluídas por se tratarem de editorial e; outras duas por não terem sido encontradas, tendo-se acesso apenas ao título e resumo. Vide Tabela 3.

Tabela 3: Distribuição das publicações descartadas por motivos de exclusão. Rio de Janeiro, 2015

Crítérios de exclusão	N	%
Tema	801	61,8
Ano	240	18,5
Repetidos	225	17,3
País de abordagem	27	2,1
Editoriais	2	0,2
Não encontrados/pagos	2	0,2
Total	1.297	100,0

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Assim, após refinamento, 94 publicações foram selecionadas, expostas no quadro

a

seguir.

Quadro 7: Variáveis de indexação das publicações selecionadas. Rio de Janeiro, 2015

ID	Ano	Título da publicação	Periódico/fonte	Autor principal
E01 ⁷	2013	A Educação Permanente e a Cooperação Internacional em Saúde: um olhar sobre a experiência de fortalecimento da Rede Haitiana de Vigilância, Pesquisa e Educação em Saúde, no âmbito do Projeto TRIPARTITE Brasil-Haiti-Cuba	Divulgação em Saúde para Debate	Pessoa LR
E02 ⁸	2009	A integração da educação e trabalho na saúde e a Política de Educação Permanente em Saúde do SUS-BA	Revista Baiana de Saúde Pública	Lemos M
E03 ⁹	2012	Ações de educação permanente no contexto da Estratégia Saúde da Família	Rev. enferm. UERJ	Paulino VCP
E04 ¹⁰	2014	Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um Estado da Região Sudeste do Brasil	Ciência & Saúde Coletiva	d'Ávila LS
E05 ¹¹	2013	Análise do Programa Telessaúde Brasil Redes no estado de Pernambuco no período de 2007 a 2011	Fundação Oswaldo Cruz	Silva KCL
E06 ¹²	2011	As tecnologias da informação e comunicação (TIC) no desenvolvimento profissional de trabalhadores do SUS	Instituto de Saúde	Trindade MAB
E07 ¹³	2009	Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo	Interface	Peduzzi M
E08 ¹⁴	2008	Avaliação continuada da educação permanente na atenção à criança na estratégia saúde da família	Rev. Bras. Saúde Matern. Infant	Feliciano KVO
E09 ¹⁵	2010	Avaliação de tutores e facilitadores sobre o processo de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde no município de Londrina, Paraná	Ciência & Saúde Coletiva	Mendonça FF

Continua...

...continuação.

ID	Ano	Título da publicação	Periódico/fonte	Autor principal
E10 ¹⁶	2014	Continuing education on child development for primary healthcare professionals: a prospective before-and-after study	Sao Paulo Med J.	Figueiras ACM
E11 ¹⁷	2010	Continuing medical education: Guide supplement 35.2 – Viewpoint	Medical Teacher	Ribeiro ECO
E12 ¹⁸	2013	Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil	Saúde Soc.	Nicoletto SCS
E13 ¹⁹	2009	Diagnóstico da situação dos trabalhadores em saúde e o processo de formação no Polo Regional de Educação Permanente em Saúde	Rev Latino-am Enfermagem	Murofuse NT
E14 ²⁰	2011	Agentes Comunitários de Saúde e os desafios da educação permanente: reflexões sobre o a experiência do Programa Telessaúde Brasil - Núcleo Rio de Janeiro	Universidade do Estado do Rio de Janeiro	Andrade CSGC
E15 ²¹	2010	Telessaúde Brasil - núcleo Rio de Janeiro: a educação permanente no trabalho de enfermeiros da atenção básica	Universidade do Estado do Rio de Janeiro	Faria MGA
E16 ²²	2008	Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre-RS	Interface	Ciconet RM
E17 ²³	2007	Educação permanente: componente estratégico para a implementação da política nacional de atenção oncológica	Revista Brasileira de Cancerologia	Vincent SP
E18 ²⁴	2009	Educação permanente e a regionalização do Sistema Estadual de Saúde na Bahia: ensino-aprendizagem e política de saúde como composição de tempo	Revista Baiana de Saúde Pública	Ferla AA

Continua...

..continuação.

ID	Ano	Título da publicação	Periódico/fonte	Autor principal
E19 ²⁵	2010	Educação permanente em alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família: encontros e desencontros em municípios brasileiros de grande porte	Ciência & Saúde Coletiva	Ricardi LM
E20 ²⁶	2009	Educação Permanente em Saúde e Planejamento Estratégico Situacional: o caso da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí	Fundação Oswaldo Cruz	Cunha IS
E21 ²⁷	2015	Educação permanente em saúde em unidade de terapia intensiva: percepção de enfermeiros	J. res.: fundam. care. Online	Paim CC
E22 ²⁸	2012	Educação Permanente no Âmbito do Controle Social no SUS: a experiência de Porto Alegre - RS	Saúde Soc.	Alencar HHR
E23 ²⁹	2012	Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil	Trab. Educ. Saúde	Stroschein KA
E24 ³⁰	2014	Educação permanente para os agentes comunitários de saúde em um município do norte de Minas Gerais	J. res.: fundam. care. Online	Alves MR
E25 ³¹	2010	Enfermagem e educação permanente a distância: o exemplo do Projeto Telessaúde Brasil, Núcleo Rio de Janeiro	Cogitare Enf.	Faria MGA
E26 ³²	2009	A Política de Educação Permanente em Saúde para Conselheiros e Agentes Sociais no Estado de Mato Grosso (2004-2006): um estudo sobre seu processo decisório	Fundação Oswaldo Cruz	Ferreira NF
E27 ³³	2009	Uma estratégia para articulação ensino-serviço no SUS-BA: a rede de integração da educação e trabalho na saúde	Fundação Oswaldo Cruz	Lima JO
E28 ³⁴	2011	Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente	Ciência & Saúde Coletiva	Tesser CD

Continua...

...continuação.

ID	Ano	Título da publicação	Periódico/fonte	Autor principal
E29 ³⁵	2009	Experiência da Escola Estadual de Saúde Pública/SESAB em educação permanente na área de saúde da mulher	Revista Baiana de Saúde Pública	Gomes AA
E30 ³⁶	2013	A experiência da Oficina Permanente de Educação Alimentar e em Saúde (OPEAS): formação de profissionais para a promoção da alimentação saudável nas escolas	Ciência & Saúde Coletiva	Juzwiak R
E31 ³⁷	2013	Formação e qualificação: um estudo sobre a dinâmica educativa nas equipes de saúde mental do Rio de Janeiro, Brasil	Interface	Gomes MPC
E32 ³⁸	2008	Fortalecimento e estruturação da gestão do trabalho e educação permanente o caso das secretarias municipais de saúde de: Alagoinhas, Itaberaba, Paulo Afonso e Vitória da Conquista no estado da Bahia	Fundação Oswaldo Cruz	Santos AP
E33 ³⁹	2009	Gestão compartilhada da formação de profissionais de saúde: reflexões acerca da experiência do curso de especialização em Gestão hospitalar para o SUS / Bahia	Revista Baiana de Saúde Pública	Espiridião MA
E34 ⁴⁰	2009	Gestão compartilhada do curso de qualificação em gestão regionalizada para o SUS/BA: desafios e possibilidades	Revista Baiana de Saúde Pública	Cruz GS
E35 ⁴¹	2013	Gestão de recursos financeiros da educação permanente em saúde: desafio das comissões de integração ensino-serviço	Ciência & Saúde Coletiva	Ferraz F
E36 ⁴²	2009	Gestão de redes e educação permanente em saúde: características, limites e perspectivas	Revista Baiana de Saúde Pública	Lima JO
E37 ⁴³	2010	Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras	Revista Brasileira de Enfermagem	Medeiros AC

Continua...

...continuação.

ID	Ano	Título da publicação	Periódico/fonte	Autor principal
E38 ⁴⁴	2013	Impactos da rede universitária de telemedicina: ações de educação contínua, pesquisa colaborativa e assistência remota: Fase I (2006-2009)	E-papers	Messina LA
E39 ⁴⁵	2014	Implantação de política de educação permanente em saúde no Rio Grande do Sul	Trab. Educ. Saúde	Daniel HB
E40 ⁴⁶	2009	Importância da formação de docentes em EAD no processo de educação permanente para trabalhadores do SUS na Bahia	Revista Baiana de Saúde Pública	Paim MC
E41 ⁴⁷	2008	Institucionalização da Política de Educação Permanente para o Sistema Único de Saúde: Brasil, 1997-2006	Universidade de São Paulo	Faria RMB
E42 ⁴⁸	2013	Manual de telessaúde para atenção básica / atenção primária à saúde	Ministério da Saúde	Ministério da Saúde
E43 ⁴⁹	2011	Necessidades e dificuldades de tutores e facilitadores para implementar a política de educação permanente em saúde em um município de grande porte no estado do Paraná, Brasil	Interface	Mendonça FF
E44 ⁵⁰	2012	O perfil de enfermeiros fluminenses da ESF segundo um programa de educação permanente à distância	Rev. enferm. UERJ	Faria MGA
E45 ⁵¹	2011	O modo de pensar Educação Permanente em Saúde em uma região da cidade de São Paulo	Universidade de São Paulo	Freitas MW
E46 ⁵²	2010	Paralelo entre educação permanente em saúde e administração complexa	Rev Gaúcha Enferm	Amestoy SC
E47 ⁵³	2009	Plano Anual de Capacitação: PAC 2009: programa de educação permanente do Ministério da Saúde	Ministério da Saúde	Ministério da Saúde
E48 ⁵⁴	2009	Política de gestão do trabalho e educação permanente na Bahia: o SUS é uma escola	Revista Baiana de Saúde Pública	Ramos AS

Continua...

...continuação.

ID	Ano	Título da publicação	Periódico/fonte	Autor principal
E49 ⁵⁵	2009	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	Ministério da Saúde	Ministério da Saúde
E50 ⁵⁶	2009	Polos de Educação Permanente em Saúde: uma análise da vivência dos atores sociais no norte do Paraná	Interface	Nicoletto SCS
E51 ⁵⁷	2012	Preceptoria de Território, Novas Práticas e Saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo do caso de Sobral, CE	Saúde Soc.	Pagani R
E52 ⁵⁸	2009	Projeto EAD SUS/BA: incorporação do ensino a distância aos processos de educação permanente para profissionais do Sistema Único de Saúde do Estado da Bahia	Revista Baiana de Saúde Pública	Paim MC
E53 ⁵⁹	2014	Qualificação de processos de gestão e atenção no município de Caaporã, PB: relatos de tutoria de educação permanente em saúde	Saúde Debate	Cavalcanti YW
E54 ⁶⁰	2012	Redes de aprendizagem colaborativa: contribuição da Educação a Distância no processo de qualificação de gestores do Sistema Único de Saúde - SUS	Interface	Rangel-S ML
E55 ⁶¹	2009	Sistemas de educação a distância: subsídios para a construção do modelo de gestão desta modalidade de ensino no contexto da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia	Revista Baiana de Saúde Pública	Alves VS
E56 ⁶²	2013	Teleamamentação no Programa Nacional de Telessaúde no Brasil: a experiência da Telenfermagem	RevEscEnferm USP	Prado C
E57 ⁶³	2015	Interação em processos de construção partilhada do conhecimento: uma experiência de educação a distância com enfermeiros da saúde da família	Universidade do Estado do Rio de Janeiro	Faria MGA

Continua...

...continuação.

ID	Ano	Título da publicação	Periódico/fonte	Autor principal
E58 ⁶⁴	2014	O uso de tecnologias da informação e comunicação em áreas rurais é suficiente para a educação continuada?	J Bras Tele.	Almeida MM
E59 ⁶⁵	2012	Tele-educação para educação continuada das equipes de saúde da família em saúde mental: a experiência de Pernambuco, Brasil	Interface	Novaes MM
E60 ⁶⁶	2014	Educação permanente em saúde: metassíntese	Rev Saúde Pública	Miccas FL
E61 ⁶⁷	2010	A concepção de educação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	Universidade Federal de Goiás	Lemos CLS
E62 ⁶⁸	2010	A construção de um espaço para educação permanente em saúde: refletindo e problematizando a assistência de enfermagem	Universidade Federal do Rio Grande	Arrieche TA
E63 ⁶⁹	2011	A educação permanente em saúde como dispositivo de gestão setorial e de produção de trabalho vivo em saúde	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Capra MLP
E64 ⁷⁰	2009	A educação permanente em saúde sob a ótica de cirurgiões-dentistas	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Barbosa AAA
E65 ⁷¹	2010	A política nacional de educação permanente em saúde e suas concepções de trabalho e educação	Fundação Oswaldo Cruz	Barreto CMG
E66 ⁷²	2009	Análise das atividades educativas de trabalhadores da saúde na atenção básica: concepções de educação no trabalho, levantamento de necessidades, público participante e resultados esperados	Universidade de São Paulo	Silva JAM
E67 ⁷³	2008	Análise das atividades educativas de trabalhadores de enfermagem em um hospital de ensino: público participante, levantamento de necessidades e resultados esperados	Universidade de São Paulo	Montanha D
E68 ⁷⁴	2012	Análise do processo de implementação da política de educação permanente em saúde no distrito federal	Universidade de Brasília	Moraes KG

Continua...

...continuação.

ID	Ano	Título da publicação	Periódico/fonte	Autor principal
E69 ⁷⁵	2012	As políticas de capacitação do Ministério da Saúde para o trabalho na atenção básica em saúde no período de 2003 a 2010: apontamentos sobre a Política Nacional de Atenção Básica e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	Fundação Oswaldo Cruz	Pavani MCM
E70 ⁷⁶	2012	Associações de mulheres em entidades religiosas: local favorável para educação permanente em saúde	Escola Superior de Teologia	Franco KS
E71 ⁷⁷	2015	Construção coletiva de programas educativos: potencialidade para consecução da educação permanente em saúde	Universidade de São Paulo	Messias M
E72 ⁷⁸	2014	Contribuições da prática reflexiva às estratégias de educação permanente em saúde nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família	Universidade Federal de Santa Catarina	Daussy MFS
E73 ⁷⁹	2010	Democracia no SUS e na reforma sanitária é possível? Um debate a partir da experiência da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (janeiro de 2003 a julho de 2005)	Universidade do Estado do Rio de Janeiro	Cavalcanti FOL
E74 ⁸⁰	2013	Educação permanente de profissionais de enfermagem da atenção básica à saúde a partir de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil	Universidade de São Paulo	Tocchio AB
E75 ⁸¹	2012	Educação permanente e gestão acadêmica no ensino superior em saúde	Universidade Federal de São Paulo	Pedotti CFC
E76 ⁸²	2013	Educação permanente em alimentação e nutrição na estratégia saúde da família: um olhar sobre municípios brasileiros de grande porte	Universidade de Brasília	Ricardi LM
E77 ⁸³	2013	Educação permanente em gerontologia para agentes comunitários de saúde	Universidade Estadual Paulista	Placideli N

Continua...

...continuação.

ID	Ano	Título da publicação	Periódico/fonte	Autor principal
E78 ⁸⁴	2011	Educação Permanente em Saúde: caminho em construção na 20ª Regional de Saúde-Paraná	Universidade Estadual de Londrina	Smaha IN
E79 ⁸⁵	2012	Educação permanente em saúde: concepções e práticas em centros de saúde de Florianópolis/SC	Universidade Federal de Santa Catarina	Barth PO
E80 ⁸⁶	2014	Educação Permanente em Saúde: estratégia para implantar protocolos de segurança do paciente em um hospital público	Universidade do Vale do Rio dos Sinos	Pozzo MJD
E81 ⁸⁷	2014	Educação permanente em saúde: implantação e implementação das práticas em uma organização hospitalar	Universidade Federal da Bahia	Rangel AGC
E82 ⁸⁸	2013	Educação permanente em saúde: implementação da política no estado de São Paulo	Universidade Estadual de Campinas	Schott M
E83 ⁸⁹	2014	"Educação Permanente em Saúde para gestores: qualificação do cuidado e gestão democrática"	Universidade Estadual de Campinas	Gigante RL
E84 ⁹⁰	2013	Educação Permanente em Saúde: práticas humanizadas no centro obstétrico de um hospital universitário	Universidade do Vale do Rio dos Sinos	Silva UG
E85 ⁹¹	2015	Ensino a distância como estratégia de educação permanente em saúde: impacto da capacitação da equipe de Estratégia de Saúde da Família na organização dos serviços	Universidade de São Paulo	Fratucci MVB
E86 ⁹²	2013	Educação Permanente em Saúde: representações sociais de enfermeiros da saúde da família	Universidade Federal de São Carlos	Formeton IF
E87 ⁹³	2015	Educação Permanente em Saúde: de diretriz política a uma prática possível	Universidade de São Paulo	Zinn GR
E88 ⁹⁴	2008	Formação de facilitadores de educação permanente em saúde: percepções de tutores e facilitadores	Universidade Estadual de Londrina	Mendonça FF

Continua...

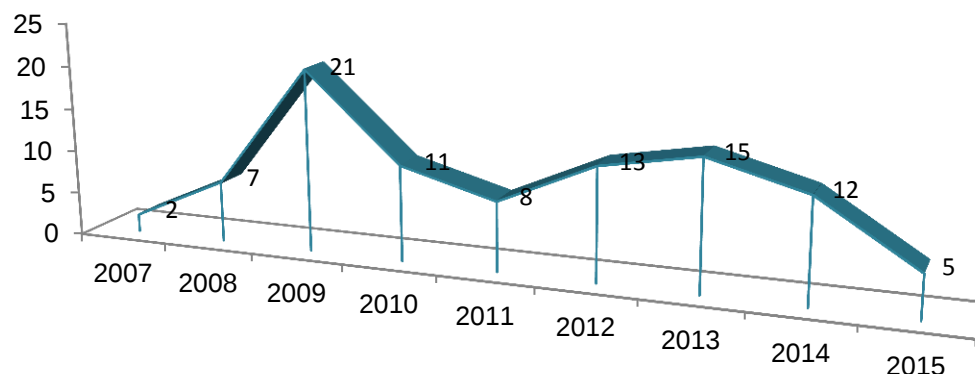
...continuação.

ID	Ano	Título da publicação	Periódico/fonte	Autor principal
E89 ⁹⁵	2012	Medida indireta da pressão arterial: avaliação de programa de educação permanente oferecido em dispositivo móvel	Universidade de São Paulo	Tognoli SH
E90 ⁹⁶	2014	O que pode a Educação Permanente em Saúde	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Brasileiro PGL
E91 ⁹⁷	2011	Percepção dos gerentes sobre educação permanente em saúde e sua prática	Universidade Estadual de Londrina	Machado RA
E92 ⁹⁸	2009	Pesquisa-ação e práticas educativas do enfermeiro psiquiátrico: incentivo à educação permanente em serviço	Universidade de São Paulo	Domingues MP
E93 ⁹⁹	2007	Política Nacional de Educação Permanente no SUS: estudo da implementação sob a perspectiva dos gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis	Universidade do Estado do Rio de Janeiro	Alves JCR
E94 ¹⁰⁰	2008	Política e ação pública: análise da política nacional de educação permanente em saúde	Universidade de Brasília	Bravin FP

Fonte: Dados da pesquisa, 2015

Verifica-se que o maior número dos estudos foi publicado nos anos de 2009 (22,3%), seguido do ano de 2013 (16,0%). O Gráfico abaixo apresenta a evolução dos estudos selecionados segundo ano de publicação.

Gráfico 1: Evolução das publicações segundo ano de publicação. Rio de Janeiro, 2007-2015



Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

No que tange ao idioma de publicação, apenas dois artigos em inglês foram selecionados. As demais publicações se encontram na língua portuguesa.

Quanto ao tipo de publicação, a maior parte dos estudos selecionados refere-se a artigos científicos (n=45; 47,9%), conforme apresenta a Tabela a seguir. Mas os estudos de conclusão de curso somados (teses, dissertações e monografias) correspondem a 44 publicações.

Tabela 4: Distribuição das publicações selecionadas segundo tipo. Rio de Janeiro, 2015

Tipo de publicação	N	%
Artigo	45	47,9%
Dissertação	33	35,1%
Tese	10	10,6%
Documentos governamentais	3	3,2%
Livro	2	2,1%
Monografia	1	1,1%
Total	94	100,0

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Os 45 artigos foram publicados em 20 periódicos distintos. O maior número de artigos foi publicado na Revista Baiana de Saúde Pública (n=10), todos no mesmo ano, em um número especial da revista. Tratam-se essencialmente de relatos de experiência acerca da implantação da PNEPS no âmbito estadual/regional na Bahia. A Interface publicou sete dos artigos selecionados, e a Ciência & Saúde Coletiva publicou seis (Tabela 5).

Tabela 5: Distribuição dos artigos selecionados segundo periódico de publicação. Rio de Janeiro, 2015

Revistas	nº de artigos
Rev. baiana saúde pública.	10
Interface comun. saúde educ.	7
Ciênc. saúde coletiva.	6
Saúde Soc.	3
J. res.: fundam. care. Online	2
Rev. enferm. UERJ	2
Trab. Educ. Saúde	2
Cogitare Enf.	1
Divulg. saúde debate	1
J Bras Tele.	1
Med. teach.	1
RevEscEnferm USP	1
Rev Gaúcha Enferm	1
Rev Latino-am Enfermagem	1
Rev Saúde Pública	1
Rev. Bras. Saúde Matern. Infant	1
Rev. bras. cancerol.	1
Rev. bras. enferm.	1
Sao Paulo Med J.	1
Saúde debate.	1
Total	45

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Os trabalhos de final de curso são provenientes de 17 instituições de ensino distintas, mas a maior parte é oriunda da Universidade de São Paulo (n=10), sendo cinco teses e cinco dissertações (Tabela 6).

Tabela 6: Distribuição dos trabalhos de conclusão de curso selecionados segundo instituição de ensino. Rio de Janeiro, 2015

Instituição de Ensino	Tipo de publicação
Universidade de São Paulo	10
Fundação Oswaldo Cruz	7
Universidade do Estado do Rio de Janeiro	5
Universidade de Brasília	3
Universidade Estadual de Londrina	3
Universidade do Vale do Rio dos Sinos	2
Universidade Estadual de Campinas	2
Universidade Federal de Santa Catarina	2
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	2
Escola Superior de Teologia	1
Universidade Estadual Paulista	1
Universidade Federal da Bahia	1
Universidade Federal de Goiás	1
Universidade Federal de São Carlos	1
Universidade Federal de São Paulo	1
Universidade Federal do Rio Grande	1
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	1
Total	44

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Quanto ao cenário, 19 publicações têm como local de estudo o Brasil e duas fazem uma análise de âmbito mundial. Entre os estados, a maior parte das publicações estudam municípios do estado de São Paulo e Bahia, conforme se observa na Tabela 7.

Tabela 7: Distribuição das publicações selecionadas segundo cenário de estudo. Rio de Janeiro, 2015

Cenário de estudo	nº de publicações
Brasil	19
São Paulo	17
Bahia	14
Rio Grande do Sul	10
Paraná	8
Rio de Janeiro	7
Pernambuco	3
Santa Catarina	3
Ceará	2
Mundial	2
Distrito Federal	1
Goiás	1
Minas Gerais	1
Mato Grosso	1
Pará	1
Paraíba	1
Piauí	1
Rio Grande do Norte	1
Sergipe	1
Total	94

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Em se tratando dos desenhos metodológicos, a maior parte dos estudos se refere a relatos de experiência, descritivo-exploratórios e exploratórios. A abordagem dos estudos é qualitativa; apenas três utilizam método quantitativo e dois métodos quantiqualitativos.

Tabela 8: Distribuição das publicações selecionadas segundo desenho de estudo. Rio de Janeiro, 2015

Desenho de estudo	n° de publicações
Relato de experiência	19
Descritivo-exploratório	17
Exploratória	13
Estudo de caso	7
Pesquisa documental e exploratória	4
Descritivo	3
Estudo de casos múltiplos	3
Estudo transversal	3
Pesquisa documental	3
Revisão	3
Documentos	3
Artigo de reflexão	2
Observacional descritivo	2
Pesquisa ação	2
Várias bordagens - livros	2
Estudo de intervenção	1
Estudo longitudinal	1
Estudo teórico	1
Opinião	1
Pesquisa participante	1
Pesquisa social	1
Pesquisa-intervenção	1
Prospectivo do tipo antes-e-depois	1
Total	94

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Após leitura das publicações, foi realizada síntese com os principais achados. Para tanto, cinco categorias foram elaboradas: A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; Concepções de educação permanente em saúde; A educação permanente nos serviços de saúde; Metodologias de aprendizagem; Experiências de implementação da PNEPS: estratégias, desafios e contribuições.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

A proposta da EPS surgiu na década de 1980, por iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) com o propósito de capacitar e desenvolver recursos humanos em saúde (RHS)⁶⁶.

No Brasil, a EPS foi lançada como política nacional em 2003, mas sua institucionalização tem como marco referencial a publicação da Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, que institui a PNEPS como estratégia de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS²⁶, operacionalizada por novas práticas pedagógicas e de saúde e objetivando a transformação das práticas²⁹.

Esta portaria prevê a condução da política conforme locorregiões de saúde orientadas pelos Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS), que se configuram como instâncias interinstitucionais colegiadas^{29,52}, cujo papel é reconhecer as necessidades de formação profissional e gerir estratégias de qualificação da atenção à saúde, gestão e controle social²⁹. Atuam, portanto, como dispositivos importantes para implantação da PNPEs, pois agem como espaços de diálogo e de negociação entre os atores das ações e serviços do SUS e instituições de ensino. Ademais, propiciam maior articulação regional entre os diversos serviços de saúde que podem fomentar melhor planejamento da rede. Os PEPS, enquanto instâncias colegiadas organizadas em locorregiões, que funcionam, então, como parte do SUS, são responsáveis pela mudança das políticas de saúde e das ações de educação na saúde^{15,29,32,33,41}.

Com a divulgação do Pacto pela Saúde em 2006, discutiu-se acerca da importância dos PEPS e de sua consolidação no âmbito do SUS. Esse movimento resultou na substituição da Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, a qual propõe a condução regional da PNEPS, por Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), vinculadas aos Colegiados de Gestão Regional (CGR), e assumindo o nível estadual como protagonista desse processo e responsável pelo planejamento do desenvolvimento dos trabalhadores do SUS, por meio dos CGR⁵². Tal proposta objetivou fortalecer e subsidiar a sistematização dos processos de regionalização e descentralização do SUS⁵⁶.

Essa nova portaria define as CIES como instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da elaboração, da condução e do desenvolvimento da PNEPS, e devem ser conformadas por gestores municipais e estaduais, instituições de ensino superior e técnico que ofertam cursos na área da saúde, trabalhadores do SUS e representantes da sociedade – controle social. Ela também orienta a elaboração e execução do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde^{29,55,69,71}.

A proposta contida na PNEPS assume a regionalização da gestão do SUS como base para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas para o enfrentamento das carências e necessidades do sistema. Isto porque a regionalização é a diretriz que norteia o processo de descentralização dos serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores da rede de saúde^{24,40,41,52}.

O desafio da gestão regionalizada e da constituição de capacidades locorregionais data da implantação do SUS e reside na dificuldade em estabelecer compromissos conjuntos e articulados para estruturação de uma rede de saúde sistematizada, cogestada, integral e descentralizada. A regionalização se configura, então, como iniciativa de ampliação da cobertura assistencial de territórios constituídos geopoliticamente e socialmente, que requer a participação de múltiplos atores²⁴.

Nesse contexto, a EPS - como instrumento viabilizador de análise, crítica e constituição de conhecimentos sobre a realidade local - precisa ser pensada e implementada na lógica da regionalização, adaptada, portanto, às situações de saúde em cada nível local do sistema de saúde⁶⁶.

Concepções de Educação Permanente em Saúde

No âmbito da PNEPS, a EPS é compreendida como um conceito pedagógico em saúde que relaciona o ensino e o serviço, e a docência e saúde, contribuindo para o desenvolvimento profissional, gestão setorial e controle social em saúde⁵⁵. Trata-se de um processo de transformação das práticas e serviços, operacionalizada por estratégias inovadoras, considerando as novas demandas do modelo de produção e do mundo do trabalho⁶⁷.

Segundo essa proposta, a EPS recupera práticas pedagógicas e políticas que emanam do trabalho e assume práticas políticas e ideológicas nos processos

educacionais; significa, então, articular a educação à capacidade resolutiva dos serviços e à ampliação da gestão social¹⁰⁰.

Os trabalhos selecionados, em sua maioria, abordam a EPS como uma prática transformadora de ensino e aprendizagem e política de educação na saúde, tal como prevê a PNEPS.

Grande parte das publicações verte o olhar para uma política de educação permanente, construída pelos atores envolvidos nesse processo, com base na realidade dos serviços. A participação coletiva é, então, premissa básica de uma educação permanente eficaz e democrática. Essa concepção de EPS tem base nos pressupostos da aprendizagem significativa, e passa a ser simultaneamente orientadora das ações de desenvolvimento profissional e das estratégias de mudança das práticas de saúde⁸.

A educação permanente é baseada na pedagogia da problematização; no trabalho reflexivo grupal e na transformação das práticas dos serviços. Seu objetivo é transformar as atividades laborais de saúde a partir de reflexão crítica das práticas reais dos serviços de saúde. Trata-se de um processo que envolve dimensões da educação, do trabalho, pessoais, coletivas e que não se limita a treinamentos formais específicos^{9,29}.

Assim, a EPS apresenta-se como uma estratégia de educação na saúde com um olhar sobre as necessidades da população, configurando-se como um processo de gestão participativa e transformadora, incluindo instituições de ensino, trabalhadores, gestores e usuários, conformando o “quadrilátero da formação”^{7,11,26,27,29,51}.

A articulação do quadrilátero do SUS (ensino – serviço – gestão – controle social) ganha relevância porque a formação na área da saúde deve considerar para além das exigências do mercado de trabalho, que demanda, cada vez mais, trabalhadores treinados para a produção do capital; é preciso interagir com os diversos atores que tem imbricação nos serviços de saúde, pois essa interação é determinante da qualidade da resposta assistencial¹⁰¹.

O envolvimento de todos esses atores produz conhecimento enriquecido, proveniente do compartilhamento de experiências, particularidades e subjetivações, que resulta em novos arranjos e resolutividade dos problemas de saúde²⁹.

Nessa concepção, a EPS dá voz aos sujeitos envolvidos, tornando-os protagonistas do processo de educação, e a gestão toma seu lugar enquanto articulador de estratégias e parcerias educacionais que visem à produção de ações de saúde pautadas na realidade e nas necessidades locais⁷. O cotidiano do trabalho se configura, então, como fonte de conhecimento, que subsidia a reflexão e crítica sobre as práticas de saúde^{10,13,25}.

Apesar da maior parte dos artigos apontar para a EPS como uma prática mais abrangente e transformadora, alguns estudos exploratórios indicam que muitos profissionais de saúde ainda não sabem diferir os conceitos de educação continuada, capacitação e educação permanente. Tal fato está relacionado com a manutenção de um processo formativo, em muitos municípios, que foca a capacitação e os treinamentos pontuais. Nessa perspectiva, os conceitos são tratados como sinônimos, e relaciona-se a

EPS, portanto, como estratégia que tem por base o desenvolvimento de capacitações, cursos e treinamentos pontuais e fragmentados^{25,34,37,66}.

Nessa lógica, privilegia-se à aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências individuais dos trabalhadores, obstando o desenvolvimento de práticas integrais, interdisciplinares e multiprofissionais^{22,56,66}.

A Educação Permanente nos serviços de saúde

A PNEPS explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, considerando a rede de saúde como uma estrutura que pressupõe a integralidade das ações e da atenção em saúde, rompendo com a lógica verticalizada de atenção. Nesse sentido, trabalha-se uma proposta de articulação regionalizada, de todos os níveis de atenção, englobando, assim, os serviços básicos, ambulatoriais e especializados⁵⁵.

A EPS deve, então, ser implementada nos diversos serviços de saúde disponíveis. Os estudos selecionados apontam experiências em diversos serviços de saúde, mas o destaque é a Atenção Básica^{9,10,13-16,31,34,50}, que, em sua lógica estruturante do SUS, conseguiria incorporar, de maneira mais fiel, as propostas governamentais inovadoras e consoantes à realidade local.

A educação permanente e os desafios impostos para a Atenção Básica, especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), para a realização de novas práticas que reorientem o quadro sanitário nacional, convergem com a edificação de métodos e práticas democratizantes e inovadoras de gestão do trabalho no SUS³⁴.

A EPS, na Atenção Básica, contribui para aprimorar o processo de análise da realidade social e subsidiar a tomada de decisão, bem como aumentar a resolubilidade, e qualificar os processos de longitudinalidade do cuidado, promover a humanização da assistência, e a competência pedagógica e cultural coletiva³⁴.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde, ainda antes da institucionalização da PNEPS, mas com base nos pressupostos da EPS, instituiu os Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família (Polos-SF), arquitetando-os como espaços de articulação intersetorial voltados para o desenvolvimento de RHS da saúde da família, por meio de convênios entre as secretarias de saúde e instituições de ensino^{47,102}.

Experiências no âmbito hospitalar também têm despontado como promissoras e promotoras de práticas alicerçadas na EPS^{39,44}, embora demonstrem enfrentar maiores dificuldades de se romper com a lógica fragmentada das ações de saúde e, por conseguinte, das ações pedagógicas, as quais ainda se focam basicamente no aprimoramento técnico que não contemplam as necessidade da população e não conduzem, portanto, à discussão multiprofissional dialógica das práticas de saúde^{87,90}.

Para a efetiva implementação da EPS no âmbito dos diversos serviços, se faz necessário considerar as necessidades, complexidades, práticas laborais e problemas cotidianos de cada unidade de saúde. Só assim, é possível encontrar meios de articular os diferentes níveis de atenção que estruturam a rede de atenção integral à saúde³⁹.

O estabelecimento de uma proposta de EPS colaborativa resultaria em profissionais mais qualificados, apoio à tomada de decisão, e melhor fluxo do sistema de referência e contrarreferência, promovendo consequências benéficas à qualidade assistencial, em todos os níveis⁴⁴.

Metodologias de aprendizagem

Como metodologia de aprendizagem, a educação permanente preconiza a organização de estratégias de educação embasadas nas questões emanadas da realidade do trabalho dos atores envolvidos⁷. Ela se alicerça na proposta de educação problematizadora de Paulo Freire, a qual parte de experiências e vivências reais de quem educa e de quem é educado, numa lógica dialógica, compartilhada e horizontal^{29,35,36,51}.

Com base nessa metodologia, propõe-se o Método do Arco, desenho gráfico baseado no Arco de Manguerez que retrata a realidade numa escala de cinco etapas: observação da realidade social; identificação dos pontos-chave a serem estudados; teorização, que consiste na análise aprofundada dos pontos-chave; hipóteses de solução e; aplicação à realidade (prática). Nessa concepção, é na realidade que se encontram os problemas e é também nela que devem ser aplicadas as possibilidades de solução¹⁰³. É uma alternativa que desperta a busca pela compreensão de fenômenos sociais que têm implicação na produção do trabalho com a finalidade de intervir na realidade e mudá-la.

A ideia central é refletir sobre os problemas postos, com base nas experiências vividas e partilhadas e ensejar a ação sobre as práticas estabelecidas¹⁰⁴.

Nessa propositura tem se destacado as metodologias ativas de aprendizagem cujo conteúdo se relacione com a realidade e às experiências dos envolvidos no processo de ensino. Propõe-se o desenvolvimento e utilização de técnicas pedagógicas que considerem o contexto sociocultural, promova a cidadania e autonomia dos envolvidos para que se tornem protagonistas na busca e construção de novos saberes e transformação das práticas⁷⁸.

Como estratégias para desenvolvimento da EPS na proposta da problematização, citam-se os treinamentos baseados em discussões problematizadoras com foco nas demandas do território e dos profissionais do serviço de saúde; reuniões de equipe que permitem o compartilhamento de informações, discussão de casos clínicos e tomada de decisão coletiva para cada caso, pois constituem-se como espaços de troca, negociação e busca de consensos^{13,14}; rodas de conversa; exposições dialogadas; estudos dirigidos em grupos; relatos de experiência e narrativas; e atividades com uso de mapa conceitual^{36,78}.

A autoinstrução, que se baseia no binômio estudo-trabalho, também se configura como proposta metodológica utilizada na EPS³¹. Trata-se de uma proposta que dispensa a figura do professor, instigando a autoaprendizagem por meio de materiais pedagógicos disponibilizados e a troca de experiências e saberes entre os profissionais.

Essa linha metodológica é, em grande medida, utilizada como uma das possibilidades da educação a distância (EaD), por meio de tecnologias e informação e comunicação (TIC), que conectam unidades básicas de saúde a centros de referência,

possibilitando a capacitação pela internet dos profissionais e gestores, evitando deslocamentos desnecessários e oferecendo apoio à tomada de decisões^{11,12,31,60}.

A EaD proporciona, no médio e longo prazo, a igualdade de oportunidades, através do acesso de grandes massas à educação, constituindo-se uma ferramenta importante para a qualificação profissional já que possibilita a formação mesmo que se esteja distante dos grandes centros formadores do país^{46,65}.

A utilização de TIC na saúde encontra incentivo numa resolução da Organização Mundial de Saúde (OMS), que oportuniza seus Estados-membros a formularem uma política de ensino pautada na EPS, orientada para a transformação das práticas de saúde vigentes¹¹. Elas facilitam a disseminação da informação e do desenvolvimento profissional, num processo dialógico de aprendizagem entre os profissionais da saúde, docentes, pesquisadores e população.

Por meio das TIC, inúmeras possibilidades se apresentam: realização de cursos de especialização; discussão on-line por meio de fóruns, troca de experiências³⁶.

Nessa esteira, tem-se o Programa Telessaúde Brasil Redes, instituído pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Ciência e Tecnologia, visando, fundamentalmente, a capacitação e a educação permanente de trabalhadores da atenção básica^{50,62}.

A implementação do programa data de 2007, com projeto piloto que envolveu nove Núcleos de Telessaúde estabelecidos em universidades públicas e conectados entre si, cuja meta era qualificar profissionais da ESF em todo o território nacional¹⁰⁵.

As atividades de telessaúde são de apoio e se sustentam na perspectiva da educação permanente, almejando a ampliação da autonomia e da capacidade resolutiva de quem as solicita, já que se baseiam nas melhores evidências científicas disponíveis, adaptadas para as realidades locais e seguindo os princípios do SUS⁴⁸.

Outro exemplo é a Rede Universitária de Telemedicina (RUTE), iniciativa do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI), coordenada pela Rede Nacional de Educação e Pesquisa (RNP), e integrada ao Programa Telessaúde Brasil Redes. Trata-se de um programa de indução para a adoção de TIC de ponta, com o objetivo de melhorar as condições de comunicação na área da saúde. A RUTE integra todos os hospitais públicos universitários e de ensino e cria núcleos formais de Telemedicina, subsidiando a realização de web e videoconferências, e processos de educação permanente a distância⁴⁴.

O Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) também se estrutura por meio das TIC e representa uma iniciativa para a educação permanente de profissionais de saúde que atuam no SUS. Foi criada pelo Ministério da Saúde, por meio do Decreto nº 7.385, de 08 de dezembro de 2010¹⁰⁶, e é composto por três elementos: instituições de ensino superior; o Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES), que disponibiliza recursos educacionais desenvolvidos para o ensino-aprendizagem, tais como vídeos, imagens e textos e; a Plataforma Arouca, Sistema de Informação dos Profissionais de Saúde do Brasil.

A UNA-SUS disponibiliza cursos gratuitos de pós-graduação e de extensão universitária com enfoque prático e dinâmico, cuja proposta didático-pedagógica adota

metodologias de aprendizagem ativa, em especial os casos clínicos comuns, na modalidade de educação a distância, visando à resolução de problemas presentes no cotidiano do trabalho no SUS^{107,108}.

É preciso ressaltar que as diferentes propostas metodológicas não se anulam entre si, pelo contrário, são complementares e estimulam os atores envolvidos no processo de EPS a buscar diferentes formas de conhecimento alinhadas às necessidades pessoais, do serviço e da população que atende.

Preconiza-se, então, a utilização de metodologias dinâmicas, ativas e de fluxo contínuo de conhecimento, que se distancia da lógica tradicional de educação de transmissão de saberes^{25,31,33}.

Experiências de implementação da PNEPS: estratégias, desafios e contribuições

A implementação da PNEPS pressupõe de antemão o diagnóstico e análise situacional que permita o levantamento das necessidades locais no que se refere à estruturação e organização dos processos de gestão e, por conseguinte, o planejamento e programação de estratégias rotineiras baseadas na realidade²⁵.

Experiências apontam para a adoção de estratégias de diversos cunhos, por meio das quais foi possível favorecer a implantação da política na rede de saúde.

A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, após identificar os principais problemas relativos às práticas educativas, alterou a própria estrutura organizativa com a criação da Coordenação de Integração da Educação e Trabalho na Saúde, por meio da qual diversas

estratégias foram desenhadas a fim de favorecer os processos pedagógicos na lógica da EPS. Entre elas: levantamento da capacidade pedagógica das unidades da rede estadual para a realização de práticas e estágios; incentivo aos processos de mudanças na graduação das IES, em consonância com os princípios do SUS, através do estabelecimento de cooperações técnico-financeiras e da formulação e implementação dos projetos aprovados no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde); implementação de projetos de pesquisa; realização de aulas públicas sobre o SUS; elaboração de material político-pedagógico; realização de reuniões/oficinas com os setores de recursos humanos e educação permanente das unidades da rede entre outras⁸.

Numa perspectiva locorregional, podem ser citadas algumas experiências de propostas alicerçadas na EPS, como o Programa de Formação em Gestão Regionalizada, desenvolvido pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia em parceria com a Escola Estadual de Saúde Pública (EESP) e a Escola de Formação Técnica em Saúde (EFTS). No contexto desse programa foram propostos: Curso de Especialização em Gestão Regionalizada do Sistema Único de Saúde, para profissionais graduados; Curso de Especialização Técnica em Gestão Regionalizada do Sistema Único de Saúde, para profissionais com ensino médio; e, no sentido de formar tutores de aprendizagem para os dois cursos enunciados, foi criado o Curso de Especialização em Processos Educativos na Gestão Regionalizada do Sistema Único de Saúde²⁴.

No Haiti foram criados espaços de Educação e Informação em Saúde (EEIS) que se estruturam como espaços físicos equipados, com funcionalidade definida, e

organizados por processos de trabalho interdisciplinares e multiprofissionais. As EEIS foram implantadas em um projeto de cooperação tripartite entre Brasil, Cuba e Haiti para o fortalecimento da capacidade institucional do Ministério da Saúde deste último no uso da informação e comunicação em saúde para a vigilância em saúde, educação e pesquisa, cujos objetivos são analisar sistematicamente a situação de saúde do território; planejar e executar pesquisas epidemiológicas; e desenvolver ações de educação permanente em saúde para os profissionais do território⁷.

Embora não se trate de uma experiência brasileira, o referido projeto nasceu apoiando-se nas experiências exitosas do SUS e também do sistema de saúde cubano. Conta com a participação da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que tem auxiliado no desenvolvimento de trabalhadores na lógica da EPS, numa perspectiva que rompe com o modelo pedagógico tradicional alicerçado na transferência passiva de conhecimentos⁷.

Recife e Olinda, no âmbito da atenção à saúde da criança em unidades de saúde da família, instituíram um grupo de educação permanente multiprofissional com realização de reuniões semestrais, no qual são discutidos casos clínicos demandados pelos profissionais, avaliam-se as ações de saúde adotadas, identificam-se as dificuldades e consensuam estratégias de melhorias na execução do trabalho¹⁴.

Outras experiências apontam para a implementação de uma rede de articulação entre as IES (ensino e pesquisa) e as unidades da rede SUS (serviço), possibilitando o estabelecimento de vínculos e pactos para o enfrentamento de problemas comuns^{8,25}; implementação de cursos de especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na

Saúde^{8,24}; e realização de reuniões/oficinas regionais para discussão conceitual e tendências sobre a educação permanente^{26,28}.

A formação de tutores e facilitadores de EPS foi referida por diversos estudos como uma das estratégias mais importantes para implementação e manutenção da PNEPS, já que os programas pedagógicos demandam profissionais capacitados a atuarem como mediadores dos processos de ensino-aprendizagem^{15,24,25,39,46,49,94}.

Considerando a EPS como ferramenta que se estrutura com base no quadrilátero da formação, torna-se imprescindível o fortalecimento dos conselhos de saúde. Nessa seara, iniciativas de aprimoramento dos conselheiros e agentes sociais na gestão, por meio da capacitação participativa e problematizadora, pode desencadear processos de gestão mais participativos, inclusivos e democráticos e, por consequência, viabilizar a atuação do controle social como preconizados pelas Leis Orgânicas do SUS^{28,32}.

A avaliação, monitoramento e feedback aos profissionais com relação aos processos pedagógicos porque passam e a ações de saúde que desenvolvem também se constitui como estratégia indispensável à construção de um compromisso institucional de cooperação para a mudança das práticas^{25,26,35}. Devem ser desenvolvidas de forma sistemática já que proporcionam o aperfeiçoamento das ações, reorientando as iniciativas. Têm importância na análise dos resultados alcançados e nos limites e dificuldades para se alcançá-los⁵⁵.

Muitos desafios ainda precisam ser superados para que se concebam os projetos de EPS e se consolide a política nacional. As dificuldades ainda presentes referem-se

especialmente à necessidade de aperfeiçoamento dos processos administrativos e marcos legais de estados e municípios que possam viabilizar a contratação e execução das ações de educação permanente²⁵. Nessa seara, inserem-se os critérios de distribuição de recursos financeiros para implementação e acompanhamento de projetos²⁹.

Por se tratar de uma política relativamente recente e com resultados de longo prazo, muitos serviços optam pela tradicional educação cotidiana com ações de educação específicas e pontuais, cujo foco se dá em treinamentos de temas de relevância em um dado momento^{8,25}.

Ademais, outros desafios que se impõem à adoção de estratégias de educação alicerçadas em metodologias problematizadoras e participantes se oriundam de um modelo de formação profissional de lógica biomédica e especializada, que não favorece a adesão de profissionais e de gestores a processos de educação permanente^{10,25,29,34,49}. Em alguns locais ainda predominam atividades de educação para uma categoria ou especialidade específica, que promove a manutenção da fragmentação das ações de saúde e distancia o processo de trabalho da lógica inter e multidisciplinar^{13,26}.

Em se tratando da utilização da EaD para universalização da EPS, requerem-se conhecimentos básicos de informática para acesso às ferramentas/tecnologias disponíveis e tempo para desenvolver as atividades dos cursos, o que têm se configurado como dificuldades para os atores que possuem pouca intimidade com as tecnologias^{31,109}.

Outros fatores identificados que dificultam a implementação e gerenciamento da EPS, são:

- a gestão do serviço que ainda privilegia a produção (metas) em detrimento da qualidade das ações de saúde, revelando pouco interesse em estimular profissionais a participar ou desenvolver algum projeto de educação permanente²⁶;
- a incipiência do controle social e participação popular, que dificulta o funcionamento de espaços de diálogo entre os usuários e a rede de serviços³²;
- precária infraestrutura para adoção de estratégias mais coletivas de educação: espaço físico, equipamentos, computadores e internet^{10,25};
- preparo incipiente da gestão para reconhecimento da importância da política e para utilização de equipamentos destinados a processos de educação permanente;
- sobrecarga de trabalho do gestor e dos trabalhadores, em razão das metas que precisam alcançar, da demanda de atendimento e da falta de recursos humanos, que acabam por dificultar o planejamento de atividades educativas^{30,45};
- dificuldade no estabelecimento de parcerias entre a rede de saúde e instituições de saúde; e de definição de planejamento de atividades em razão do embate de forças e de interesses da instituição e serviço;
- rotatividade profissional, que limita a adoção de estratégias coletivas, duradouras e vinculadas aos usuários^{25,26};
- desestruturação dos setores de educação permanente dos serviços⁸;

- baixa capacitação pedagógica de docentes, preceptores, tutores e orientadores dos serviços em relação aos processos de mudanças na graduação e implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais⁸;
- pouca discussão, divulgação e socialização da política^{26,31};
- falta de clareza sobre os objetivos e diretrizes da EPS por parte da gestão e trabalhadores^{26,34};
- não valorização, por parte do estado, das demandas dos municípios nos processos de planejamento²⁶.

Não obstante aos desafios e dificuldades que permeiam os processos de implantação e manutenção da EPS, muitas são as contribuições advindas das experiências em curso.

O processo de educação permanente traz contribuições para a qualificação dos trabalhadores, identificação de possíveis falhas no atendimento, e conscientização das necessidades reais de saúde dos usuários. Por conseguinte, promove reflexão e mudanças nos modos de organização e funcionamento do serviço, estimula e contribui para o trabalho em equipe, aperfeiçoamento, atualização e mudanças na prática, e para melhor integração entre a equipe e a comunidade⁹.

Considerando que a EPS favorece o compartilhamento de informações de saúde e a tomada de decisão, ela contribui também para o fortalecimento da autoestima do trabalhador, minimização do isolamento, ampliação da efetividade e resolutividade das

ações de saúde, com redução dos diagnósticos e prescrições incorretas e da rotatividade profissional^{10,17}.

A EPS se materializa, então, como uma estratégia potencial para promover a gestão participativa, para apropriação das políticas de saúde pública pelos gestores, trabalhadores e usuários e para humanização das relações de trabalho¹¹⁰.

Referências

1. Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
2. 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. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 ago. 2007.
3. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006.
4. Gomes MM. Medicina em evidências: princípios e práticas. Rio de Janeiro: Reichmann& Affonso; 2001.
5. Friedland DJ, GO AS, Davoren JB, Shlipack MG, Bent SW, Subak LL, Mendelson T. Medicina baseada em evidências: uma estrutura para a prática clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
6. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Medicina baseada em evidências: prática e ensino. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.

7. Pêsoa LR, et al. A Educação Permanente e a Cooperação Internacional em Saúde: um olhar sobre a experiência de fortalecimento da Rede Haitiana de Vigilância, Pesquisa e Educação em Saúde, no âmbito do Projeto TRIPARTITE Brasil-Haiti-Cuba. *Divulg. saúde debate*. 2013;(49):165-71.
8. Lemos M, Fontoura MS. A integração da educação e trabalho na saúde e a Política de Educação Permanente em Saúde do SUS-BA. *Rev. baiana saúde pública*. 2009;33(1):113-20.
9. Paulino VCP, et al. Ações de educação permanente no contexto da Estratégia Saúde da Família. *Rev. enferm. UERJ*. 2012 jul/set; 20(3):312-6.
10. d'Ávila LS, et al. Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um Estado da Região Sudeste do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014;19(2):401-416.
11. Silva KCL. Análise do Programa Telessaúde Brasil Redes no estado de Pernambuco no período de 2007 a 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife; 2013.
12. Trindade MAB. (Org.). As tecnologias da informação e comunicação (TIC) no desenvolvimento profissional de trabalhadores do SUS. Instituto de Saúde: São Paulo; 2011.
13. Peduzzi M, et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interface comun. saúde educ*. 2009;13(30):121-34.
14. Feliciano KVO, et al. Avaliação continuada da educação permanente na atenção à criança na estratégia saúde da família. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2008;8(1):45-53.

15. Mendonça FF, et al. Avaliação de tutores e facilitadores sobre o processo de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde no município de Londrina, Paraná. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010;15(5):2593-602.
16. Figueiras ACM, et al. Continuing education on child development for primary health care professionals: a prospective before-and-after study. *Sao Paulo Med J*. 2014; 132(4):211-8.
17. Ribeiro ECO, et al. Continuing medical education: Guide supplement 35.2 – Viewpoint. *Med. teach*. 2010; 32: 172–3.
18. Nicoletto SCS. Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil. *Saúde Soc*. 2013;22(4):1094-105.
19. Murofuse NT, et al. Diagnóstico da situação dos trabalhadores em saúde e o processo de formação no Polo Regional de Educação Permanente em Saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2009;17(3):314-20.
20. Andrade CSGC. Agentes Comunitários de Saúde e os desafios da educação permanente: reflexões sobre a experiência do Programa Telessaúde Brasil - Núcleo Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 2011.
21. Faria MGA. Telessaúde Brasil - núcleo Rio de Janeiro: a educação permanente no trabalho de enfermeiros da atenção básica. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 2010.
22. Ciconet RM, et al. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre-RS. *Interface comun. saúde educ*. 2008;12(26):659-66.
23. Vincent SP. Educação permanente: componente estratégico para a implementação da política nacional de atenção oncológica. *Rev. bras. cancerol*. 2007;53(1):79-85.

24. Ferla AA, et al. Educação permanente e a regionalização do Sistema Estadual de Saúde na Bahia: ensino-aprendizagem e política de saúde como composição de tempo. *Rev. baiana saúde pública*. 2009;33(1):7-21.
25. Ricardi LM, et al. Educação permanente em alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família: encontros e desencontros em municípios brasileiros de grande porte. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015;20(1):209-18.
26. Cunha IS. Educação Permanente em Saúde e Planejamento Estratégico Situacional: o caso da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro; 2009.
27. Paim CC, et al. Educação permanente em saúde em unidade de terapia intensiva: percepção de enfermeiros. *J. res.: fundam. care*. Online. 2015;7(1):2001-10.
28. Alencar HHR. Educação Permanente no Âmbito do Controle Social no SUS: a experiência de Porto Alegre – RS. *Saúde Soc*. 2012;21(supl.1):223-33.
29. Stroschein KA, et al. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. *Trab. Educ. Saúde*. 2011;9(3):505-19.
30. Alves MR, et al. Educação permanente para os agentes comunitários de saúde em um município do norte de Minas Gerais. *J. res.: fundam. care*. Online. 2014; 6(3):882-8.
31. Faria MGA, et al. Enfermagem e educação permanente a distância: o exemplo do Projeto Telessaúde Brasil, Núcleo Rio de Janeiro. *Cogitare Enf*. 2010; 15(4):667-73.
32. Ferreira NF. A Política de Educação Permanente em Saúde para Conselheiros e Agentes Sociais no Estado de Mato Grosso (2004-2006): um estudo sobre seu processo decisório. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro; 2009.

33. Lima JO. Uma estratégia para articulação ensino-serviço no SUS-BA: a rede de integração da educação e trabalho na saúde. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro; 2009.
34. Tesser CD, et al. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. Ciênc. saúde coletiva. 2011;16(11):4295-306.
35. Gomes AA, et al. Experiência da Escola Estadual De Saúde Pública/SESAB em educação permanente na área de saúde da mulher. Rev. baiana saúde pública. Rev. baiana saúde pública. 2009;33(1):51-7.
36. Juzwiak R, et al. A experiência da Oficina Permanente de Educação Alimentar e em Saúde (OPEAS): formação de profissionais para a promoção da alimentação saudável nas escolas. Ciênc. saúde coletiva. 2013; 18(4):1009-18.
37. Gomes MPC, et al. Formação e qualificação: um estudo sobre a dinâmica educativa nas equipes de saúde mental do Rio de Janeiro, Brasil. Interface comun. saúde educ. 2013;14(47):835-45.
38. Santos AP, et al. fortalecimento e estruturação da gestão do trabalho e educação permanente o caso das secretarias municipais de saúde de: Alagoinhas, Itaberaba, Paulo Afonso e Vitória da Conquista no estado da Bahia. Monografia (Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife; 2008.
39. Espiridião MA, et al. Gestão compartilhada da formação de profissionais de saúde: reflexões acerca da experiência do curso de especialização em Gestão hospitalar para o SUS / Bahia. Rev. baiana saúde pública. 2009;33(1):58-67.
40. Cruz GS. Gestão compartilhada do curso de qualificação em gestão regionalizada para o SUS/BA: desafios e possibilidades. Rev. baiana saúde pública. 2009;33(1):67-74.

41. Ferraz F, et al. Gestão de recursos financeiros da educação permanente em saúde: desafio das comissões de integração ensino-serviço. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013;18(6):1683-93.
42. Lima JO, et al. Gestão de redes e educação permanente em saúde: características, limites e perspectivas. *Rev. baiana saúde pública*. 2009;33(1):121-30.
43. Medeiros AC, et al. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. *Rev. bras. enferm.* 2010; 63(1): 38-42.
44. Messina LA, Ribeiro Filho JL. (Org.). Impactos da rede universitária de telemedicina: ações de educação contínua, pesquisa colaborativa e assistência remota: Fase I (2006-2009). Rio de Janeiro: E-papers; 2013.
45. Daniel HB, et al. Implantação de política de educação permanente em saúde no Rio Grande do Sul. *Trab. Educ. Saúde*. 2014;12(3):541-62.
46. Paim MC, et al. Importância da formação de docentes em EAD no processo de educação permanente para trabalhadores do SUS na Bahia. *Rev. baiana saúde pública*. 2009;33(1):94-103.
47. Faria RMB. Institucionalização da Política de Educação Permanente para o Sistema Único de Saúde: Brasil, 1997-2006. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo; 2008.
48. Ministério da Saúde (BR). Manual de telessaúde para atenção básica / atenção primária à saúde. Brasília: Ministerio da Saude; 2013.
49. Mendonça FF, et al. Necessidades e dificuldades de tutores e facilitadores para implementar a política de educação permanente em saúde em um município de grande porte no estado do Paraná, Brasil. *Interface comun. saúde educ*. 2011;15(38):871-82.
50. Faria MGA, et al. O perfil de enfermeiros fluminenses da ESF segundo um programa de educação permanente à distância. *Rev. enferm. UERJ*. 2012; 20(esp1):591-5.

51. Freitas MW. O modo de pensar Educação Permanente em Saúde em uma região da cidade de São Paulo. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo; 2011.
52. Amestoy SC, et al. Paralelo entre educação permanente em saúde e administração complexa. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010;31(2):383-7.
53. Ministério da Saúde (BR). Plano Anual de Capacitação: PAC 2009: programa de educação permanente do Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
54. Ramos AS, et al. Política de gestão do trabalho e educação permanente na Bahia: o SUS é uma escola. *Rev. baiana saúde pública.* 2009; 33(1):40-50.
55. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
56. Nicoletto SCS, et al. Polos de Educação Permanente em Saúde: uma análise da vivência dos atores sociais no norte do Paraná. *Interface comun. saúde educ.* 2009;13(20):209-19.
57. Pagani R, et al. Preceptoria de Território, Novas Práticas e Saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo do caso de Sobral, CE. *Saúde Soc.* 2012;21(supl1):94-106.
58. Paim MC, et al. Projeto EAD SUS/BA: incorporação do ensino a distância aos processos de educação permanente para profissionais do Sistema Único de Saúde do Estado da Bahia. *Rev. baiana saúde pública.* 2009; 33(1):104-12.
59. Cavalcanti YW, et al. Qualificação de processos de gestão e atenção no município de Caaporã, PB: relatos de tutoria de educação permanente em saúde. *Saúde debate.* 2014;38(100):170-80.
60. Rangel-S ML, et al. Redes de aprendizagem colaborativa: contribuição da Educação a Distância no processo de qualificação de gestores do Sistema Único de Saúde – SUS. *Interface comun. saúde educ.* 2012;16(41):545-55.

61. Alves VS, et al. Sistemas de educação a distância: subsídios para a construção do modelo de gestão desta modalidade de ensino no contexto da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. *Rev. baiana saúde pública*. 2009; 33(1):86-93.
62. Prado C, et al. Teleamamentação no Programa Nacional de Telessaúde no Brasil: a experiência da Telenfermagem. *RevEscEnferm USP*. 2013; 47(4):990-6.
63. Faria MGA. Interação em processos de construção partilhada do conhecimento: uma experiência de educação a distância com enfermeiros da saúde da família. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 2015.
64. Almeida MM, et al. O uso de tecnologias da informação e comunicação em áreas rurais é suficiente para a educação continuada? *J Bras Tele*. 2014;3(1):211-219.
65. Novaes MM, et al. Tele-educação para educação continuada das equipes de saúde da família em saúde mental: a experiência de Pernambuco, Brasil. *Interface comun. saúde educ*. 2012;16(43):1095-106.
66. Miccas FL, et al. Educação permanente em saúde: metassíntese. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(1):170-85.
67. Lemos CLS. A concepção de educação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás. Goiás; 2010.
68. Arrieche TA. A construção de um espaço para educação permanente em saúde: refletindo e problematizando a assistência de enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande; 2010.
69. Capra MLP. A educação permanente em saúde como dispositivo de gestão setorial e de produção de trabalho vivo em saúde. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre; 2011.

70. Barbosa AAA. A educação permanente em saúde sob a ótica de cirurgiões-dentistas. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal; 2009.
71. Barreto CMG. A política nacional de educação permanente em saúde e suas concepções de trabalho e educação. Dissertação (Mestrado em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro; 2010.
72. Silva JAM. Análise das atividades educativas de trabalhadores da saúde na atenção básica: concepções de educação no trabalho, levantamento de necessidades, público participante e resultados esperados. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo; 2009.
73. Montanha D. Análise das atividades educativas de trabalhadores de enfermagem em um hospital de ensino: público participante, levantamento de necessidades e resultados esperados. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo; 2008.
74. Moraes KG. Análise do processo de implementação da política de educação permanente em saúde no distrito federal. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Distrito Federal; 2012.
75. Pavani MCM. As políticas de capacitação do Ministério da Saúde para o trabalho na atenção básica em saúde no período de 2003 a 2010: apontamentos sobre a Política Nacional de Atenção Básica e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Dissertação (Mestrado em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro; 2012.
76. Franco KS. Associações de mulheres em entidades religiosas: local favorável para educação permanente em saúde. Dissertação (Mestrado em Teologia) - Escola Superior de Teologia. São Leopoldo; 2012

77. Messias M. Construção coletiva de programas educativos: potencialidade para consecução da educação permanente em saúde. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo; 2015.
78. Daussy MFS. Contribuições da prática reflexiva às estratégias de educação permanente em saúde nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis; 2014.
79. Cavalcanti FOL. Democracia no SUS e na reforma sanitária é possível? Um debate a partir da experiência da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (janeiro de 2003 a julho de 2005). Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 2010.
80. Tocchio AB. Educação permanente de profissionais de enfermagem da atenção básica à saúde a partir de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo; 2013.
81. Pedotti CFC. Educação permanente e gestão acadêmica no ensino superior em saúde. Tese (Doutorado em Ensino em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de São Paulo. São Paulo; 2012.
82. Ricardi LM. Educação permanente em alimentação e nutrição na estratégia saúde da família: um olhar sobre municípios brasileiros de grande porte. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília; 2013.
83. Placideli N. Educação permanente em gerontologia para agentes comunitários de saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Botucatu; 2013.
84. Smaha IN. Educação Permanente em Saúde: caminho em construção na 20ª Regional de Saúde-Paraná. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Estadual de Londrina. Londrina; 2011.

85. Barth PO. Educação permanente em saúde: concepções e práticas em centros de saúde de Florianópolis/SC. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis; 2012.
86. Pozzo MJD. Educação Permanente em Saúde: estratégia para implantar protocolos de segurança do paciente em um hospital público. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Porto Alegre; 2014.
87. Rangel AGC. Educação permanente em saúde: implantação e implementação das práticas em uma organização hospitalar. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador; 2014.
88. Schott M. Educação permanente em saúde: implementação da política no estado de São Paulo. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas. Campinas; 2013.
89. Gigante RL. Educação Permanente em Saúde para gestores: qualificação do cuidado e gestão democrática. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas; 2014.
90. Silva UG. Educação Permanente em Saúde: práticas humanizadas no centro obstétrico de um hospital universitário. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Porto Alegre; 2013.
91. Fratucci MVB. Ensino a distância como estratégia de educação permanente em saúde: impacto da capacitação da equipe de Estratégia de Saúde da Família na organização dos serviços. Tese (Doutorado em Ciências Odontológicas) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo. São Paulo; 2015.
92. Formeton IF. Educação Permanente em Saúde: representações sociais de enfermeiros da saúde da família. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos; 2013.

93. Zinn GR. Educação Permanente em Saúde: de diretriz política a uma prática possível. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo; 2015.
94. Mendonça FF. Formação de facilitadores de educação permanente em saúde: percepções de tutores e facilitadores. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina. Londrina; 2008.
95. Tognoli SH. Medida indireta da pressão arterial: avaliação de programa de educação permanente oferecido em dispositivo móvel. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto; 2012.
96. Brasileiro PGL. O que pode a Educação Permanente em Saúde. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre; 2014.
97. Machado RA. Percepção dos gerentes sobre educação permanente em saúde e sua prática. Dissertação (Mestrado em Gestão de Serviços da Saúde) – Universidade Estadual de Londrina. Londrina; 2011.
98. Domingues MP. Pesquisa-ação e práticas educativas do enfermeiro psiquiátrico: incentivo à educação permanente em serviço. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto; 2009.
99. Alves JCR. Política Nacional de Educação Permanente no SUS: estudo da implementação sob a perspectiva dos gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 2007.
100. Bravin FP. Política e ação pública: análise da política nacional de educação permanente em saúde. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília. Brasília; 2008.

101. Ceccim RB, Feuerwerker L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004;14(1):41-65.
102. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pólo de Capacitação - os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família. Informe da Atenção Básica, ano II, jun 2001.
103. Prado ML et al. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. *Esc. Anna Nery*. 2012;16(1):172-77.
104. Borille DC, et al. A aplicação do método do arco da problematização na coleta de dados em pesquisa de enfermagem: relato de experiência. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2012 Jan-Mar; 21(1): 209-16.
105. Ministério da Saúde. Telessaúde Brasil Redes[Internet]. História do Telessaúde. Disponível em: <http://www.telessaudebrasil.org.br/>
106. Brasil. Ministério da Casa Civil. Decreto nº 7.385, de 08 de dezembro de 2010. Institui o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde - UNA-SUS, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 09 dez. 2010; Seção 1, p. 1.
107. Ministério da Saúde. Universidade Aberta do SUS – UNA-SUS [Internet]. Disponível em: <http://www.unasus.gov.br/>
108. Machado JFFP, et al. Educação Permanente no cotidiano da Atenção Básica no Mato Grosso do Sul. *Saúde debate*. 2015;39(104):102-113.
109. Oliveira MAN. Educação à Distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. *Rev. bras. enferm*. 2007;60(5):585-89.
110. Cardoso IM. "Rodas de educação permanente" na atenção básica de saúde: analisando contribuições. *Saude soc*. 2012;21(1):18-28.

Pesquisa documental

O planejamento das ações de EP e o arcabouço normativo

Para alcançar o objetivo de identificar as ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) desenvolvidas nas SES, no cumprimento da etapa 2 da presente pesquisa, elegeu-se como estratégia metodológica a **pesquisa documental** que incluiu as fases de levantamento dos documentos disponíveis e da análise dos Planos Estaduais de Saúde (PES) e dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG), assim como o arcabouço legal, por meio das portarias, decretos entre outros.

Nos últimos anos, vem ocorrendo a propagação de diversos documentos oficiais, normativos ou não, relativos à EPS, que são 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.

A escolha pela pesquisa documental foi baseada no fato de constituir numa técnica importante para análise de documentos. A pesquisa documental se aproxima muito da pesquisa bibliográfica, mas sua principal diferença está em que a pesquisa documental recorre a materiais que ainda não receberam tratamento analítico, e a pesquisa bibliográfica remete para importantes contribuições de diferentes autores sobre o tema (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

As fontes documentais são numerosas e diversificadas, já que qualquer elemento portador de dados pode ser um documento. Classicamente os documentos são escritos,

porém, as fontes documentais cada vez mais vêm se ampliando e passam a incluir: fotografias, filmes, gravações sonoras, *Compact Disc Read-Only Memory* (CD-ROM), *Digital Versatile Disc* (DVD), cartas, grafite, entre outros (GIL, 2010, p. 65-69).

Para a pesquisa, elegeu-se documentos oficiais da gestão estadual, todos de acesso livre, disponibilizados pelas Secretarias de Estado da Saúde (SES), em ambientes virtuais institucionais, das 27 Unidades Federativas (UF), sendo 26 Estados e um Distrito Federal, e no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS)⁷.

Os documentos selecionados para a pesquisa foram os Planos Estaduais de Saúde (PES) de 2008-2011 e 2012-2015 e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) das 27 UFs de 2008 a 2013. Os referidos documentos estavam disponíveis *on line* nos sítios do SARGSUS e das Secretarias Estaduais de Saúde das respectivas regiões do país, do de 2008 a 2013. Cabe ressaltar que inicialmente o documento eleito para a pesquisa documental foi o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), por compreender como uma proposta de orientação das ações de educação permanente e educação profissional no âmbito do SUS nas diferentes UFs, alinhadas com as

⁷O SARGSUS é uma ferramenta eletrônica desenvolvida pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde em conjunto com o DATASUS, com o objetivo principal de fornecer aos gestores do SUS uma ferramenta informatizada, para facilitar a elaboração e envio do Relatório Gestão ao Conselho de Saúde, bem como dar publicidade às informações contidas e decorrentes desses mesmos relatórios de gestão. Além do mais, fornecer aos gestores da Saúde uma ferramenta de trabalho facilitadora para a construção do Relatório de Gestão, oferecendo uma plataforma atrativa e interativa; possibilitar aos gestores o cumprimento dos prazos legais de aprovação dos Relatórios de Gestão nos respectivos Conselhos de Saúde; construir uma base de dados para a armazenagem e disponibilização de informações estratégicas, necessárias à construção do Relatório Anual de Gestão, pelas Secretarias de Saúde; facilitar o monitoramento da apreciação do Relatório de Gestão e disponibilizar ao acesso público as informações decorrentes da elaboração do Relatório de Gestão do SUS. Está disponível na internet no endereço www.saude.gov.br/Sargsus. O SARGSUS foi desenvolvido para funcionar em tecnologia *WebService*, portanto suportável em qualquer navegador, a exemplo do Internet Explorer, Mozilla Firefox ou outro similar. Seu acesso é dividido em área de uso restrito (técnicos dos entes federados e os representantes dos Conselhos de Saúde cadastrados) e de uso público (BRASIL, 2014).

necessidades de formação e qualificação profissional exigidas para a atenção das necessidades de saúde da população. Entretanto, na busca *on line* nos sites das SES, observou-se a não publicização dos mesmos na maioria das UFs.

A pesquisa documental ocorreu entre os meses de setembro e dezembro de 2014. A análise e interpretação dos dados serão quantificados e relacionados entre si por meio de quadros com a utilização de métodos de análise estatística.

E, também, na avaliação documental alguns aspectos devem ser considerados. Primeiramente o contexto histórico, a conjuntura socioeconômica-cultural e política que favoreceu a produção de um determinado documento. Outro aspecto é o autor (ou autores), o que facilita a interpretação que é dada a alguns fatos e as possíveis deformações. Assim como a autenticidade e a confiabilidade do texto, sendo importante verificar a procedência do documento e o tempo que decorreu entre o acontecimento e a sua descrição. Além disso, conhecer a natureza do texto, pois a estrutura de um texto pode variar muito conforme o contexto em que é redigido. Por fim, os conceitos-chave e a lógica interna do texto requerem uma atenção sobre a presença das palavras e conceitos que estavam expressos nos documentos e avaliação do sentido empregado. Assim como a lógica interna adotada no texto, principalmente as principais partes da argumentação (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

Documentos selecionados (Plano Estadual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão)

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, explicitando os compromissos do governo para o setor saúde e refletindo, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias. A elaboração do PES é orientada pelas necessidades de saúde da população, considerando: (1) análise situacional, orientada, dentre outros, pelos seguintes temas contidos no Mapa da Saúde: estrutura do sistema de saúde, redes de atenção à saúde, condições socio sanitárias, fluxos de acesso, recursos financeiros, gestão do trabalho e da educação na saúde e ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão; (2) definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores e (3) o processo de monitoramento e avaliação. Os PES devem ainda explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de repasse de recursos aos Municípios, pactuada pelos gestores estaduais e municipais nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho estadual de Saúde (BRASIL, 2013).

O Relatório Anual de Gestão (RAG) é um instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (PAS) e orienta eventuais redirecionamentos que se

fizerem necessários no PES. O RAG contempla os seguintes itens: (1) as diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde; (2) as metas da PAS previstas e executadas; (3) a análise da execução orçamentária; e (4) as recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde. Os RAGs são enviados aos respectivos Conselhos de Saúde até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo aos Conselhos emitirem pareceres conclusivos, por meio do SARGSUS (BRASIL, 2013).

É importante contextualizar o cenários em que os Planos Estaduais de Saúde nos períodos de 2008-2011 e 2012-2015 e dos Relatórios Anuais de Gestão no período de 2008 a 2013 das 27 Unidades Federativas (UF) foram elaborados e publicizados. O período de 2008 até 2013 atravessaram dois períodos de governos diferentes tanto na esfera federal quanto na estadual, e consequentemente o impacto nas Políticas de Saúde.

Na esfera federal, o período de 2008-2011 está inserido do segundo mandato do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2007-2010) e o primeiro mandato da presidenta Dilma Rousseff (2011-2014), embora do mesmo partido político, mas com conduções diferenciadas das Políticas de Saúde além dos impactos econômicos que afetaram essas políticas. Com diferentes Ministros da Saúde e gestores da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Na esfera estadual o cenário não foi diferente, inclusive para algumas UFs ocorreram profundas modificações na condução das Políticas de Saúde dos estados e,

por conseguinte, com reflexos nas ações de EPS, fato este muito característico de um país federativo como o Brasil.

Estratégias da Análise Documental (Plano Estadual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão)

O Grupo de Pesquisa se reuniu nos dias 05 e 06 de dezembro de 2014, e os pesquisadores apresentaram as informações parciais. Após avaliação conjunta, foram definidos os elementos que orientaram a padronização das análises das equipes descentralizadas, conforme a região do país. Após coleta, cada pesquisador encarregou-se de fazer a pré-análise dos documentos de uma ou mais UFs, identificando as ações de Educação Permanente e/ou formação, a partir da orientação da coordenação do projeto.

O trabalho resultou em dois agrupamentos de classificações, uma por área e a outra por tipo de ação. No que se refere às **áreas**, foram organizadas em quatro grandes, denominadas de: **Vigilância em Saúde, Atenção à Saúde, Gestão do Trabalho e Educação da Saúde (GTES) e Gestão do SUS**. No tocante aos **tipos de ação**, foram identificados a partir dos descritores, transformando-se na seguinte classificação: **Capacitação** (Cursos de capacitação, atualização, aperfeiçoamento, de curta duração); **Eventos** (Ações/atividades pontuais realizadas pelas SES, do tipo: Seminários, Congressos, Oficinas, Encontros, entre outros); **Pesquisa** (Ações/atividades de pesquisa técnica-científicas, de monitoramento ou avaliação); **Estruturação** (Ações referentes a

implantação e estruturação da Política de Educação Permanente) e os **Cursos** (Todas as ações/atividades formativas: de pós-graduação (Residência, Mestrado e Especialização) e curso Técnico Profissionalizante).

O Quadro 8 diz respeito às classificações por tipo de ações realizadas segundo os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) encontrados pelos pesquisadores. Pode-se observar que, na região Nordeste, estava disponível o conjunto de informações com todos os tipos de ações classificadas pelo grupo de pesquisa. Nas regiões Sudeste e Sul, não estavam disponibilizadas as informações relativas ao Técnico Profissionalizante. A mesma situação foi identificada nas regiões Centro-Oeste e Norte, em que também não estavam disponibilizadas as informações relativas as ações de Pesquisa, Estruturação e Técnico Profissionalizante. Essas classificações foram aplicadas para a coleta dos dados nos Planos Estadual de Saúde e nos Relatórios Anuais de Gestão. É importante ressaltar que, apesar de terem sido utilizados os mesmos descritores para análise dos documentos, PES e RAG são documentos distintos e com diferentes especificidades, no que diz respeito à finalidade e composição.

Quadro 8: Tipos de ações realizadas segundo Relatórios Anuais de Gestão (RAG), por regiões. Brasil, 2008-2013.

Região Nordeste	Regiões (Sudeste e Sul)	Regiões (Centro-Oeste e Norte)
Capacitação	Capacitação	Capacitação
Eventos	Eventos	Eventos
Pesquisa	Pesquisa	...
Estruturação	Estruturação	...
Técnico Profissionalizante	...	...
Residência	Residência	Residência
Mestrado	Mestrado	Mestrado
Especialização	Especialização	Especialização

Legenda: (...) Dado não disponível.

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Síntese das interfaces da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde com a legislação

No Quadro 9, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde está ancorada por um conjunto de legislações que, de forma direta ou indireta, expressam as diretrizes que envolvem a PNEPS. Na trajetória da PNEPS até 2003, observaram-se ações muito importantes, mas não num contexto de uma diretriz política específica. Porém, a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)/Ministério da Saúde, pode-se observar que, no arcabouço legal do conjunto de legislações, tornam-se mais evidentes as diretrizes relacionadas com a PNEPS. Atualmente é uma linha de atuação do Departamento da Gestão da Saúde (DEGES)/SGTES e envolve um conjunto de ações voltadas à formação e ao desenvolvimento dos trabalhadores do SUS, de nível técnico e superior. Para tal, fazem

parte o seguinte conjunto de iniciativas: a própria Política Nacional de Educação Permanente; o InovaSUS - Gestão da Educação na Saúde; o Telessaúde; a Comunidade de Práticas; o Portal Saúde Baseado em Evidências e a Universidade Aberta do SUS. Ressalta-se o fato de que a EPS tornou-se a estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde e tem como objeto a transformação do processo de trabalho, orientado para a melhoria da qualidade dos serviços e para equidade no cuidado e no acesso aos serviços. É um processo cada vez mais coletivo e desafiador das realidades. A EPS traz no seu delineamento quebras na cultura de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS. Essas culturas foram formadas, dentre outras coisas, por pessoas, crenças e valores e que podem contrapor as tentativas de mudanças e a intensidade dos impactos dependerá de como o processo de implantação/implementação da PNEPS ocorre em cada local, além da interferência dos governos. No período de 2003 a 2011, notaram-se muitas transformações expressas nas legislações. Se por um lado estimulavam a implementação das ações, por outro, num período curto com muitas mudanças, podem ter interferido nos processos de trabalho de implementação da PNEPS, expressando uma morosidade ou inviabilidade na execução das ações/atividades nas UFs.

Quadro 9:Síntese das interfaces da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde com a legislação. Brasil, 2015.

Ano	Legislação
1988	Constituição Federal de 05 de outubro de 1988 - no Art. 200 em que uma das competências do SUS é “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (BRASIL, 1988).
1990	Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências - constitui o Sistema Único de Saúde. No Art. 14 - “Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior” (BRASIL, 1990).
2003	Criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) /Ministério da Saúde. → Responsabilidade de formular políticas públicas orientadoras da gestão, formação e, qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde no Brasil. → Aprovação da proposta do Ministério da Saúde de “Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 04 de setembro de 2003.
2004	Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004 – Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências (BRASIL, 2004). → Os Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde eram instâncias locais regionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente onde ocorriam os debates, decisões políticas, avaliação, coordenação e referência para um determinado território que apresentava necessidades de EPS. → A definição dos territórios era pactuada pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde (CES). Em Estados com vários Pólos, poderia ser criado um Fórum dos Pólos Estadual. → Era financiada com orçamento do Ministério da Saúde, por meio de Projetos de EPS previamente aprovados pelos Pólos, CIB e CES, e enviados para análise/acreditação do MS. Os recursos atendiam critérios estabelecidos de alocação de financiamento de projetos, sendo repassados diretamente à instituição que aprovou o projeto junto aos Pólos.
2006	Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 que divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais (BRASIL, 2006). → Na perspectiva de superar as dificuldades, os gestores do SUS assumiram o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde 2006, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que no exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três

	componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. → O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS. → Mudanças ocorreram dentre elas, as formas de transferência dos recursos federais para estados e municípios passando a ser integradas em cinco grandes blocos de financiamento (Atenção, Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS). → São criados também os Colegiados de Gestão Regional (CGR) para operacionalização e regionalização do SUS. → A área da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde estão inseridas no Pacto de Gestão do SUS. → A educação permanente é legitimada como parte essencial de uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação do SUS e que comporta a adoção de diferentes metodologias e técnicas de ensino-aprendizagem inovadoras, entre outras coisas. → Além de considerar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, tendo como orientação os princípios da educação permanente.
2007	Portaria nº 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007). → Várias mudanças ocorreram e dentre elas: Reafirma os princípios da Educação Permanente em Saúde como norteadores para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde e das ações educativas na saúde. → Definição da regionalização para a Educação na Saúde seguindo os mesmos princípios da regionalização apresentada no Pacto pela Saúde/2006. → Instituição dos Colegiados de Gestão Regional e das Comissões de Integração Ensino-Serviço. Em substituição aos Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde, redefinidas como instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS. → Elaboração dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde. → Termos de Compromissos de Gestão Estaduais e Municipais. → Repasse fundo a fundo dos recursos financeiros para a gestão da educação na saúde. Articulação com os atores estratégicos no âmbito estadual para a consolidação da Política de Educação Permanente em Saúde, entre outras.
2011	Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011 que Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências (BRASIL,

2011).

- Integram os componentes estratégicos da instância de governança a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito nacional, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito estadual, e Regional as Comissões Intergestores Regionais (CIR), no âmbito das Regiões de Saúde, nas quais se discute e decide-se de maneira consensual toda a gestão da saúde, de modo compartilhado e que substituem os atuais Colegiados de Gestão Regional (CGR).
- Para fortalecer a Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde é estratégico promover a valorização dos trabalhadores e trabalhadoras em saúde, investir na educação permanente e formação profissional de acordo com as necessidades de saúde da população, garantir salários dignos e carreira definida de acordo com as diretrizes da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, assim como, realizar concurso ou seleção pública com vínculos que respeitem a legislação trabalhista. E assegurem condições adequadas de trabalho, implantando a Política de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS.
- Estratégias de articulação como a análise da situação de saúde; a interoperabilidade entre os vários sistemas de informação; a existência de complexos reguladores; as ações de educação permanente e de educação popular em saúde e o planejamento participativo são igualmente importantes para superar para a implementação de um modelo de atenção de saúde pautado na defesa da vida.
- Fortalecer a política de gestão do trabalho e da educação na saúde na RAS: Incentivar a implementação da política de educação permanente em saúde como dispositivo de mudanças de práticas na APS;
- Das Diretrizes da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde:
 - ✓ **Diretriz 11** - Indicador Universal – 11.1. Indicador: **Ações de educação permanente implementadas para qualificação das redes de atenção, pactuadas na CIR e aprovadas na CIB.** Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS. Como indicadores universais – U11.1 - Implementar ações de educação permanente para qualificação das redes de atenção, pactuadas na CIR e aprovadas na CIB. Indicador Especifico - 11.1. Indicador: **Número de municípios com trabalhadores em processo de educação profissional técnica conforme diretrizes do PROFAPS** e necessidades dos serviços da região de saúde.
 - ✓ (11.7).As atribuições e responsabilidades dos entes signatários na institucionalização e implementação das ações de educação permanente devem ser baseadas nas prioridades e necessidades de saúde locorregionais e nas diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
 - ✓ (11.8.)Os signatários deverão promover a integração e o aperfeiçoamento das ações de Educação Permanente em Saúde da Região de Saúde com o apoio e coordenação das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES).

	→ Responsabilidades na Educação na Saúde: Municípios (a) Formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento; (b) Promover diretamente ou em cooperação com o Estado, com os Municípios da sua região e com a União, processos conjuntos de educação permanente em saúde; Estados – (a) Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito estadual; (b) Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS; Distrito Federal – (a) Formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento; (b) Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente; União – (a) Formular, promover e pactuar políticas de educação permanente em saúde, apoiando técnica e financeiramente estados e municípios no desenvolvimento das mesmas; (b) Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão nacional do SUS.
2015	Portaria Interministerial nº 1.127, de 04 de agosto de 2015 - Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2015). → O COAPES tem como objetivos: (1) garantir o acesso a todos os estabelecimentos de saúde sob a responsabilidade do gestor da área de saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde e (2) estabelecer atribuições das partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço-comunidade. → As interfaces do COAPES com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde estão expressas nos seguintes itens da referida portaria: ✓ Art. 3º O COAPES observará aos seguintes princípios: VII – integração das ações de formação aos processos de Educação Permanente da rede de saúde. ✓ Art. 4º O COAPES conterá, obrigatoriamente: II – definição das atribuições dos serviços de saúde e das instituições formadoras, em relação à gestão, assistência, ensino, educação permanente, pesquisa e extensão. ✓ Art. 11. Compete ao Ministério da Saúde: VII – fomentar a realização de educação permanente e a integração destas com as atividades de formação da graduação e das residências em saúde; XI – apoiar ações educacionais voltadas ao aperfeiçoamento e

	qualificação dos profissionais dos serviços a serem ofertadas pelas instituições de ensino mediante elaboração de planos de capacitação e educação permanente. ✓ Art. 12. Compete às instituições de ensino e aos programas de residência em saúde: X – oferecer aos profissionais da rede de serviços oportunidades de formação e desenvolvimento que contribuam com a qualificação da assistência, da gestão, do ensino e do controle social na saúde, com base na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. ✓ Art. 14. Compete ao controle social em saúde: V – desenvolver ações de educação permanente para o exercício do controle social em saúde que envolvam a participação de estudantes, docentes das instituições de ensino e preceptores dos serviços de saúde; VI – fomentar ações de reconhecimento da educação permanente integrada ao processo de trabalho dos serviços que recebem estudantes e docentes das instituições de ensino. ✓ Cláusula Segunda – Das Responsabilidades Mutuas: Constituem responsabilidades das Instituições de Ensino, Programas de Residência(s) em Saúde e das Secretaria(s) de Saúde municipal (is) e da estadual: IV. Comprometer-se com a integração das ações de formação aos processos de Educação Permanente da rede de saúde. ✓ Cláusula Terceira - Das Responsabilidades da Instituição de Ensino ou Programas de Residência em Saúde - Constituem responsabilidades das Instituições de Ensino ou Programas de Residência em Saúde: VI. Oferecer aos profissionais da rede de serviços oportunidades de formação e desenvolvimento que contribuam com a qualificação da assistência, da gestão, do ensino e do controle social, com base na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
--	---

Fonte: (BRASIL, 1988); (BRASIL, 1990); (BRASIL, 2004); (BRASIL, 2006); (BRASIL, 2007); (BRASIL, 2011) e (BRASIL, 2015).

No tocante aos recursos financeiros do Ministério da Saúde para a implementação da PNEPS, no Quadro 10, observa-se que os recursos orçamentários estavam atrelados a dois Programas de Trabalhos: à Formação de Profissionais Técnicos de Saúde e Fortalecimento das Escolas Técnicas/Centros Formadores do SUS, que representaram aproximadamente 60% do total Brasil e por regiões, e o Apoio ao Desenvolvimento da Graduação, Pós Graduação Stricto e Latu Sensu em Áreas Estratégicas para o SUS significaram cerca de 40% do total Brasil e por regiões. Com exceção do ano de 2010, em que apenas os recursos orçamentários do Programa de Trabalho referente à Formação

de Profissionais Técnicos de Saúde e Fortalecimento das Escolas Técnicas/Centros Formadores do SUS foi disponibilizado. No Quadro 11, que apresenta uma síntese das portarias ministeriais referentes aos recursos financeiros do Ministério da Saúde para a PNEPS, notou-se que nos anos 2009 e 2011 estavam especificadas as prioridades de conteúdos e cenários de práticas profissionais relativas à implementação das políticas estruturantes do SUS. Assim como as ações de educação profissional técnica deveriam contemplar as áreas estratégicas prioritárias para a saúde constantes do Programa MAIS SAÚDE (2008) e observando as áreas prioritárias do PROFAPS (2011). Além do mais, os Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde deveriam ter integração com os programas prioritários do Ministério da Saúde na área de gestão do trabalho e da educação na saúde, tais como: PROFAPS, Pró-Saúde, PET-Saúde, Telessaúde, Pró-Residências, UNA-SUS, entre outros. Por outro lado, nos anos de 2008 e 2010 as diretrizes foram mais amplas.

Quadro 10: Recursos financeiros do Ministério da Saúde para a implementação da PNEPS, no período de 2007 a 2011, segundo regiões. Brasil, 2015.

Região	Ano				
	2007 ^a (R\$)	2008 ^b (R\$)	2009 ^c (R\$)	2010 ^d (R\$)	2011 ^e (R\$)
Norte	19.667.703,81	19.993.540,45	20.066.452,35	7.107.120,91	19.948.320,01
Nordeste	32.034.194,66	31.781.279,97	32.284.482,03	11.362.346,75	32.369.608,22
Centro Oeste	8.198.202,12	8.296.812,24	8.045.174,57	2.848.290,79	8.050.225,19
Sudeste	16.857.307,12	16.728.001,33	16.484.681,84	5.830.263,71	16.537.222,69
Sul	8.242.592,27	8.200.366,01	8.119.209,20	2.851.977,84	8.094.623,90
Brasil	85.000.000,0	85.000.000,00	85.000.000,0	30.000.000,00	85.000.000,0

Fontes: (a) Portaria GM/MS nº 1.996/07, de 20 de agosto de 2007; (b) Portaria GM/MS nº 2.813, de 20 de novembro de 2008; (c) Portaria GM/MS nº 2.953, de 25 de novembro de 2009; (d) Portaria GM/MS nº 4.033, de 17 de dezembro de 2010 e (e) Portaria GM/MS nº 2.200, de 14 de setembro de 2011.

Quadro 11:Síntese das portarias ministeriais referentes aos recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, período 2008-2011. Brasil, 2015.

Ano	Legislação
2008	Portaria nº 2.813/GM/MS, de 20 de novembro de 2008, que definiu recursos financeiros do Ministério da Saúde para a PNEPS (BRASIL, 2008). → Os novos recursos financeiros do Ministério da Saúde para a implementação da referida política, foram no total de R\$ 85.000.000,00 (oitenta e cinco milhões de reais), disponibilizados de acordo com os critérios para alocação orçamentária, referente à PNEPS. → Os recursos financeiros deveriam apoiar as ações constantes do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde pactuado na CIB, de acordo com as diretrizes constantes da Portaria nº 1996/GM, de 20 de agosto de 2007. → Esses recursos orçamentários estavam atrelados aos seguintes Programas de Trabalhos: Formação de Profissionais Técnicos de Saúde e Fortalecimento das Escolas Técnicas/Centros Formadores do SUS e Apoio ao Desenvolvimento da Graduação, Pós Graduação Stricto e Latu Sensu em Áreas Estratégicas para o SUS.
2009	2009 - Portaria nº 2.953/GM/MS, de 25 de novembro de 2009, que definiu recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e dá outras providências (BRASIL, 2008). → Os recursos financeiros do Ministério da Saúde para a implementação da PNEPS foram no valor de R\$ 85.000.000,00 (oitenta e cinco milhões de reais). → Apoio as ações constantes do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde pactuado na CIB, de acordo com as diretrizes constantes da Portaria nº 1996/GM, de 20 de agosto de 2007. → O Plano deveria ser elaborado observando as necessidades de formação identificadas a partir das demandas prioritárias do Pacto pela Saúde, com ênfase no Pacto de Redução da Mortalidade Infantil, no Plano Estadual de Ação Contingencial para Enfrentamento de Epidemias de Dengue e Influenza A (H1N1) e outras, buscando preservar a coerência, a continuidade e os avanços dos planos estaduais de educação permanente em saúde dos exercícios de 2007 e 2008. → Priorizar conteúdos e cenários de práticas profissionais relativas à implementação das políticas estruturantes do SUS, tais como: Atenção Básica, Saúde Mental, Atenção à Mulher e à Criança, Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, Urgência e Emergência, entre outras, que viabilizem a implantação de linhas de cuidado e Redes Regionalizadas e Integradas de Atenção para o enfrentamento dos principais problemas sanitários nas regiões. → Em relação às ações de educação profissional técnica, deveriam contemplar as áreas

	estratégicas prioritárias para a saúde constantes do Programa MAIS SAÚDE: Radiologia, Patologia Clínica e Citotécnico, Hemoterapia, Manutenção de Equipamentos, Saúde Bucal, Prótese Dentária, Agente Comunitário de Saúde, Vigilância em Saúde, Enfermagem e Cuidador de Pessoas Idosas com dependência. → A análise do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde teria como norteador, o diagnóstico epidemiológico do Estado, as prioridades do Pacto pela Saúde e a articulação com os Programas estratégicos do SGTES: Pró-Saúde, PET-Saúde, Telessaúde, Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, Residência Multiprofissional em Saúde, Formação Profissional Técnica de Nível Médio, Programa de Capacitação Gerencial, PROGESUS. → Os recursos orçamentários estavam atrelados aos Programas de Trabalhos: Formação de Profissionais Técnicos de Saúde e Fortalecimento das Escolas Técnicas/Centros Formadores do SUS e ao Apoio ao Desenvolvimento da Graduação, Pós Graduação Stricto e Latu Sensu em Áreas Estratégicas para o SUS.
2010	Portaria nº 4.033/GM/MS, de 17 de dezembro de 2010, relativa a definição dos recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2010). → Os recursos financeiros disponibilizados, no exercício de 2010, no valor de R\$ 30.000.000,00 (trinta milhões de reais), de acordo com os critérios para alocação orçamentária, referente à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. → Os recursos orçamentários foram oriundos apenas do Programa de Trabalho - Formação de Profissionais Técnicos de Saúde e Fortalecimento das Escolas Técnicas/Centros Formadores do Sistema Único de Saúde (SUS). Diferentemente dos anos de 2008 e 2009 que haviam dois Programas de Trabalho. → As ações do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde são pactuadas na CIB, de acordo com as diretrizes constantes da Portaria nº 1996/GM, de 20 de agosto de 2007.
2011	Portaria nº 2.200/GM/MS, de 14 de setembro de 2011, Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2011). → Os recursos financeiros do Ministério da Saúde para a implementação da PNEPS, no exercício de 2011, no valor de R\$ 85.000.000,00 (oitenta e cinco milhões de reais). → As ações do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde são pactuadas na CIB, de acordo com as diretrizes constantes da Portaria nº 1996/GM, de 20 de agosto de 2007. → O Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde deveria observar as necessidades de formação identificadas a partir das demandas prioritárias das Regiões de Saúde, com ênfase nas Redes Temáticas de Atenção à Saúde -Rede Cegonha; Rede de Atenção às Urgências; Rede de Atenção Psicossocial, cuidados aos usuários de álcool, crack e outras drogas; Programa de prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e da mama e outros. → O Plano também deveria ser elaborado considerando o diagnóstico epidemiológico do

	Estado, a coerência entre as ações e estratégias propostas e os Programas Prioritários do Ministério da Saúde na área de gestão do trabalho e da educação na saúde: PROFAPS, Pró-Saúde, PET-Saúde, Telessaúde, Pró-Residências, UNA-SUS, Progesus, dentre outras ações. → Priorizar conteúdos e cenários de práticas profissionais relativas à implementação das políticas estruturantes do SUS. → Educação Profissional Técnica de Nível Médio, contemplar as ações de capacitação, aperfeiçoamento e especializações dos trabalhadores de nível fundamental e médio, observando as áreas prioritárias do PROFAPS: Radiologia; Citopatologia; Hemoterapia; Manutenção de Equipamentos; Saúde Bucal; Prótese Dentária; Vigilância em Saúde; Enfermagem; Saúde do Idoso para as equipes da Estratégia Saúde da Família e equipes de enfermagem das instituições de longa permanência; Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate as Endemias. → Os recursos orçamentários estavam atrelados a dois Programas de Trabalhos: Formação de Profissionais Técnicos de Saúde e Fortalecimento das Escolas Técnicas/Centros Formadores do SUS e Apoio ao Desenvolvimento da Graduação, Pós Graduação Stricto e Latu Sensu em Áreas Estratégicas para o SUS.
--	--

Fonte: (BRASIL, 2008); (BRASIL, 2009); (BRASIL, 2010); (BRASIL, 2011).

Achados

No tocante aos documentos dos Planos Estaduais de Saúde (PES), como são instrumentos magno da gestão estadual do Sistema Único de Saúde (SUS), instituídos pela Lei Federal n.º 8.080 de 1990, explicitam os compromissos dos governos dos estados para o setor saúde, num recorte temporal de quatro anos. Esperava-se que estivessem disponíveis 54 documentos, sendo 27 para o período de 2008-2011 e 27 para o outro período de 2012-2015. Todavia, foram encontrados 43 documentos que representaram 80% em relação ao esperado, sendo 20 documentos no primeiro período e 23 documentos no segundo período. Na observação por regiões, a Sudeste, a Sul e a Centro Oeste apresentaram na sua totalidade os documentos dos PESs nos dois

períodos estudados. Na Região Norte, 57% dos documentos foram disponibilizados em cada um dos períodos respectivamente. Na Região Nordeste, houve uma maior expressão de documentos disponíveis no período de 2012-2015 (89%) que em relação a 2008-2011 (56%) (Quadro 12).

Quadro 12: Número de documentos disponíveis e estimados dos Planos Estaduais de Saúde (PES), segundo regiões. Brasil, 2008-2011 e 2012-2015.

Região	2008-2011			2012-2015			Total		
	N	E	%	N	E	%	N	E	%
Norte	4	7	57	4	7	57	8	14	57
Nordeste	5	9	56	8	9	89	13	18	72
Sudeste	4	4	100	4	4	100	8	8	100
Sul	3	3	100	3	3	100	6	6	100
Centro-Oeste	4	4	100	4	4	100	8	8	100
Total	20	27	74	23	27	85	43	54	80

Legenda: Número de documentos disponíveis (N) e Documentos Estimados (E).

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

No Quadro 13, os Relatórios Anuais de Gestão 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 desta. Os RAGs são enviados aos Conselhos de Saúde para que os mesmos possam emitir pareceres conclusivos. Além disso, possibilitam a emissão de relatórios gerenciais que permitem o acesso público, facilitando a avaliação e a publicização das informações sobre o desempenho da gestão do SUS. Ressalta-se o fato de que no sistema SARGSUS é publicada por ano a condição em que se encontra cada RAGs: aprovado, aprovado com ressalvas, não aprovado, solicitado ajuste, em apreciação pelo Conselho de Saúde e sem informação. Neste

contexto foram estimados 162 documentos dos RAGs (2008-2013) e encontrados 79 documentos que representaram 49% do estimado.

Na análise por ano, observou-se que o ano de 2011 (N=22) representou 81% dos documentos disponíveis. Ressalta-se o fato de que este ano coincide com o término do período do PES (2008 a 2011), e pode ter uma influência sobre disponibilizar-se as ações realizadas, findando um ciclo ou uma prestação de contas. Os anos de 2008 (N=9), 2009 (N=11), 2010 (N=11) e 2013 (N=8) foram os que tiveram menor expressão de documentos disponíveis em relação ao estimado. Os anos iniciais podem estar relacionados com outra gestão estadual e tal fato pode ter influenciado a não disponibilidade nos atuais *sites* da SES. O ano de 2013 pode estar relacionado ao fato de que parte dos RAGs ainda estejam na condição de “em apreciação pelo Conselho de Saúde”.

Quadro 13: Número de documentos disponíveis e estimados dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG), segundo regiões. Brasil, 2008-2013.

Região	2008			2009			2010			2011			2012			2013			Total		
	N	E	%	N	E	%	N	E	%	N	E	%	N	E	%	N	E	%	N	E	%
N	2	7	29	2	7	29	1	7	14	6	7	86	4	7	57	2	7	29	17	42	40
NE	3	9	33	3	9	33	3	9	33	7	9	78	7	9	78	2	9	22	25	54	46
SE	2	4	50	2	4	50	3	4	75	3	4	75	1	4	25	1	4	25	12	24	50
S	0	3	0	1	3	33	1	3	33	3	3	100	3	3	100	1	3	33	9	18	50
CO	2	4	50	3	4	75	3	4	75	3	4	75	3	4	75	2	4	50	16	24	67
Total	9	27	33	11	27	41	11	27	41	22	27	81	18	27	67	8	27	30	79	162	49

Legenda: Número de documentos disponíveis (N) Documentos Estimados (E).

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

No Quadro 14, o estudo mostra os documentos disponíveis (PES e RAG) por Unidades Federativas e regiões, com destaque para o Acre (AC), na região Norte, e o Mato Grosso do Sul (MS), na região Centro-Oeste, que disponibilizaram todos os documentos nos períodos estudados. Inversamente, no Amapá (AP), também na região Norte, não havia disponível nenhum dos documentos.

Em relação aos PESs, nos períodos 2008-2011 e 2012-2015, notou-se que na região Norte, a UF Rondônia (RO) também disponibilizou os documentos em ambos os períodos; as demais UFs apenas um dos períodos, com exceção do Amapá. Na região Nordeste, sobressaem Alagoas (AL), Paraíba (PB), Pernambuco (PE) e Piauí (PI), que disponibilizaram documentos em ambos os períodos, diferente de Sergipe (SE), cujos documentos não estavam disponíveis nos dois períodos. As demais UFs apenas um dos períodos. Cenário diferente nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste onde todas as UFs disponibilizaram documentos em ambos os períodos.

No tocante aos RAGs de 2008-2013, na região Norte os maiores volumes de documentos foram disponibilizados em 2011 e 2012, porém, não há uniformidade em relação às UFs: no Amazonas (AM) não foram encontrados os documentos de 2010 e 2011; o Pará (PA) e o Tocantins (TO) com dois a três documentos disponíveis; já Rondônia e Roraima, apenas o de 2011. Na região Nordeste também há uma concentração dos documentos nos anos de 2011 e 2012. O Ceará (CE) e Rio Grande do Norte (RN) não tem informações disponíveis, embora tenham apresentado os documentos do PES nos dois períodos. De maneira diferente, observa-se que Sergipe (SE) não disponibilizou o

PES nos dois períodos, mas apresentou de forma expressiva os documentos do RAGs no de 2008 até 2012. No tocante à Bahia (BA), não foram localizados os RAGs, todavia, estavam disponíveis Relatórios de Gestão, compostos por todas as Secretarias do governo. Como os elementos que compõem tais relatórios são semelhantes aos dos RAG, foram analisados tal qual. No que concerne à região Sudeste, há uma aglomeração dos documentos nos anos de 2010 e 2011. Destaca-se o caso de Minas Gerais (MG), pois nenhum Relatório Anual de Gestão desse estado foi disponibilizado em meio eletrônico, não sendo, portanto, incluído nesta análise. As demais UF's disponibilizaram quatro documentos cada, sendo que nos anos de 2012 e 2013 apenas São Paulo (SP) disponibilizou documentos nestes anos. Em relação à região Sul, todas as UF's disponibilizaram documentos de 2011 e 2012. Inversamente, em 2008 nenhuma das UF's tinham informações acessíveis. A região Centro-Oeste tem uma uniformidade de concentração dos documentos nos anos de 2009 a 2012 na maioria das UF's.

Quadro 14: Documentos Estaduais disponíveis: Plano Estadual de Saúde (2008-2011 e 2012-2015) e Relatório Anual de Gestão (2008-2013), segundo regiões e UF. Brasil, setembro-dezembro 2014.

Regiões	UF	Plano Estadual de Saúde (PES) ¹		Relatório Anual de Gestão (RAG) ¹					
		2008-2011	2012-2015	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Norte	AC	x	x	x	x	x	x	x	x
	AM	...	x	x	x	...	x	x	...
	AP	...	...	...	...	...	...	...	...
	PA	...	x	...	...	...	x	x	...
	RO	x	x	...	...	...	x	...	...
	RR	x	...	...	...	...	x	...	...
	TO	x	...	...	...	...	x	x	x
Nordeste	AL	x	x	...	...	...	x	x	x
	BA ²	...	x	x	x	x	x	x	...
	CE	...	x	...	...	...	...	...	...
	MA	...	x	...	...	...	x	x	x
	PB	x	x	...	...	...	x	x	...
	PE	x	x	x	x	x	x	x	...
	PI	x	x	...	...	...	x	x	...
	RN	x	x	...	...	...	...	...	...
	SE	...	...	x	x	x	x	x	...
Sudeste	ES	x	x	x	x	x	x	...	...
	MG	x	x	...	...	...	...	...	...
	RJ	x	x	x	x	x	x	...	...
	SP	x	x	...	...	x	x	x	x
Sul	PR	x	x	...	...	...	x	x	...
	RS	x	x	...	x	x	x	x	...
	SC	x	x	...	...	...	x	x	x
Centro-Oeste	DF	x	x	...	x	x	x	x	...
	GO	x	x	x	x	x	...	...	...
	MS	x	x	x	x	x	x	x	x
	MT	x	x	...	...	...	x	x	x

Notas: (1) A coleta dos dados ocorreu em ambiente virtual no período de setembro a dezembro de 2014. (2) Bahia: Não foram localizados RAG do Estado, todavia, estavam disponíveis Relatórios de Gestão, compostos por todas as Secretarias do Governo. Como os elementos que compõem tais relatórios são semelhantes aos dos RAG, foram analisados tal qual.

Legenda: (...) Dado não disponível e (x) Dado disponível.

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

O Quadro 15 é referente aos tipos de ações realizadas, segundo os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) da região Norte no período de 2008 a 2013. Observou-se que, em relação aos tipos de ação, as Capacitações predominaram em todas as áreas e no decorrer dos anos. Há uma maior concentração de ações nos anos de 2011 e 2012. No tocante às áreas, há um predomínio das ações realizadas na Atenção à Saúde seguida da Vigilância em Saúde, independente do ano, e a área da GTES foi a de menor expressão. Em relação aos cursos de pós-graduação (Residência, Mestrado e Especialização), o maior volume das ações estavam nas áreas de Atenção à Saúde e Gestão do SUS e se concentraram na Especialização.

As informações dos documentos analisados por UF trazem alguns aspectos que destacaram e serão apresentados em complementação. No estado do Acre, as Capacitações abordadas se mantiveram constante em todos os anos; apenas no ano de 2009 não houve registro das atividades de EPS e houve constância de muitas ações em vigilância epidemiológica e sistemas de informação. Em 2008, as áreas que tiveram mais ações realizadas de EPS foram: vigilância ambiental, saúde da criança (aleitamento materno e nutrição) e para Estratégia Saúde da Família (ESF). Em 2010, vale ressaltar que foram realizadas manutenções nas estruturas do Centro de Formação. Houve também a criação de coordenação de ensino para atividades de residência médica e profissional. Em adição, tiveram destaques as ações voltadas para exames diagnósticos e promoção da saúde. Em 2011, destacaram-se as ações de vigilância sanitária e saúde da mulher. Em 2012, sobressaíram as ações na área de ESF, saúde da mulher e

promoção/prevenção. Em 2013, houve diminuição de ações de EPS, sendo destacadas as ações voltadas para a promoção/prevenção e nutrição infantil.

No Amazonas, no ano de 2008, as ações de EPS mais abordadas se concentravam nas áreas de Vigilância em Saúde e Gestão do SUS. Esta realidade segue para 2009, sendo que na área de Atenção à Saúde houve um maior incremento das ações realizadas. Vale destacar que nos documentos constavam que: em 2008 foi realizado o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE); em 2011, foi realizada a implantação do Plano de Cargo, Carreira e Remuneração (PCCR), e, em 2012, foi realizado o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS).

Em relação ao estado do Pará, é importante ressaltar que apenas 50% das CIES estavam em funcionando no estado. As CIES são instâncias intersetoriais, interinstitucionais e regionais para a cogestão (formulação, condução e desenvolvimento) da PEPS, além de apoiarem os gestores do Colegiado de Gestão Regional (CGR) na indução de mudanças, promovendo um trabalho articulado entre as várias esferas de gestão e das instituições formadoras, a fim de superar a tradição de se organizar um rol de capacitações/treinamentos pontuais.

No estado de Rondônia, as principais ações estavam concentradas nas áreas de Vigilância à Saúde, Atenção à Saúde e Gestão do SUS. Foram identificados nos documentos estudados referências a ações na área de educação profissional para técnicos de enfermagem, técnicos de saúde bucal, técnicos de nutrição, técnicos de patologia, técnicos em prótese dentária e técnicos em vigilância, sem no entanto,

especificar quantitativos. Além disso, foram realizadas ações de estruturação na construção da escola técnica do SUS e a revisão do PCCR no estado.

Quadro 15: Tipos de ações realizadas, segundo os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) por área e tipo de ação. Região Norte, 2008-2013.

Área	Tipo de Ação	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Vigilância em Saúde	Capacitação	18	8	10	23	23	6
	Eventos	11	2	6	13	9	3
	Pesquisa	...	...	...	...	...	...
	Estruturação	...	...	...	...	...	...
	Técnico Profissionalizante	...	...	...	...	...	...
	Residência	0	0	0	0	0	0
	Mestrado	0	0	0	0	0	0
	Especialização	3	0	0	0	1	0
Atenção à Saúde	Capacitação	14	8	10	28	36	11
	Eventos	8	7	1	13	21	3
	Pesquisa	...	...	...	...	...	...
	Estruturação	...	...	...	...	...	...
	Técnico Profissionalizante	...	...	...	...	...	...
	Residência	0	1	0	0	1	0
	Mestrado	0	0	0	0	0	0
	Especialização	2	0	1	1	1	0
Gestão do Trabalho e Educação da Saúde	Capacitação	2	2	2	9	11	1
	Eventos	2	2	1	3	2	0
	Pesquisa	...	...	...	...	...	...
	Estruturação	...	...	...	...	...	...
	Técnico Profissionalizante	...	...	...	...	...	...
	Residência	0	0	0	0	0	0
	Mestrado	0	0	0	0	0	0
	Especialização	0	0	0	0	1	0
Gestão do SUS	Capacitação	9	4	4	10	10	2
	Eventos	2	4	2	5	4	0
	Pesquisa	...	...	...	...	...	...
	Estruturação	...	...	...	...	...	...
	Técnico Profissionalizante	...	...	...	...	...	...
	Residência	0	0	0	0	0	0
	Mestrado	0	0	0	0	1	0
	Especialização	0	0	0	0	3	0

Legenda: (...) Dado não disponível.

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Na região Nordeste, os tipos de ações realizadas, segundo os Relatórios Anuais de Gestão (RAG), no período entre 2008-2013 (Quadro 16), a área com maior número de ações realizadas foi a Atenção à Saúde seguida da Gestão do Trabalho e Educação da Saúde (GTES), com constantes ações no decorrer dos anos e a Vigilância em Saúde, com concentração das ações em 2011 e 2012. Em relação aos tipos de ações, as Capacitações sobressaíram nas áreas de Vigilância em Saúde, Atenção à Saúde e Gestão do SUS, de maneira oposta à área da GTES, com predomínio da Estruturação no decorrer dos anos, seguida da Pesquisa e Eventos. Avulta-se o fato de que os anos de 2011 e 2012 foram dominantes em termos de volume de ações em todas as áreas. No que diz respeito aos cursos de pós-graduação (Residência, Mestrado e Especialização), todas as áreas apresentaram ações desenvolvidas, porém com preponderância de Especialização.

Como extensão de informações complementares encontradas nas particularidades de cada documento das UF's estudadas desta região pode-se realçar alguns aspectos a saber. Na Bahia foram realizadas diversas ações de Vigilância em Saúde e Gestão do SUS, basicamente de Capacitações. Na área de Atenção à Saúde, predominaram as Capacitações, no entanto, foram realizadas duas turmas de cursos técnicos em 2013 e quatro turmas de especialização entre 2010 e 2012. Quanto à GTES, as ações realizadas foram diversificadas, havendo predomínio de ações de Estruturação e a realização de Pesquisas e Eventos. No Ceará, apesar de contar com uma forte e reconhecida Escola Estadual de Saúde, não foram localizados RAGs em qualquer base de dados. No Maranhão, as ações se concentraram na área de Atenção à Saúde e consistiram

principalmente em Capacitações, além de alguns Cursos Técnicos e Eventos. Nas demais áreas, inclusive Vigilância em Saúde, foram realizadas poucas ações, predominantemente Capacitações. O estado da Paraíba apresentou um número razoável de ações desenvolvidas nos anos de 2011 e 2012 e chamou atenção a concentração de ações na área de Vigilância em Saúde. Em seguida, surgiram ações na área da Atenção à Saúde, Gestão do SUS e, finalmente, de GTES. Quanto ao tipo, predominaram as Capacitações, com poucas ações de formação técnica e Estruturação, merecendo destaque as três turmas de especialização realizada na área de Gestão do SUS. Em Pernambuco, a estruturação da Política de Educação Permanente em Saúde foi proposta em 2008, inicialmente com a criação de cinco CIES, e observou-se que foi ampliado para 12 regionais de saúde do estado, além da comissão estadual. A proposta da Política de Educação Permanente em Saúde contempla os componentes de investimento da formação na modalidade de residência; fortalecimento da Escola de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE). No estado do Piauí, a Secretaria apresenta a intenção, em seus Planos de Gestão, de implementar a Política de Educação Permanente no estado, que parece estar em andamento na medida em que os relatórios de gestão descrevem a realização de um Seminário Estadual de Educação Permanente e de Oficinas de monitoramento e avaliação da Política de Educação Permanente e das ações realizadas no território. No Rio Grande do Norte, as ações realizadas tiveram a maior concentração na Atenção à Saúde, seguida da Vigilância em Saúde, Gestão do SUS e GTES. Quanto ao tipo, prevalecem as capacitações acompanhadas por outras poucas de Técnico Profissionalizante e de Estruturação. Diferente de todos os outros estados da região, em

Sergipe predominaram ações na área de Vigilância em Saúde, mantendo o padrão de Capacitações, com poucos cursos técnicos e ações de Estruturação, predominantes na área de GTES. Nos RAGs não é possível identificar a área proponente ou mesmo a fonte de recurso. A exemplo dos demais estados analisados, os RAGs parecem ser meras formalidades.

Quadro 16: Tipos de ações realizadas, segundo os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) por área e tipo de ação. Região Nordeste, 2008-2013.

Área	Tipo de Ação	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Vigilância em Saúde	Capacitação	...	...	...	23	95	...
	Eventos	...	...	...	3	3	...
	Pesquisa	...	...	...	1	1	...
	Estruturação	...	...	...	...	...	...
	Técnico Profissionalizante	...	...	...	...	...	...
	Residência	...	...	...	...	...	...
	Mestrado	...	...	...	...	1	-
	Especialização	...	...	...	...	1	-
Atenção à Saúde	Capacitação	1	...	2	46	53	23
	Eventos	...	...	3	4	7	...
	Pesquisa	...	...	...	1	...	...
	Estruturação	3	1	...	1	1	...
	Técnico Profissionalizante	...	...	2	8	5	...
	Residência	...	...	...	1	1	...
	Mestrado	...	...	...	...	...	...
	Especialização	...	...	1	2	2	1
Gestão do Trabalho e Educação da Saúde	Capacitação	...	...	...	6	6	...
	Eventos	1	...	1	1	3	...
	Pesquisa	1	1	1	1	5	...
	Estruturação	3	18	2	20	23	2
	Técnico Profissionalizante	...	...	...	1	...	...
	Residência	...	...	...	...	...	...
	Mestrado	...	...	...	...	...	...
	Especialização	...	...	...	...	5	...
Gestão do SUS	Capacitação	1	...	1	6	35	6
	Eventos	...	...	1	2	2	...
	Pesquisa	...	...	...	...	1	...
	Estruturação	...	2	...	1	4	...
	Técnico Profissionalizante	...	...	...	...	-	...
	Residência	...	...	...	...	...	...
	Mestrado	...	...	...	...	...	...
	Especialização	...	...	...	2	4	1

Legenda: (...) Dado não disponível.

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

O Quadro 17 é indicativo dos tipos de ações realizadas, segundo os Relatórios Anuais de Gestão da região Sudeste no período de 2008 a 2013. Apresentou um predomínio das ações na área da Atenção à Saúde, seguida da área de GTES. Cabe ressaltar que na Vigilância em Saúde ocorreu um volume expressivo de ações no ano de 2008. No tocante aos tipos de ação, as Capacitações sobressaíram em todas as áreas, com maior destaque para Vigilância em Saúde e Atenção à Saúde. Nesta região também destacaram-se os Eventos nas áreas de Vigilância em Saúde, Atenção à Saúde e GTES. Outro aspecto a ressaltar foram as ações do tipo Estruturação com destaque na GTES e Gestão do SUS. No conjunto das informações observadas houve um predomínio das ações realizadas no ano de 2011 em todas as áreas, embora o ano de 2008 também tenha apresentado um volume relevante de ações consideráveis. Em relação aos cursos de pós-graduação (Residência, Mestrado e Especialização) destacaram-se a área da Atenção à Saúde com a maioria das ações desenvolvidas em Residência. De forma distinta, a área da Vigilância em Saúde não apresentou nenhuma ação em relação aos referidos cursos.

No estado de Minas Gerais, nenhum Relatório Anual de Gestão foi disponibilizado em meio eletrônico, não sendo, portanto, incluído nesta análise.

No estado do Rio de Janeiro, pode-se observar, no ano de 2008, o grande número de ações na área de Vigilância em Saúde voltadas ao controle da Dengue. Foram realizadas tanto Capacitações quanto oficinas para diversos segmentos da sociedade,

incluindo profissionais de níveis técnico e superior, gestores, conselheiros municipais, moradores de bairros em situação de risco, profissionais da Marinha, Exército e Aeronáutica e funcionários de empresas do município do Rio de Janeiro. Nove regiões de saúde e mais de 100 municípios receberam oficinas sobre o tema. Neste mesmo ano, a predominância de ações referentes a eventos no âmbito da Gestão do Trabalho e Educação da Saúde. Essas ações foram caracterizadas principalmente por oficinas e seminários relacionados às Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), implantadas no mesmo ano em nível regional e estadual como resposta ao objetivo do Plano de Educação Permanente. Em seguida, as ações voltadas para Capacitação em Atenção à Saúde, nas áreas de Atenção Básica e Serviços de Saúde de Atenção às Urgências. As ações de Estruturação deste ano compreenderam a implantação das CIES e a reestruturação dos Conselhos Municipais de Saúde.

Nos demais anos, as ações estavam concentradas em Capacitações, principalmente na área de Atenção à Saúde, destacando-se o ano de 2011 com 13 ações. Esse fato é devido ao início dos cursos técnicos em áreas como enfermagem, saúde bucal e do idoso. Já as ações estruturantes, relacionam-se com a implantação das CIES, a elaboração dos Planos Estadual e Regional de EPS, adequação de estrutura física de escola técnica, implantação de Núcleos de Educação, certificação de hospitais de ensino e cooperação técnica para concessão de estágios. Diversas ações apareceram em mais de um relatório devido ao andamento de cada uma. Nas ações relacionadas a pós-graduações, destacou-se o ano de 2011 com o credenciamento de Programas de Residência Médica nas áreas de Saúde da Família e Atenção Hospitalar. No ano de 2009,

já havia sido implantado o programa referente à área de Gestão em Saúde. Os cursos de especialização foram oferecidos para os profissionais das equipes de Saúde da Família e na área de Gerência da Atenção Básica.

O estado de São Paulo foi o que menos apresentou ações de Educação Permanente em Saúde. No ano de 2010, observaram-se ações concentradas em Capacitações e Eventos na área de Gestão do Trabalho e Educação da Saúde, seguidas de Capacitações na área de Atenção à Saúde em Saúde Bucal e Saúde do Idoso, além de Capacitações para conselheiros estaduais de saúde. As ações estruturantes referem-se à adequação de área física e instalação de equipamentos para o Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores de Saúde, preparação de material para a avaliação da EPS e implantação de plataforma de educação à distância. A ação relacionada à pesquisa voltou-se para identificação da demanda e oferta de vagas destinadas à formação técnica de nível médio em Saúde Bucal e Citologia.

No relatório de 2011, a promoção da Educação Permanente para a Saúde do Idoso foi citada, mas sem nenhuma ação concreta explicitada. Em 2013, a Educação Permanente como indicador para a qualificação e fixação de profissionais para o SUS, destacando que 73% de ações de Educação Permanente foram implementadas e/ou realizadas. No entanto, tais ações não são explicitadas e, assim, não foram contabilizadas. Foi identificada uma ação estruturante, que consistia na implantação de pontos de Telessaúde Brasil Rede. Observou-se, no ano de 2010, uma predominância no que se refere às ações voltadas à especialização. Três cursos de especialização foram

realizados, sendo um de gestão do trabalho e educação da saúde e dois em gestão pública de saúde. O relatório de 2013 cita a ampliação e criação de programas de Residência de Medicina da Família e Comunidade, de Residência Médica em Psiquiatria, de Residências Multiprofissionais em atenção básica/saúde da família, saúde coletiva e saúde mental.

No caso do Espírito Santo, o eixo que correspondeu à Educação Permanente e Educação em Saúde foi denominado “Aprimoramento da gestão, desenvolvimento e formação de Recursos Humanos”, e dentre as ações contidas nesse eixo pode-se citar: “Regular as demandas de Educação Continuada/Permanente nas diversas modalidades e nos vários níveis de ensino da SESA” e “Fomentar e implantar a criação do Colegiado de Gestão Estadual, no âmbito da Educação Permanente em Saúde”. Os RAGs de 2012 e 2013 não estão disponíveis, pois os documentos ainda encontravam-se em análise pelo Conselho Estadual de Saúde, que solicitou informações complementares ao gestor para conclusão do processo. Já o de 2014, ainda não foi encaminhado pelo gestor ao Conselho.

Cabe ressaltar que diversas ações aparecem em mais de um relatório devido ao andamento de cada uma, sendo computadas apenas a primeira menção da atividade. Podem-se observar, também, atividades de Estruturação na área de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, nos anos de 2008 a 2010. Essas atividades estavam relacionadas à implantação de estrutura física e realinhamento conceitual em EPS, o que sinaliza o início do processo de construção das ações de Educação Permanente no estado, logo

após a promulgação da Portaria de implantação da PNEPS. Também foi possível constatar um quantitativo considerável de atividades no ano de 2011, com destaque para as ações de Vigilância em Saúde. Predominaram as ações de Capacitação e Eventos, essas ações envolveram a identificação de necessidades de profissionais e especialistas para a definição de oferta de formação profissional, bem como ações de investigação de sobre a situação de saúde da população brasileira (perfil demográfico e epidemiológico) como base para políticas de abertura de cursos na área da saúde.

Outro ponto que merece destaque na análise são as menções à Escola de Serviço Público do Espírito Santo (ESESP). Essa instituição aparece relacionada às ações de EPS nos RAGs de 2008 a 2010. Pode-se citar a intermediação de vagas e as atividades de avaliação e monitoramento das ações realizadas. É mencionado, ainda, o curso de Especialização em Atenção Primária à Saúde, em 2011, que capacitou profissionais de saúde de diferentes formações. É importante ressaltar que a forma como alguns itens estavam descritos dificultaram a classificação das ações.

Quadro 17: Tipos de ações realizadas, segundo os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) por área e tipo de ação. Região Sudeste, 2008-2013.

Área	Tipo de Ação	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Vigilância em Saúde	Capacitação	100	1	1	29	0	0
	Eventos	100	0	0	10	0	0
	Pesquisa	0	0	0	0	0	0
	Estruturação	0	0	0	0	0	0
	Técnico Profissionalizante	...	...	...	...	...	...
	Residência	0	0	0	0	0	0
	Mestrado	0	0	0	0	0	0
	Especialização	0	0	0	0	0	0
Atenção à Saúde	Capacitação	4	8	7	26	0	0
	Eventos	1	41	0	7	0	0
	Pesquisa	0	0	0	0	0	0
	Estruturação	0	0	0	0	0	0
	Técnico Profissionalizante	...	...	...	...	...	...
	Residência	0	0	0	10	0	5
	Mestrado	0	0	0	0	0	0
	Especialização	0	0	1	2	0	0
Gestão do Trabalho e Educação da Saúde	Capacitação	1	4	3	6	0	0
	Eventos	16	0	3	5	0	0
	Pesquisa	0	0	1	0	0	0
	Estruturação	9	8	13	8	0	1
	Técnico Profissionalizante	...	...	...	...	...	...
	Residência	0	1	0	0	0	0
	Mestrado	0	0	0	0	0	0
	Especialização	0	0	1	0	0	0
Gestão do SUS	Capacitação	1	0	3	6	0	0
	Eventos	0	0	0	5	0	0
	Pesquisa	0	0	0	0	0	0
	Estruturação	1	1	1	1	0	0
	Técnico Profissionalizante	...	...	...	...	...	...
	Residência	0	0	0	0	0	0
	Mestrado	0	0	0	0	0	0
	Especialização	2	0	3	0	0	0

Legenda: (...) Dado não disponível.

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

O Quadro 18 é referente dos tipos de ações realizadas, segundo os Relatórios Anuais de Gestão da região Sul no período de 2008 a 2013. As ações ocorrem de forma contínua entre os anos de 2009 e 2012 nas áreas, com exceção da Gestão do SUS, onde ocorre uma concentração de ações em 2011 e 2012. De forma diferenciada das demais regiões, o predomínio das ações se dá nas áreas de Gestão do Trabalho e Educação da Saúde e na Gestão do SUS. Destacou-se a dominação do tipo de ação Capacitação em todas as áreas. No que concerne aos cursos de pós-graduação (Residência, Mestrado e Especialização), na área de GTES não ocorreram informações sobre estes cursos. Nas áreas de Atenção à Saúde e na Gestão do SUS destacaram-se as Especializações.

Como informações complementares encontradas no documentos por UF pode-se observar que no estado do Paraná, houve um predomínio de ações relacionadas a Eventos tanto em 2011 quanto em 2012. No ano de 2011, esses Eventos se concentraram no tema da Gestão do Trabalho e Educação da Saúde, caracterizados por reuniões das CIES e oficinas sobre a EPS. Ações Estruturantes e de Pesquisa foram identificadas dentro deste mesmo tema, relacionadas, principalmente, à implantação de CIES e de indicador de avaliação dos cursos previstos no Plano de Educação Permanente em Saúde, além de estudos de necessidades para as regiões de saúde e evasão dos cursos ofertados. Além disso, foram quantificados dois cursos na área de Atenção à Saúde, sendo um de capacitação em transplante de órgãos e outro de atualização em Urgência-Emergência.

Em 2012, observou-se maior número de ações em todas as áreas, destacando-se a realização de Eventos, principalmente na área de Gestão do SUS. Foram relatadas 12 ações de capacitação na área de Atenção à Saúde, voltadas em sua maioria para pessoal de nível técnico e médio, e ainda 40 projetos de Capacitação das Regionais de Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde, sem especificação das áreas de concentração. Ações estruturantes também foram encontradas nas áreas de Gestão do Trabalho e Educação da Saúde e Atenção à Saúde, incluindo implantação do Telessaúde. Um projeto de pesquisa foi identificado na área de Gestão do SUS, a fim de elaborar o edital do Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde: gestão compartilhada (PPSUS). Maior oferta de ações de Especializações ocorreu no ano de 2012, nas áreas de Atenção à Saúde e Gestão do SUS, em sua maioria voltadas para Saúde da Família e Saúde Mental. Apenas um curso foi ofertado para pessoal de nível técnico na área de enfermagem para Saúde Mental.

No Rio Grande do Sul, em 2009 predominaram ações na área de Gestão do Trabalho e Educação da Saúde. Foram contabilizados 11 eventos e 69 projetos gerados para cumprir a meta de qualificar 9.000 pessoas na Educação Permanente para o SUS no período. Também foram identificadas quatro ações na área de Atenção à Saúde, voltadas para a saúde do idoso, saúde bucal, promoção à saúde e atenção especializada, sendo as duas primeiras para profissionais de nível médio e as duas últimas para profissionais de nível superior. Dois eventos nas áreas de Vigilância e Atenção à Saúde.

No ano de 2010, notou-se a oferta de Capacitações para todas as áreas, principalmente na de Atenção à Saúde, com ênfase na formação de profissionais de nível médio para as áreas de saúde do idoso e saúde bucal. Foram ofertadas duas capacitações na área de Vigilância em Saúde, sendo uma para técnicos em saúde bucal e outra na área de animais peçonhentos através do Ensino à Distância (EAD). O Curso Nacional de Qualificação de Gestores do SUS, da área de Gestão do SUS, também foi realizado através de EAD. Na área de Gestão do Trabalho e Educação da Saúde, foram capacitadas aproximadamente 100 pessoas nas CIES Estadual em diversas modalidades. Não foram encontradas ações de Educação Permanente no relatório de 2011, apenas sendo indicado no eixo de Educação na Saúde o percentual de CIES em funcionamento por estado (100%).

Em 2012, assim como no RAG de 2013, a educação permanente é citada como indicador para a qualificação e fixação de profissionais para o SUS, sem descrições de ações. O termo “educação permanente” também aparece em eixos como Saúde do Idoso, Saúde Mental e Saúde da população negra, entre outros, em todos os relatórios. Houve concentração de cursos de especialização na área de Gestão do SUS, principalmente no ano de 2010. Em 2009, foi identificada a oferta de especialização na área de Vigilância em Saúde, em Direito Sanitário, e do Programa de Residência Integrada em Saúde. Já em 2010, além de Direito Sanitário, foi ofertada a especialização na área de saúde do idoso. A continuidade e abertura de novas turmas de Residência Integrada em Saúde também são contempladas neste relatório.

Em Santa Catarina, destacou-se o grande número de ações de Capacitação nos anos de 2011 e 2012. Nos dois anos, estas Capacitações eram concentradas na área de Gestão do SUS e Atenção à Saúde. Apesar dos dois RAGs quantificarem o número de cursos e de profissionais formados, não houve especificação dos temas contemplados, com exceção da capacitação no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos e para profissionais da Estratégia de Saúde da Família no ano de 2012. Também foram realizadas onze oficinas no ano de 2011 sobre Redes Integradas de Atenção à Saúde, e o apoio à realização de eventos da Saúde em 2012. Observou-se, também, duas ações estruturantes no ano de 2011 relacionadas à infraestrutura física e tecnológica de escola de formação técnica e à contratação de estagiários para projetos aprovados pela SES.

Quadro 18: Tipos de ações realizadas, segundo os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) por área e tipo de ação. Região Sul, 2008-2013.

Área	Tipo de Ação	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Vigilância em Saúde	Capacitação	...	0	2	0	2	0
	Eventos	...	1	0	0	1	0
	Pesquisa	...	0	0	0	0	0
	Estruturação	...	0	0	0	0	0
	Técnico Profissionalizante	...	...	...	...	...	...
	Residência	...	0	0	0	0	0
	Mestrado	...	0	0	0	0	0
	Especialização	...	1	1	0	0	0
Atenção à Saúde	Capacitação	...	4	4	18	26	0
	Eventos	...	1	0	0	8	0
	Pesquisa	...	0	0	0	0	0
	Estruturação	...	0	0	1	1	0
	Técnico Profissionalizante	...	...	...	...	...	...
	Residência	...	1	2	0	1	0
	Mestrado	...	0	0	0	0	0
	Especialização	...	0	1	3	5	0
Gestão do Trabalho e Educação da Saúde	Capacitação	...	69	1	0	2	0
	Eventos	...	11	0	7	4	0
	Pesquisa	...	0	0	2	0	0
	Estruturação	...	0	0	4	4	0
	Técnico Profissionalizante	...	...	...	...	...	...
	Residência	...	0	0	0	0	0
	Mestrado	...	0	0	0	0	0
	Especialização	...	0	0	0	0	0
Gestão do SUS	Capacitação	...	0	1	23	19	0
	Eventos	...	0	0	11	14	0
	Pesquisa	...	0	0	0	1	0
	Estruturação	...	0	0	0	0	0
	Técnico Profissionalizante	...	...	...	...	...	...
	Residência	...	0	0	0	0	0
	Mestrado	...	0	0	0	0	0
	Especialização	...	2	7	1	1	0

Legenda: (...) Dado não disponível.

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

O Quadro 19 é relativo aos tipos de ações realizadas, segundo os Relatórios Anuais de Gestão da região Centro-Oeste, entre 2008 e 2013. As ações ocorrem de forma contínua entre os anos de 2008-2013 em todas as áreas, com predomínio das ações realizadas nas áreas de Atenção à Saúde e da Vigilância em Saúde. Os anos com maiores volumes de ações foram 2008 e 2010, os que diferenciam das demais regiões do país. As Capacitações foram predominantes em todas as áreas, com destaque para Atenção à Saúde e Vigilância em Saúde. No tocante aos cursos de pós-graduação (Residência, Mestrado e Especialização), todas as áreas apresentaram ações com realce para a Atenção à Saúde e Gestão do SUS, sendo a Especialização a de maior expressão.

Na análise por UF, pode-se observar que no Distrito Federal, no ano 2009 não evidenciaram-se ações de Educação Permanente em Saúde. No ano de 2010, foram observadas muitas ações de Capacitações na área de Atenção à Saúde, em Saúde da Mulher e Saúde da Família. No ano de 2011, houve maior concentração de Capacitações na área de Vigilância em Saúde com ações voltadas para o óbito materno e infantil. No ano de 2012 voltou a predominar a área da Atenção à Saúde, nas ações na Estratégia de Saúde da Família. Em relação aos cursos de Residência, Mestrado e Especialização, em 2010 não foram ofertados cursos. Em 2011 foi ofertado apenas um curso de Especialização de Gestão de Trabalho e Educação na Saúde e em 2012 foram realizadas uma Especialização e uma Residência na área da Atenção à Saúde.

No estado de Goiás, verificou-se que em todos os anos houve maior concentração de processos de Capacitação na área de Atenção à Saúde, destacando ações voltadas

para a saúde da criança e cuidados no parto. Na área de Vigilância em Saúde, a leitura dos documentos revelou maior número de cursos voltados para a Vigilância Epidemiológica de doenças transmissíveis. Na área de Gestão do SUS, as ações se voltaram para a Capacitação em regulação. Na área de Gestão de Trabalho e Educação na Saúde, nas poucas ações identificadas, os registros consistiam da seguinte forma: "capacitação em educação permanente".

No ano de 2009, houve diminuição do número de eventos/ações. Também merece destaque que cursos na área de Gestão do SUS foram identificados nos três anos estudados. Os documentos revelaram que nos anos de 2008 e 2009 houve a formação profissional de técnicos de enfermagem. E em 2010 houve estruturação física dos núcleos de Educação Permanente. Observou-se que nos anos de 2008 e 2010 foram ofertados cursos de especialização no tema Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Em 2009 foi ofertado mestrado neste mesmo tema. Notou-se que nos três anos (2008-2010) foram realizados especialização em saúde mental e mestrado profissional em saúde coletiva. Em 2008 e 2009 ofertou-se especialização de assistência farmacêutica para a atenção básica e no ano de 2009 houve especialização em docência em saúde e em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Em Mato Grosso, no ano de 2011 houve maior concentração das ações de Educação Permanente, na área de Atenção à Saúde, com ênfase na área de saúde da mulher. A segunda área de maior concentração de cursos e eventos, tendo em vista a qualificação do trabalhador, foi a de Vigilância em Saúde, destacando-se as capacitações

relacionadas à Saúde do Trabalhador. Em 2013, na área de Vigilância à Saúde, as capacitações realizadas foram, na maioria, voltadas para os temas de Vigilância Epidemiológica das doenças transmissíveis. A leitura dos documentos também revelou que no ano de 2012 foram formados profissionais de ensino médio nas áreas de radiologia, enfermagem, saúde bucal, hemoterapia e análises clínicas.

O estado do Mato Grosso do Sul, na região Centro-Oeste, foi o que mais apresentou registro de atividades de Educação Permanente. Em 2008, as capacitações/eventos que mais obtiveram registro concentraram-se na área de Atenção à Saúde, voltados para saúde da mulher, e da Vigilância, voltados para controle de doenças endêmicas e Vigilância da Saúde do Trabalhador, repetindo essa realidade no ano de 2009. A partir de 2010 observa-se que houve uma continuidade na distribuição dos cursos, entretanto, foi identificado um maior número de ações na área de Vigilância em Saúde, destacando-se as ações para Doenças Sexualmente Transmissíveis e Tuberculose. Na área Gestão do SUS, foi observada maior concentração das Capacitações destinadas aos conselheiros de saúde. Nos anos de 2011 e 2012 houve similaridade em relação aos outros anos: muitas ações voltadas para a saúde do trabalhador e para as doenças endêmicas. Todavia, também foram observadas em 2012, várias ações voltadas para a Capacitação da atenção básica.

Quadro 19: Tipos de ações realizadas, segundo os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) por área e tipo de ação. Região Centro-Oeste, 2008-2013.

Área	Tipo de Ação	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Vigilância em Saúde	Capacitação	16	13	22	14	15	3
	Eventos	13	7	16	14	8	3
	Pesquisa	...	...	...	...	...	...
	Estruturação	...	...	...	...	...	...
	Técnico Profissionalizante	...	...	...	...	...	...
	Residência	0	0	0	0	0	0
	Mestrado	1	0	1	0	0	0
	Especialização	1	2	0	1	0	0
Atenção à Saúde	Capacitação	24	17	28	14	22	3
	Eventos	16	14	14	5	13	1
	Pesquisa	...	...	...	...	...	...
	Estruturação	...	...	...	...	...	...
	Técnico Profissionalizante	...	...	...	...	...	...
	Residência	1	1	0	1	0	0
	Mestrado	0	0	0	0	0	0
	Especialização	3	2	2	2	3	1
Gestão do Trabalho e Educação da Saúde	Capacitação	4	4	7	3	3	0
	Eventos	5	5	5	5	4	0
	Pesquisa	...	...	...	...	...	...
	Estruturação	...	...	...	...	...	...
	Técnico Profissionalizante	...	...	...	...	...	...
	Residência	0	0	0	0	0	0
	Mestrado	0	0	0	0	0	0
	Especialização	1	2	0	2	0	0
Gestão do SUS	Capacitação	7	7	11	8	8	0
	Eventos	5	6	7	5	5	0
	Pesquisa	...	...	...	...	...	...
	Estruturação	...	...	...	...	...	...
	Técnico Profissionalizante	...	...	...	...	...	...
	Residência	0	0	0	0	0	0
	Mestrado	1	2	1	0	0	0
	Especialização	3	1	2	0	1	0

Legenda: (...) Dado não disponível.

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Pela observação dos aspectos analisados, percebe-se que a pesquisa documental realizada permitiu reconhecer os limites na identificação das ações de Educação Permanente em Saúde desenvolvidas no âmbito das SES. As diretrizes nacionais da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é um processo, sem dúvidas, inovador, mas sua implementação nas SES ainda tem um longo caminhar.

Destaca-se, o **caráter multicêntrico da pesquisa** que simultaneamente foi conduzida em três centros de pesquisa, com peculiaridades interessantes e diferentes. Considerando que o país possui importantes diferenças regionais nas várias UFs, sob o ponto de vista prático, o trabalho dos centros de pesquisa facilitou a captação dos documentos a serem investigados, reduzindo o tempo do estudo, assim como a melhor compreensão regional. Por outro lado, requeria por parte da coordenação geral assegurar o trâmite de diferentes apreciações institucionais e dos pesquisadores, sem perder a essência das estratégias metodológicas e fazendo os ajustes necessários no percurso da pesquisa, e o compartilhamento com os pesquisadores. Pode-se considerar que foi uma estratégia exitosa para a pesquisa.

Tendo em vista os aspectos observados, considera-se que o maior desafio desta etapa da pesquisa foi a **identificação das ações planejadas e executadas pelas SES, referentes à Educação Permanente em Saúde inseridas nos documentos dos Planos Estaduais de Saúde e dos Relatórios Anuais de Gestão**. A leitura dos documentos permitiu identificar o precário registro das ações de EPS nos documentos estudados

reforçando uma fragilidade há muito conhecida: os profissionais de saúde não trabalham consciente que o registro de suas ações é importante para ações futuras e para avaliação de políticas implantadas, indicando um hiato significativo entre as ações programadas nos Planos de Saúde e o executado nos Relatórios de Gestão.

Apesar dos instrumentos consistirem em quadros bastante objetivos, a análise documental sugere que as definições de metas, ações, indicadores e diretriz são bem distintas, criando um quadro bastante complexo para uma análise mediante os PESs e RAGs, ou seja, permite-nos inferir que há diversidade das concepções envolvidas no que diz respeito a tais definições. Conforme o ano do documento analisado, uma mesma atividade pode variar entre ação, meta e objetivos, enquanto as diretrizes são compostas ou compõe os objetivos conforme a UF e o ano.

A composição dos PESs e dos RAGs são ambíguas e seus elementos (objetivos e diretrizes; e ações e metas) se misturam e alternam a cada ano. Basicamente, uma estratégia definida como meta no RAG de 2011 pode aparecer como ação no documento de 2013. O formato do documento não nos permite grandes conclusões, pois esse fato pode decorrer tanto da maior eficiência de uma área técnica/setor da SES ou basicamente ser devido ao número diferente de ações por metas.

Evidencia-se a multiplicidade de interpretações por parte das SES sobre os instrumentos de planejamento de gestão, que tratam os instrumentos de planejamento e monitoramento como formalidades.

A análise permitiu observar, em relação ao tipo de ação, 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 as diretrizes propostas pela PNEPS, que é de superar a tradição de se organizar um rol de capacitações/treinamentos pontuais, verifica-se uma não superação do modelo. Entretanto, o contexto político, econômico, as diretrizes das Políticas de Saúde no período analisado (2008-2011), de forma direta e/ou indiretamente, afetaram as ações propostas e executadas da EPS, tal fato não permite fazer uma conclusão de forma tão contundente.

Alguns fatores que durante o período analisado podem justificar a pertinência desse modelo tradicional de capacitações podem estar relacionados a aspectos como: processo de estrutura das CIES, que não haviam se concretizado nas UFs e estavam em estruturação, podendo ter afetado o desenho do plano de EPS; a dificuldade de gestão dos recursos financeiros para a EPS, tendo em vista que, por exemplo, em 2009 apenas parte das UFs conseguiram movimentar os recursos e as Capacitações era processos mais curtos e com mesmos investimentos. E, também, a velocidade de execução de ações emergenciais para atender a expansão da Estratégia de Saúde da Família, epidemias como a da Dengue, a implantação da Rede Cegonha, de projetos de Urgência/Emergência entre outros. Este tipo de estratégia (Capacitações) era mais fácil também de encontrar preceptores/docentes nas diferentes regiões do país. Cabe ressaltar que igualmente ocorreram ações de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde em algumas UFs, por meio de ações de Estruturação na área de Gestão do

Trabalho e Educação em Saúde. No tocante aos **cursos de pós-graduação** (Residência, Mestrado e Especialização), o maior volume das ações estão nas áreas de Atenção à Saúde e Gestão do SUS e concentram-se na Especialização.

Survey: Brasil e Regiões

A estruturação da PEPSUS nas Secretarias Estaduais de Saúde

Este bloco apresenta os resultados do *survey* aplicados aos gestores/responsáveis pela condução da política de educação permanente nas secretarias estaduais de saúde.

Como instrumento de coleta de dados foi disponibilizado um questionário *on-line* contendo 60 questões semi-estruturadas, distribuídas em sete blocos. A análise dos resultados trata das questões qualitativas e quantitativas, reproduzidas e comentadas a seguir :

O Cenário de Estudo: as Secretarias Estaduais de Saúde

Das 27 Secretarias Estaduais de Saúde em que seus respectivos responsáveis responderam ao questionário autoaplicável, somente em sete estados (Amazonas, Alagoas, Distrito Federal, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso e Rondônia) que representam 25,9% do total, não foi relatada a existência de setor específico de Educação Permanente em Saúde em sua estrutura organizacional. Nas demais 20 unidades federadas (74,1%) foi reportada a presença destas estruturas (Figura 2).

Muito embora a maioria tenha respondido afirmativamente, quando avaliado do ponto de vista regional, evidenciam-se diferenças marcantes no território brasileiro no que tange à distribuição desta arquitetura organizacional. Proporcionalmente, a região com menor número de estruturas de EPS é a Centro-oeste (50%), seguida da Norte (28,5%), da Sudeste (25%) e da Nordeste, com 22,2%. A única região do país em que todos os estados referiram setor próprio de EPS é a Sul, conforme pode ser visto na Tabela 9.

Tabela 9: Proporção de ausência de setor de EPS segundo a região do país. Brasil, 2015

Regiões	Nº de estados sem setor de EPS	Nº de estados com setor de EPS	Proporção (%)
Sul	3	0	0,0
Sudeste	4	1	25,0
Centro-oeste	4	2	50,0
Nordeste	9	2	22,2
Norte	7	2	28,5
Total	27	7	

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Essa desigualdade reflete não tão somente diferenças socioeconômicas e espaciais entre as regiões e estados do país, mas a estruturação desigual da proposta de descentralização do sistema de saúde brasileiro e de suas estratégias de fortalecimento, tendo como um dos pilares a Educação Permanente e a qualificação dos trabalhadores.

Figura 2: Mapa com setores específicos de EPS. Brasil, 2015.

Quadro 20: Denominação do setor de subordinação da EPS nos organogramas das SES. Brasil, 2015.

Denominação na Estrutura da SES
- Coordenadoria de Recursos Humanos - Coordenadoria Geral de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde - Coordenação de Educação na Saúde
- Direção Geral - Diretoria de Educação Permanente - Diretoria de Planejamento e Gestão - Diretoria de Atenção Integral à Saúde
- Gerência de Desenvolvimento e Educação em Saúde - Gerência de Desenvolvimento e Qualificação - Gerência de Desenvolvimento Estratégico e - Desenvolvimento Institucional
- Núcleo de Valorização, Negociação - Educação no Trabalho
- Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - Secretaria Executiva
- Superintendência de Educação na Saúde - Regulação do Trabalho - Superintendência de Recursos Humanos - Superintendência de Gestão de Pessoas - Superintendência de Educação na Saúde
- Subordinação direta ao Secretário de Saúde
- CEFOR (Centro de Formação) - Escola de Saúde Pública

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Em que pese a multiplicidade de designações e inserções do setor de EPS nas administrações estaduais, merece destaque a presença e o protagonismo da área na arquitetura organizacional enquanto uma das estratégias para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores de saúde.

Chama a atenção que em três unidades federadas o setor de EPS está vinculado diretamente ao núcleo de poder e decisão da Secretaria de Saúde (Gabinete) e mesmo aqueles entrevistados que refeririam não possuir estrutura formal para a área relatam que as ações de educação permanente em saúde estão presentes nas Secretarias,

perpassam as áreas técnicas e instâncias, sendo desenvolvidas por distintos atores em vários setores e cenários, na busca de ação intersetorial articulada.

Cenário nacional

Bloco I – Perfil do Responsável pelo Setor de EPS nas SES

A análise dos dados obtidos com a aplicação do questionário aos responsáveis pelo Setor de EPS nas SES apresenta os seguintes principais resultados, que podem ser vistos agregados na Tabela 10.

Tabela 10: Perfil do responsável pelo setor de Educação Permanente da SES, segundo gênero, escolaridade, titulação, área de titulação, situação funcional, tipo de vínculo, tempo no cargo e na SES. Brasil, 2015

Sexo	Brasil	
	N=27	%
Feminino	20	74,1
Masculino	7	25,9
Grau de escolaridade		
Graduação Completa	27	100,0
Maior titulação		
Mestrado Profissional	2	7,4
Mestrado Acadêmico	7	25,9
Especialização	16	59,3
Doutorado	2	7,4
Área de titulação		
Recursos Humanos	10	37,0
Saúde Coletiva	3	11,1
Saúde Pública	6	22,2
Administração	3	11,1
Educação	3	11,1
Outra	6	22,2
Situação funcional		
Acumula outra função na SES	1	3,7
Contratada(o)/nomeada(o) especificamente para o cargo que ocupa	13	48,1
Funcionário do quadro da SES	13	48,1
Tipo de vínculo		
CLT	2	7,4
DAS/cargo comissionado	8	29,6
Estatutário/DAS ou cargo Comissionado	7	25,9
Estatutário/função gratificada	1	3,7
Estatutário	9	33,3

Tempo no cargo atual		
Mais de 8 anos	2	7.41
De 4 a 8 anos	5	18.52
De 1 a 3 anos	6	22.22
Menos de 1 ano	14	51.85
Tempo na SES		
Mais de 10 anos	2	7.4
De 6 a 10 anos	5	18.5
De 1 a 5 anos	6	22.2
Menos de 1 ano	14	51.9
Experiência anterior na área de EP		
Sim, na área da Saúde	16	59,3
Não	11	40,7

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Dos 27 que responderam, 20 (74,1%) são do sexo feminino e 07 (25,9%), masculino. A preponderância do sexo feminino é de cerca de 3:1 sobre o masculino, acompanhando a tendência de feminilização de ocupação do setor saúde e das funções gestoras por este gênero. Esses resultados coincidem com os achados da pesquisa do CONASS (2015)⁸ que revelou que os gestores da área de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde nas SES em 2012 eram, em sua maioria, do gênero feminino (70,4%).

Considerando a divisão do país em regiões geográficas e a distribuição por sexo, verifica-se que as regiões Norte e Nordeste concentram a maior proporção de gestores de EPS do sexo feminino. Nota-se que a região Centro-oeste é a única região do país em que todos os responsáveis são mulheres. A região Sul, proporcionalmente, é a que possui maior representação do sexo masculino na gestão de EPS (2:1); enquanto a Sudeste se

⁸Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2º levantamento da Organização, Estrutura e Ações da área de Recursos Humanos das Secretarias Estaduais de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 180 p. – (CONASS Documenta, 29).

destaca das demais por exibir um equilíbrio de representação dos sexos na gestão de EPS, como demonstram os dados da Tabela abaixo.

Tabela 11: Distribuição do responsável pelo setor de Educação Permanente em Saúde da SES, por gênero, segundo a região do país. Brasil, 2015

Sexo	N		NE		SE		S		CO	
	N=7	%	N=9	%	N=4	%	N=3	%	N=4	%
Feminino	6	85.7	7	77.8	2	50,0	1	33.3	4	100,0
Masculino	1	14.3	2	22.2	2	50,0	2	66.7	0	0,0

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Chama a atenção a alta escolarização e qualificação dos entrevistados já que 100% têm graduação completa e titulação em nível de pós-graduação: quase 60% completaram curso de especialização; mais de 30% o mestrado, sendo o acadêmico com 25,9% e o Profissional com 7.4%. Os demais restante, mais de 7% do contingente, são doutores. Ressalte-se que nenhum profissional relatou possuir pós-doutorado.

Ao olharmos as regiões do país, verifica-se uma predominância dos cursos de especialização (pós-graduação lato sensu) nas regiões Norte, Sudeste e Centro-oeste na formação dos gestores de EPS. A região Nordeste destaca-se por apresentar uma predominância de programas de pós-graduação stricto sensu (mestrados acadêmico {1} e profissional {4}) em relação aos cursos de especialização. A Sul exibe um equilíbrio entre mestrado acadêmico, especialização e doutorado, sendo a região do país em que os gestores de EPS possuem as mais altas titulações em nível de pós-graduação. Chama a

atenção que a Centro-oeste possui também 01 gestor com formação de doutor (Tabela 12).

Tabela 12: Distribuição do responsável pelo setor de Educação Permanente em Saúde da SES, pela maior titulação, segundo a região do país. Brasil, 2015

Maior titulação	N		NE		SE		S		CO	
	N=7	%	N=9	%	N=4	%	N=3	%	N=4	%
Mestrado Profissional	0	0,0	1	11.1	0	0,0	0	0,0	1	25,0
Mestrado Acadêmico	1	14.3	4	44.4	1	25,0	1	33.3	0	0,0
Especialização	6	85.7	4	44.4	3	75,0	1	33.3	2	50,0
Doutorado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33.3	1	25,0
Pós Doutorado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Em relação às áreas em que os gestores estaduais se pós-graduaram há uma evidente predominância da área de Recursos Humanos que representa quase 40% do contingente. Chama a atenção ainda que mais de 30% dos respondentes se pós graduaram em Saúde Pública e Saúde Coletiva e que os campos da Educação e da Administração têm participação significativa, representando cada um, 11.1%. Em outras formações encontramos Psicopedagogia, Gerenciamento de Projetos, Filosofia e Ciências Sociais, ou seja, há uma relativa diversificação nas áreas de pós-graduação dos gestores com a incorporação de distintas áreas do conhecimento, o que pode resultar em uma ampliação do olhar e das experiências trazidas para o setor.

Os dados da Tabela 13 confirmam a superioridade da formação em Recursos Humanos, Saúde Pública e em outra área sobre as demais quando analisamos a distribuição pelas regiões do país. No entanto, ao focarmos em cada região,

isoladamente, nota-se padrões distintos. Na região Norte, predomina a formação em outra área, na Nordeste em Recursos Humanos e na Centro-oeste, em Saúde Pública. Nas regiões Sudeste e Sul observa-se uma distribuição homogênea entre distintas formações: Recursos Humanos, Saúde Pública, Saúde Coletiva e Educação na Sudeste e, Saúde Pública, Educação e outra, na Sul .

Tabela 13: Áreas de Pós-graduação dos Gestores de EPS, por região do país. Brasil, 2015

Área	N		NE		SE		S		CO	
	N=7	%	N=9	%	N=4	%	N=3	%	N=4	%
Recursos Humanos	1	14,3	4	44,4	1	25,0	0	0,0	0	0,0
Saúde Coletiva	1	14,3	2	22,2	1	25,0	0	0,0	0	0,0
Saúde Pública	0	0,0	2	22,2	1	25,0	1	33,3	2	50,0
Administração	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0
Educação	1	14,3	0	0,0	1	25,0	1	33,3	1	25,0
Outra	4	57,1	1	11,1	0	0,0	1	33,3	0	0,0

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Quanto à situação funcional verifica-se um equilíbrio entre aqueles que são funcionários e pertencem ao quadro permanente da SES e aqueles que são contratados ou nomeados especificamente para o exercício do cargo de gestor, representando cada um cerca de 48% do total.

Nas regiões Norte e Nordeste, as contratada(o)/nomeada(o)s especificamente para o cargo que ocupam têm supremacia sobre as demais situações funcionais; enquanto nas regiões Centro-oeste e Sul essa posição se inverte e os funcionários do quadro da SES aparecem na dianteira. A Sudeste apresenta um quadro peculiar com o mesmo número de gestores contratados para o cargo e de funcionários das SES. Ressalta-se ainda que, somente na região Nordeste um respondente acumula as funções da área com outras atividades na SES, o que reflete um cenário animador quanto à dedicação exclusiva de

mais de 90% de gestores na atuação institucional em tempo integral em Educação Permanente em Saúde (Tabela 14).

Tabela 14: Situação funcional do responsável pelo setor de Educação Permanente em Saúde da SES, segundo a região do país. Brasil, 2015

Situação funcional	N		NE		SE		S		CO	
	N=7	%	N=9	%	N=4	%	N=3	%	N=4	%
Acumula, também, outra função na SES	0	0,0	1	11.1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Contratada(o)/nomeada(o) especificamente para o cargo que ocupa	4	57.1	5	55.6	2	50,0	1	33.3	1	25,0
Funcionário do quadro da SES	3	42.9	3	33.3	2	50,0	2	66.7	3	75,0

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Quanto aos tipos de vínculos, observa-se uma predominância do regime estatutário (mais de 60%) sobre a nomeação para cargo em DAS/cargo comissionado (29.6% %) e sobre o regime celetista (somente 7.4%). Na primeira modalidade as inserções vão desde a nomeação em DAS/ cargo comissionado, em função gratificada ou até mesmo pela contratação pelo próprio regime estatutário, típico da administração pública direta. Não foi apontado pelos gestores vinculação por intermédio de terceirizações ou prestação de serviços.

A Tabela 15 abaixo traz a distribuição de tipos de vínculos por regiões do país. Se considerarmos todas as regiões, os tipos de vínculos mais frequentes são os de DAS/cargo comissionado e o Estatutário, regime jurídico criado com o intuito de regulamentar as relações de direito administrativo entre o Estado e os ocupantes de cargos públicos. Já se considerarmos cada região isoladamente, observam-se algumas diferenças, quais sejam: nas regiões Norte e Nordeste, prevalecem o DAS/cargo comissionado e o Estatutário/cargo comissionado; na Sudeste, a preferência pela vinculação é pelo DAS/cargo comissionado; na Sul se distribuem igualmente pelo

DAS/cargo comissionado, Estatutário/função gratificada e Estatutário; enquanto na Centro-oeste, predomina o Estatutário.

Tabela 15: Tipo de vínculo do responsável pelo setor de Educação Permanente em Saúde da SES, segundo a região do país. Brasil, 2015

Tipo de vínculo	N		NE		SE		S		CO	
	N=7	%	N=9	%	N=4	%	N=3	%	N=4	%
CLT	0	0,0	1	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
DAS/cargo comissionado	3	42,9	3	33,3	2	50,0	1	33,3	0	0,0
Estatutário/DAS ou cargo Comissionado	3	42,9	2	22,2	1	25,0	0	0,0	1	25,0
Estatutário/função gratificada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3	0	0,0
Estatutário	1	14,3	3	33,3	1	25,0	1	33,3	3	75,0
Terceirizado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Prestador de Serviço	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Quanto ao tempo no cargo de Gestor de Educação Permanente em Saúde, os dados mostram que a maioria tem inserção recente: há menos de um ano na área (51.9%) e de 01 a 03 anos (22.2%). De 04 a 08 anos (18.5%) e com mais de 8 anos, somente 7.4%.

Nas regiões Norte e Nordeste há uma nítida superioridade de Gestores com menos de 01 ano no cargo atual de EPS; enquanto a Centro-oeste exibe predomínio na faixa de 01 a 03 anos no cargo. Sudeste e Sul são as regiões que têm gestores mais experientes e, em geral, nestas duas regiões, há uma distribuição equitativa dos Gestores em todas as faixas de tempo no cargo (Tabela 16).

Tabela 16: Tempo que ocupa o cargo de gestor do setor de Educação Permanente em Saúde da SES, segundo a região do país. Brasil, 2015

Tempo no cargo atual	N		NE		SE		S		CO	
	N=7	%	N=9	%	N=4	%	N=3	%	N=4	%
Mais de 8 anos	0	0,0	0	0,0	1	25,0	1	33,3	0	0,0
De 4 a 8 anos	1	14,3	1	11,1	1	25,0	1	33,3	1	25,0
De 1 a 3 anos	1	14,3	2	22,2	1	25,0	0	0,0	2	50,0
Menos de 1 ano	5	71,4	6	66,7	1	25,0	1	33,3	1	25,0

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

No que tange ao tempo que trabalha na SES, o Brasil mostra resultados que variam desde os menos experientes, com menos de 01 ano (44,4%) aos mais experientes, com mais de 10 anos (33,3%), sendo que 40,7% reportam que não têm nenhuma experiência anterior de trabalho na área de Educação Permanente. Já na área de Saúde, quase 60% do contingente declara ter experiência na área, de uma forma mais geral.

Em relação ao tempo em que o gestor do setor trabalha na SES, verifica-se situações distintas quando olhamos as regiões: nas regiões Norte e Nordeste a prevalência é de gestores com menos de 1 ano nas Secretarias; enquanto nas regiões Sudeste, Sul e Centro-oeste predominam os gestores, com mais tempo nas SES, ou seja, mais de 10 anos (Tabela 17).

Tabela 17: Tempo na SES dos Gestores de EPS, por região do país. Brasil, 2015

Tempo no cargo atual	N		NE		SE		S		CO	
	N=7	%	N=9	%	N=4	%	N=3	%	N=4	%
Mais de 10 anos	2	28,6	1	11,1	2	50,0	2	66,7	2	50,0
De 6 a 10 anos	1	14,3	2	22,2	1	25,0	0	0,0	0	0,0
De 1 a 5 anos	0	0,0	1	11,1	0	0,0	0	0,0	1	25,0
Menos de 1 ano	4	57,1	5	55,6	1	25,0	1	33,3	1	25,0

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Ao se considerar a experiência anterior de trabalho dos Gestores na área de Educação Permanente os resultados por regiões mostram resultados diferenciados: nas região Nordeste e Sul a hegemonia fica por conta daqueles que têm experiência na área de saúde de uma forma mais geral.

Na Norte, a prevalência é daqueles que afirmam não possuir experiência anterior de trabalho na área de EPS; enquanto nas regiões Sudeste e Centro-oeste alegam possuir experiência anterior em outra área diferente da área de saúde (Tabela 18).

Tabela 18: Experiência do gestor na área de Educação Permanente em Saúde, segundo a região do país. Brasil, 2015

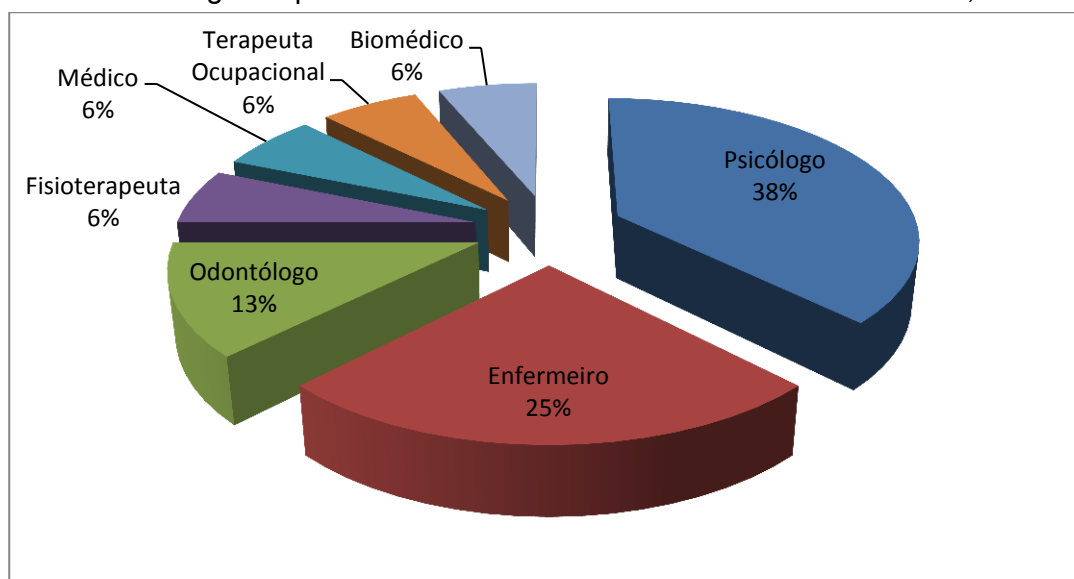
Experiência anterior de trabalho na área de EPS	N		NE		SE		S		CO	
	N=7	%	N=9	%	N=4	%	N=3	%	N=4	%
Sim, na área da Saúde	2	28,6	8	88,9	1	25,0	2	66,7	1	25,0
Não	4	57,1	0	0,0	1	25,0	1	33,3	1	25,0
Sim, em outra área	1	14,3	1	11,1	2	50,0	0	0,0	2	50,0

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Foram ainda mencionadas pelos gestores diversificadas experiências anteriores em distintos setores e instâncias para o exercício de múltiplas funções, tais como: coordenação de programas específicos, como DST/AIDS; apoio institucional; desenvolvimento e implementação de educação profissional, programas de formação, treinamentos e desenvolvimento de funcionários, dentre outros.

No que diz respeito à profissão dos gestores de EPS, verifica-se representação de várias delas, com predomínio da ocupação pelas profissões de nível superior da saúde (59.2%) representados pelas seguintes categorias (Gráfico 2):

Gráfico 2: Categorias profissionais de saúde dos Gestores de EPS. Brasil, 2015.



Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Outras profissões também vem ganhando espaço e ocupando o cargo de gestor desta área, com destaque para os advogados (2), os administradores (2) e os pedagogos (1). Alguns respondentes declararam somente a condição de servidor público (4), do cargo que ocupa (Especialista em Política e Gestão de Saúde (1) e somente 1 não declarou profissão.

Os cargos nas SES em que os gestores são investidos recebem uma multiplicidade de designações para as funções da área de gestão da educação em saúde, com predominância da nomenclatura de Direção (25,9%), seguida da de Gerência e de Coordenação, ambas com 22,2% (Quadro 21).

O fato é que as funções gestoras da educação permanente em saúde têm representatividade na estrutura organizacional e no contexto institucional da maioria das Secretarias Estaduais de Saúde. A variabilidade das descrições dos cargos encontrados

nos organogramas formais reflexo dos modelos gerenciais adotados expressam arranjos hierárquicos, graus de autonomia e poder de decisão sobre as matérias inerentes à área.

Quadro 21: Cargos dos responsáveis pelo setor de EPS nas SES, Brasil, 2015.

Designações	Cargos	%
Direção	- Diretoria Geral de Educação na Saúde - Diretor de Escola Técnica do SUS - Diretor da Escola de Saúde Pública - Diretor da Escola T. do SUS - Diretora do Depto. de Gestão da Educação em Saúde - Diretor Geral do CEFOR - Diretora do desenvolvimento de Pessoas	7 (25,9%)
Gerência	- Gerência de Desenvolvimento de RH - Gerência do Depto. de Ensino e Pesquisa - Gerência Geral do Projeto Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde - Gerência de Desenvolvimento e Qualificação - Gerência de Educação Permanente - Gerência	6 (22,2%)
Coordenação	- Coordenação do Núcleo Estadual de EPS - Coordenação da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde - Coordenação da Educação em Saúde e Gestão - Coordenação de Formação em Saúde e Políticas	6 (22,2%)

	Públicas - Coordenação de CSGDP Subcoordenação de Capacitação	
Superintendência	- Superintendência Geral de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde - Superintendência de Recursos Humanos	2 (7,4%)
Chefia	- Chefia do Núcleo Especial de Desenvolvimento de RH	1 (3,7%)
Assessoria	- Assessoria Técnica	1 (3,7%)
NR		4 (4,0%)
Total		27 (100%)

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Essa multiplicidade de profissões, variabilidade das designações dos cargos, as capacitações específicas e a formação em nível de pós-graduação, permitem aos gestores o exercício das funções de articular e integrar as estratégias institucionais, elaborar os planos e programas operacionais, administrar as potencialidades dos processos organizacionais em torno das estratégias de Educação Permanente.

Bloco II – Foco Organizacional

Neste bloco foram considerados os aspectos de estruturação interna do setor de EPS nas SES, bem como os recursos físicos, materiais e humanos disponíveis para o desenvolvimento de suas principais atividades educativas.

Observa-se que, em cerca de 60% das secretarias de saúde o setor de EPS foi introduzido na estrutura organizacional e, por conseguinte, no organograma que a representa sendo que, em mais de 65% delas o setor conta com estrutura física própria e articula recursos múltiplos, como por exemplo os recursos de internet e os informáticos (os mais citados), os audiovisuais, as salas de aula e as de reunião para os objetivos de desenvolver as atividades, além de outros como os equipamentos para videoconferência, biblioteca, etc. O recurso que foi menos citado foi a existência de salas de aula.

Ressalta-se ainda que, o setor de EPS não estar presente no organograma não significa que a Secretaria necessariamente não disponha de estrutura física própria para o desenvolvimento das ações de educação. Isto fica evidente pelo número de respostas afirmativas a este quesito (18 Secretarias).

No que diz respeito à presença do setor de EPS no organograma da SES, chama a atenção que a região Norte é a que tem mais estados que ainda não criaram este setor formalmente na estrutura administrativa; enquanto a Nordeste possui uma concentração maior destas estruturas, assim como a Sudeste e a Sul. Já a Centro-oeste foi a única região em que um dos respondentes não soube precisar se existe ou não presença destas estruturas (Tabela 19).

Tabela 19: Presença do setor de Educação Permanente em Saúde (EPS) no organograma oficial da SES, segundo a região do país. Brasil, 2015

Presença do setor de EPS no organograma oficial da SES	N		NE		SE		S		CO	
	N=7	%	N=9	%	N=4	%	N=3	%	N=4	%
Não sabe	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0
Não	4	57.1	3	33.3	1	25,0	1	33.3	1	25,0
Sim	3	42.9	6	66.7	3	75,0	2	66.7	2	50,0

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Resultados similares aos da presença do setor de EPS nas SES foram encontrados quando se indagou sobre a existência de estrutura física própria para o desenvolvimento das atividades de EPS, em que parte considerável dos estados da região Norte declara que não a possui; situação diversa da encontrada nas regiões Nordeste e Sudeste que afirmam ter estrutura própria. Nota-se que a região Sul, em sua totalidade, exibe presença desta estrutura e a Centro-oeste, na qual metade dos estados a possuem e a outra, não (Tabela 20).

Tabela 20: Estrutura física própria para EPS, por região do país. Brasil, 2015

Existência de estrutura física própria para o setor de EPS	N		NE		SE		S		CO	
	N=7	%	N=9	%	N=4	%	N=3	%	N=4	%
Sim	3	42.9	7	77.8	3	75,0	3	100,0	2	50,0
Não	4	57.1	2	22.2	1	25,0	0	0,0	2	50,0

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Quanto aos recursos disponíveis para a implementação das atividades de EPS, observa-se que há uma hegemonia dos recursos informáticos e de internet em todas as regiões do país, seguido dos recursos audiovisuais. E ainda, em todas as regiões há mais acesso a salas de reunião do que a salas de aula para desenvolvimento destas ações

(Tabela 21). Chama a atenção que a região Centro-oeste é a única neste quesito que dispõe de todos os recursos mencionados.

Tabela 21: Recursos disponíveis para a EPS, por região do país. Brasil, 2015

Recursos físicos disponíveis para o setor de EPS	N		NE		SE		S		CO	
	N=7	%	N=9	%	N=4	%	N=3	%	N=4	%
Recursos informáticos	5	71.4	8	88.9	4	100,0	3	100,0	2	50,0
Sala de aula	2	28.6	3	33.3	1	25,0	2	66.7	2	50,0
Sala de reunião	4	57.1	6	66.7	3	75,0	3	100,0	2	50,0
Internet	5	71.4	8	88.9	4	100,0	3	100,0	2	50,0
Recursos audiovisuais	5	71.4	6	66.7	2	50,0	3	100,0	2	50,0

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Quase 90,0% dos respondentes (88,9%) referem que possuem estrutura própria para formação de pessoal, como Escolas Técnicas (59.3%), Escolas de Saúde Pública (22.2%) e Centros Formadores (7.4%), o que é muito significativo para o campo da educação permanente pela potencialidade que estes espaços de produção do conhecimento têm na disseminação de ofertas educativas adequadas às necessidades e competências do setor e ao alinhamento da educação ao trabalho em saúde.

Quando observa-se as regiões, é possível perceber que no Norte e no Nordeste prevalece a existência das Escolas Técnicas. As Secretarias que declararam não possuir estrutura específica para formação de pessoal estão localizadas nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste. Destaca-se, ainda, que todos os estados das regiões Sul e Centro-oeste possuem estrutura específica para formação de pessoal (Tabela 22).

Tabela 22: Estruturas específicas para formação de pessoal, por região do país. Brasil, 2015

Estrutura específica para formação de pessoal	N		NE		SE		S		CO	
	N=7	%	N=9	%	N=4	%	N=3	%	N=4	%
Escola de saúde pública	0	0,0	2	22,2	1	25,0	0	0,0	3	75,0
Escola técnica	6	85,7	5	55,6	1	25,0	2	66,7	1	25,0
Centro formador	0	0,0	1	11,1	1	25,0	1	33,3	0	0,0
Não possui estrutura própria	1	14,3	1	11,1	1	25,0	0	0,0	0	0,0

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Uma das estratégias para a implementação das ações constantes na agenda da EPS é o diálogo e interação com as outras áreas técnicas da instituição, o que é relevante para a construção coletiva de novos conhecimentos, participação dos profissionais, cooperação e intercâmbio de ideias e conceitos sobre os problemas do trabalho. Neste item, afirmativamente 96.3% dos gestores se apoiam no diálogo e na articulação com as áreas técnicas de suas secretarias para impulsionar as atividades.

Neste quesito, as regiões Norte, Nordeste, Sudeste e Sul apresentam um padrão similar, ou seja, a absoluta maioria dos respondentes (100%) afirmaram que exercitam o diálogo com outras áreas técnicas da SES para o desenvolvimento das ações. Somente um gestor da região Centro-oeste afirmou não saber da existência desse diálogo.

A pesquisa procurou saber sobre a existência das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), importante instância intersetorial e interinstitucional de caráter permanente e instrumento da formulação, condução e desenvolvimento da PEPS. Neste quesito, 24 respondentes referem a sua existência, tanto no âmbito estadual, quanto no regional; sendo sua composição conforme as especificidades de cada território, assim: regional mais estadual (51.9%), estadual (29.6%) e regional (7.4%). Apenas em

duas Secretarias responderam não contar com essa instância em funcionamento e declararam não existir proposta de criação de CIES em andamento.

Na Tabela 23 pode-se visualizar que nas regiões Norte e Nordeste somente 01 unidade federada em cada respondeu não contar com CIES. Todas as Secretarias informaram existir CIES estadual.

Tabela 23: Presença de CIES, por região do país. Brasil, 2015

Existência de CIES no estado	N		NE		SE		S		CO	
	N=7	%	N=9	%	N=4	%	N=3	%	N=4	%
Não	1	14.3	1	11.1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Regional(ais) + Estadual	2	28.6	5	55.6	3	75,0	2	66.7	2	50,0
Estadual	4	57.1	2	22.2	0	0,0	1	33.3	1	25,0
Não sabe	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0
Regional(ais)	0	0,0	1	11.1	1	25,0	0	0,0	0	0,0

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Ao serem indagados sobre as principais áreas sob responsabilidade do setor de EPS, nota-se que as principais estratégias propostas pela política de EPS podem ser visualizadas no mapeamento das atividades (Tabela 24), sendo as mais citadas as correspondentes ao trabalho nas CIES, como assessoria (77.8%) e coordenação (74.1%); assim como a articulação e a organização dos estágios curriculares (74.1%), a formação em cursos de especialização e a técnica/profissional, cada uma com 70.4%.

Tabela 24: Principais áreas/atividades sob a responsabilidade do setor de EPS. Brasil, 2015

Área/atividade	%
Assessorar a CIES	77.8
Articulação/Organização de Estágios Curriculares	74.1
Coordenar a CIES	74.1
Cursos de Especialização	70.4
Formação técn./profissionalizante	70.4
Res. Médica e Multiprofissional	51.9
ProgeSUS	51.9
Telessaúde	37
Pró-Saúde	33.3
PET-Saúde	33.3
Ver-SUS	25.9
Total	100%

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

A análise por regiões mostra resultados bem distintos entre elas: na Norte as ações que foram mais citadas pelos respondentes são as referentes à realização de cursos de especialização e de articulação/organização de estágios curriculares, seguida das ações de articulação e coordenação das CIES e da implementação da formação técnica/profissionalizante.

Resultado diverso foi encontrado na Nordeste: realização de cursos de especialização e assessoria da CIES, seguida da realização de residências médica e multiprofissional e da articulação/organização de estágios curriculares. A região Sudeste privilegia a coordenação da CIES e a formação técnica/profissionalizante, em sequência a assessoria da CIES e o Telessaúde. A Sul também foca na coordenação da CIES, em

sequência a frequência é igualmente distribuída entre todas as outras ações, com exceção das estratégias do Telessaúde, Pró-Saúde e PET-Saúde. E por fim, a Centro-oeste que tem na articulação/organização de estágios curriculares sua ação mais frequente, seguida da assessoria à CIES, formação técnica/profissionalizante e Telessaúde (Tabela 25).

Tabela 25: Principais áreas/atividades sob a responsabilidade do setor de EPS, por região do país. Brasil, 2015

Principais áreas/atividades sob a responsabilidade do setor de EPS	N		NE		SE		S		CO	
	N=7	%	N=9	%	N=4	%	N=3	%	N=4	%
Cursos de Especialização	7	100,0	8	88,9	1	25,0	2	66,7	1	25,0
Assessorar a CIES	6	85,7	8	88,9	3	75,0	2	66,7	2	50,0
Coordenar a CIES	6	85,7	6	66,7	4	100,0	3	100,0	1	25,0
Residências Médica e Multiprofissional	3	42,9	7	77,8	2	50,0	1	33,3	1	25,0
Articulação/Organização de estágios curriculares	7	100,0	7	77,8	2	50,0	1	33,3	3	75,0
Formação técnica/profissionalizante	6	85,7	5	55,6	4	100,0	2	66,7	2	50,0
ProgeSUS	3	42,9	6	66,7	2	50,0	2	66,7	1	25,0
Telessaúde	3	42,9	2	22,2	3	75,0	0	0,0	2	50,0
Pró-Saúde	2	28,6	5	55,6	2	50,0	0	0,0	0	0,0
PET-Saúde	2	28,6	6	66,7	1	25,0	0	0,0	0	0,0
Ver-SUS	0	0,0	4	44,4	1	25,0	1	33,3	1	25,0

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Bloco III – Foco operacional

Aqui são apresentadas as questões referentes à operacionalização da PNEPS no estado, os atores envolvidos, a amplitude desta inserção, as atividades desenvolvidas e as parcerias institucionais.

A formulação dos Planos Estaduais/Regionais de Educação Permanente em Saúde responde, ao mesmo tempo, às recomendações das normativas do SUS e à urgência de desenvolvimento de um processo de educação permanente que contribua para avançar e consolidar o sistema, tendo como premissas básicas a valorização dos trabalhadores, a qualificação dos serviços e a efetivação da política pública de saúde como direito de cidadania e responsabilidade do Estado.

Quando indagados sobre a existência de Planos Estaduais de Educação Permanente na unidade federada, mais de 80% (22 estados) respondem afirmativamente e cinco estados não contam com este importante instrumento de planejamento e gestão.

Nas regiões Norte e Sul, todos os estados responderam afirmativamente quanto à existência de Plano Estadual de Educação Permanente (PEEPS), situação diversa das regiões Nordeste e Sudeste, em que nem todas as unidades federadas possuem esta ferramenta de gestão. Na Centro-oeste metade dos estados referiram possuir, enquanto a outra responde negativamente (Tabela 26).

Tabela 26: Existência de Plano Estadual de Educação Permanente (PEEPS), por região do país. Brasil, 2015

Existência de Plano	N	NE	SE	S	CO
---------------------	---	----	----	---	----

Estadual de EPS	N=7	%	N=9	%	N=4	%	N=3	%	N=4	%
Não sabe	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não	0	0,0	2	22,2	1	25,0	0	0,0	2	50,0
Sim	7	100,0	7	77,8	3	75,0	3	100,0	2	50,0

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Das 16 SES que reportaram contar com CIES regionais, em sete unidades federadas informaram existir Planos Regionais de EPS e em três afirmaram que os respectivos Planos estão em elaboração; entretanto seis SES, embora contem com CIES regionais, não elaboram os referidos Planos de Ação.

A Tabela 27 mostra que, proporcionalmente, Sudeste e Sul são as regiões que possuem mais Planos Regionais de Educação Permanente. Por outro lado, na região Norte não se aponta a existência de nenhum Plano Regional, enquanto na Centro-oeste somente um.

Tabela 27: Existência de Plano Regional de Educação Permanente (PEEPS), por região do país. Brasil, 2015

Existência de Planos Regionais de EPS	N		NE		SE		S		CO	
	N=2	%	N=6	%	N=4	%	N=2	%	N=2	%
Não sabe	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não	1	50,0	3	50,0	1	25,0	1	50,0	0	0,0
Sim	0	0,0	2	33,3	2	50,0	1	50,0	1	50,0
Em elaboração	1	50,0	1	16,7	1	25,0	0	0,0	1	50,0

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Positivamente, quase a totalidade dos gestores (92,6%) que contam com os PEEPS alegam que as diretrizes e estratégias de implementação da Política Nacional de

Educação Permanente em Saúde influenciaram ou estão influenciando a construção do PEEPS, considerando as especificidades regionais e a capacidade instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde, dentre outros aspectos. Somente 3.8% (01 SES) disseram que as diretrizes nacionais da política oficial não influenciaram ou não estão influenciando a construção do PEEPS. No entanto, dizem que já iniciaram tratativas internas referentes a construção do Plano de Educação Permanente da Secretaria. Ressaltam que reiniciarão as parcerias com as áreas educacionais intervenientes para definição da metodologia de construção do Plano.

Para a construção do PEEPS, das 25 SES que possuem PEEPS todas respondem que contam com a colaboração dos trabalhadores em sua construção.

Os trabalhadores, segundo os gestores, participam de múltiplas iniciativas e oportunidades para a construção do PEEPS, tais como: discussões realizadas com as áreas técnicas; escuta dos gestores; oficinas para planejamento e análise dos indicadores de EPS; reuniões ordinárias e extraordinárias das CIES regionais e estaduais; oficinas de construção dos planos; fóruns de avaliação; seminários de experiências, etc.

A participação também ocorre por meio de suas representações no Conselho Estadual de Saúde e CIES estadual e das entidades representativas dos trabalhadores, com o objetivo de articular a melhor forma de atender a demanda de formação do profissional do SUS.

Declaram que a ideia é que haja a inserção de trabalhadores representantes das áreas das SES na construção do Plano com o objetivo de se tornar transparente e

acessível a todos. Além do mais, citam a existência da mesa de negociação permanente do SUS que é um dos espaços democráticos para deliberação de propostas, projetos e agendas relacionadas ao sistema e aos trabalhadores.

Quanto aos participantes na elaboração do PEEPS foram destacados: as áreas técnicas das SES (96%); CIES (92%); CIR e CIB, com 56% em cada. A maioria dos gestores (77.3%) diz que a participação nas reuniões de elaboração do PEEPS não é restrita às instituições integrantes da CIES do Estado; assim como a maioria das 16 que tem CIES regionais (81.3%) afirmam que essa participação não é também restrita às instituições integrantes da CIES, em âmbito regional.

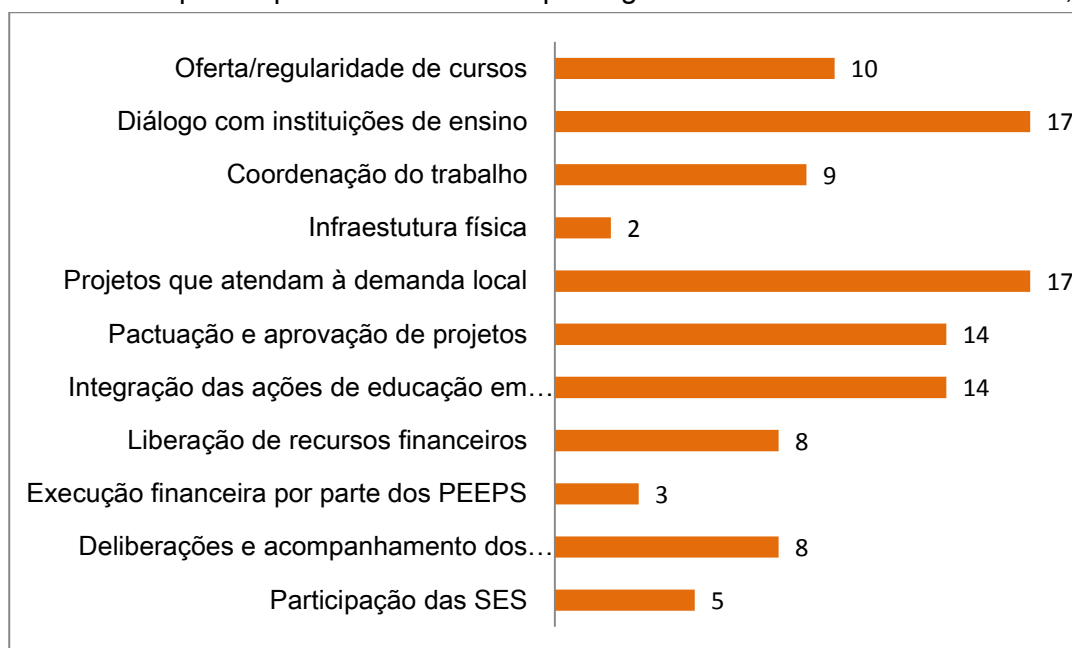
Foram ainda citados: a Câmara Técnica do SUS, representantes do COSEMS, do CONASEMS e do Conselho Estadual de Saúde, dentre outros. Essas informações são confirmadas quando observa-se a Tabela 28, em que as regiões mostram um padrão semelhante no que tange à participação dos órgãos na elaboração do PEEPS. Nota-se que tanto as áreas técnicas das SES, quanto as CIES, têm expressão em todas as regiões do país na elaboração do PEEPS.

Tabela 28: Órgãos participantes da elaboração do PEEPS, por região do país. Brasil, 2015

Órgãos	N		NE		SE		S		CO	
	N=7	%	N=9	%	N=4	%	N=3	%	N=4	%
CIR	3	42.9	4	44.4	2	50,0	2	66.7	3	75,0
Áreas técnicas da SES	6	85.7	8	88.9	3	75,0	3	100,0	4	100,0
CIES	6	85.7	8	88.9	3	75,0	3	100,0	3	75,0
CIB	3	42.9	4	44.4	2	50,0	2	66.7	3	75,0

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Em relação aos principais aspectos positivos do PEEPS elencados pelos gestores, destacam-se o diálogo com as instituições de ensino e a formulação de projetos como os mais lembrados; vindo a seguir a possibilidade de negociação, pactuação e aprovação de projetos e a oferta/regularidade de cursos. A coordenação do trabalho, as reuniões para deliberações e acompanhamentos de projetos e a liberação de recursos financeiros também foram bem posicionados, como mostra o Gráfico 3. Nenhum respondente indicou que não identifica aspectos positivos do PEEPS e nem que não sabia sobre estes aspectos. Ou seja, em geral, os gestores identificam e nomeiam pontos fortes nesta ferramenta de planejamento, organização e gestão da EPS.

Gráfico 3: Aspectos positivos do PEEPS pelos gestores estaduais de EPS. Brasil, 2015

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

No que diz respeito às Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), enquanto instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde, deverão ser compostas pelos gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal e, ainda, conforme as especificidades de cada região, pelos gestores estaduais e municipais de educação e/ou de seus representantes; pelos trabalhadores do SUS e/ou de suas entidades representativas; pelas instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos e pelos movimentos sociais ligados

à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS, conforme disposto em documento do MS.⁹

Na composição das CIES Estaduais e Regionais do país os entrevistados, reportaram a participação dos seguintes principais e estratégicos atores: gestores municipais e estaduais e seus representantes; instituições de ensino com cursos na área da saúde; trabalhadores do SUS e suas entidades representativas e Conselhos municipais de saúde.

Verifica-se que a CIES Regional tem como característica a estruturação de sua composição, conforme as especificidades e necessidades locorregionais (62.5%). As Secretarias municipais de saúde representam 31.3% desta estrutura, assim como as instituições de ensino com cursos na área de saúde, com 18.8%. O fato é que, em geral, tanto a CIES Estadual, quanto as Regionais seguem a composição definida pelo Ministério da Saúde, com pequenas adaptações a ajustes às realidades locais/regionais.

Em relação a regularidade de reuniões ordinárias das CIES (Estadual e Regional) observa-se nas Tabelas 29 e 30 a seguir que em todas as regiões a regularidade mensal para as reuniões das CIES regionais e estadual foi a mais apontada.

⁹Para mais informações ver Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 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.

Tabela 29: Regularidade das reuniões da(s) CIES (regional), segundo a região do país. Brasil, 2015

Regularidade das reuniões (regional)	N		NE		SE		S		CO	
	N=2	%	N=6	%	N=4	%	N=2	%	N=2	%
Cada CIES tem seu próprio funcionamento	1	50,0	2	33,3	1	25,0	2	100,0	0	0,0
Por demanda	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Trimestral	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mensal	1	50,0	3	50,0	2	50,0	0	0,0	1	50,0
Não sabe	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Tabela 30: Regularidade das reuniões da(s) CIES (estadual), segundo a região do país. Brasil, 2015

Regularidade das reuniões (estadual)	N		NE		SE		S		CO	
	N=6	%	N=7	%	N=3	%	N=3	%	N=3	%
Não Sabe	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Por demanda	1	16,7	2	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Trimestral	2	33,3	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mensal	3	50,0	4	57,1	3	100,0	2	66,7	3	100,0
Não sabe	0	0,0	5	71,4	0	0,0	1	33,3	0	0,0

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Para 37.5% as CIES Regionais têm sua própria dinâmica de funcionamento e autonomia para a fixação das frequências das reuniões. Algumas CIES adotam a periodicidade de reuniões a cada dois ou três meses e existem ainda aquelas que se reúnem extraordinariamente, sempre que a demanda por reunião justifique a sua realização.

Os registros das deliberações das CIES Estadual são majoritariamente (77.3%) feitos em ata própria; enquanto na CIES Regional 50% também registram em ata as

deliberações tomadas. No entanto, nesta última 25% do contingente de gestores destaca que cada CIES tem seu próprio ritmo e dinâmica de funcionamento, enquanto outros 19% não souberam responder ao quesito.

A CIES Estadual é majoritariamente (72.7%) coordenada pelo representante do órgão responsável pela Educação Permanente na SES. Nas CIES Regionais, cada uma tem sua própria dinâmica de funcionamento. Em geral, os coordenadores são eleitos pela Comissão para um período de exercício previsto em regimento próprio, resultando numa alternância de ocupantes e uma variabilidade de representações institucionais.

Para a maioria dos respondentes (45.5%,) as CIES Estaduais têm Regimento Interno publicado em forma de Resolução da CIB. Para outros (22.7%), a CIES não possui Regimento Interno e, outros ainda (18.2%) o Regimento Interno foi publicado em Diário Oficial.

Em se tratando de CIES Regional 56.3% indicam possuir Regimento Interno publicado em forma de Resolução da CIR. Somente para 6.3% a CIES Regional tem Regimento Interno publicado em Diário Oficial. Outros indicam que a CIES tem Regimento Interno publicizado por meio de Cartilhas e uma minoria que não publiciza o Regimento (12.5%).

Para 50% dos entrevistados, cinco ou mais CIR's estão vinculadas às CIES Regionais; para 25% de duas a quatro CIR's e para 15%, apenas uma está vinculada.

A CIR é um órgão de instância colegiada, não paritária, de natureza permanente, cujas decisões são tomadas por consenso, em conformidade com as disposições

estabelecidas pelo Pacto pela Saúde ¹⁰, constituindo-se em um espaço de planejamento, pactuação e cogestão solidária entre os gestores municipais.

Este espaço é visto pela maioria dos gestores (55.6%) enquanto um ambiente em que a relação que se estabelece entre as CIES e as CIR's é de assessoramento. Para outros (48.1%), a relação entre essas instâncias é de cooperação, o que evidencia possibilidades, potencialidades e fortalezas para a efetivação das políticas de educação permanente no SUS. Outros ainda referem que, o cenário é diverso, dependente de cada região do estado.

Estes resultados com predominância de relações entre as CIES e as CIR's calcadas na cooperação e no assessoramento também foram encontrados em todas as regiões do país, com poucas variantes, como na região Norte, em que as relações de cooperação tem um discreto crescimento em relação às de assessoramento.

Quando indagados sobre as principais competências do setor de EPS para as Secretarias nas quais trabalham, os responsáveis pela área indicam as seguintes, como as três mais importantes: identificação das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde (25.5%); identificação do(s) problema(s) de saúde - principais problemas enfrentados pela gestão e pelos serviços da região(20.4%) e promoção da integração da saúde e da educação no sentido de fortalecer as instituições formadoras de profissionais atuantes na área (19.4%), conforme mostrado no Quadro abaixo.

¹⁰Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 — Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, 22 fev. 2006.

Chama a atenção que as três competências que foram mais lembradas pelos gestores de EPS dizem respeito à análise e diagnóstico de necessidades e de conjuntura com foco nas especificidades e necessidades loco-regionais. Essas competências aliadas a outras, constituem condição fundamental para a eleição de objetivos, a definição de prioridades e a seleção de estratégias, atores e parceiros, de modo a possibilitar a construção ascendente e participativa de uma política pública de educação permanente para o conjunto de municípios e regiões do estado e refletem o fortalecimento do papel da instância estadual no processo de planejamento desta política.

Quadro 22: Ranking das competências mais importantes do setor de EPS, Brasil, 2015.

Identificação das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde (25.5%)
Identificação do(s) problema(s) de saúde – identificar os principais problemas enfrentados pela gestão e pelos serviços da região (20.4%)
Promoção da integração dos setores da saúde e da educação no sentido de fortalecer as instituições formadoras de profissionais atuantes na área (19,4%)
Identificação dos atores envolvidos no processo (17.3%)
Promoção da articulação com os órgãos educacionais, entidades sindicais e de fiscalização do exercício profissional e os movimentos sociais (10.2%)
Elaboração de treinamento introdutório para servidores recém-admitidos (7.1%).

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

As regiões apresentam comportamento parecido com poucas variantes, as quais destacamos abaixo:

→ A elaboração de treinamento introdutório para servidores recém-admitidos está em segundo lugar no ranking de importância das competências do setor somente na região Centro-oeste, ocupando o 3º na região Sudeste;

→ A identificação das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde está em primeiro lugar no ranking das regiões Norte,

Nordeste, Sudeste e Sul. Somente na região Centro-oeste não figura neste lugar que é ocupado pela identificação do(s) problema(s) de saúde – identificar os principais problemas enfrentados pela gestão e pelos serviços da região e pela promoção da integração dos setores da saúde e da educação no sentido de fortalecer as instituições formadoras de profissionais atuantes na área.

Em relação às principais dificuldades enfrentadas pelos PEEPS, os entrevistados apontaram os aspectos abaixo como **os mais relevantes obstáculos** para a execução da política:

- Poucos recursos orçamentário-financeiros para muitos projetos
- Execução financeira por parte dos PEPS
- Baixa priorização da PEP na agenda da gestão
- Baixa governabilidade do gestor de EP

Indicaram, ainda, dimensões que consideram **menos críticas** e, com menos potencialidade de obstaculizar a implementação da política, tais como:

- Não tem enfrentado dificuldades
- Disputas políticas entre municípios de uma mesma região
- Disputas políticas entre regiões de saúde e SES
- Negociação, pactuação e aprovação de projetos na CIB

- Entendimento da portaria nº. 198/GM/MS, de 13/02/2004, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
- Coordenação do trabalho.

Outras dimensões foram ainda destacadas como **menos relevantes** ainda para a política de EPS, como:

- Ausência de acompanhamento dos projetos
- Identificação de problemas e prioridades
- Desorganização da equipe no local (SES)
- Infraestrutura física
- Diálogo com instituições de ensino
- Ausência/insuficiência de normatização em relação à elaboração e execução de projetos

As regiões apresentam um padrão distinto se comparado ao país com uma variabilidade dos aspectos que julgam como importantes dificuldades para a execução pelo PEEPS. Apresentamos nos Quadros 23, 24, 25, 26 e 27 abaixo as dimensões que foram apontadas como **os mais relevantes obstáculos** para a execução da política. Chama a atenção que os poucos recursos orçamentário-financeiros para muitos projetos está em primeiro lugar no *ranking* de duas regiões do país (Nordeste e Centro-oeste), enquanto a liberação de recursos financeiros e a execução financeira por parte dos PEPS

ocupam a primeira posição nas regiões Norte e Sul, respectivamente. Diversamente, a região Sudeste ressalta a baixa priorização da PEP na agenda da gestão como o mais relevante obstáculo para a implementação da política.

Quadro 23: Principais dificuldades enfrentadas pelo PEEPS, região Norte, Brasil, 2015

1º) Liberação de recursos financeiros e ausência/insuficiência de normatização em relação à elaboração e execução de projetos
2º) Infra-estrutura física; entendimento da Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da PNEPS e entendimento da portaria nº. 198/GM/MS, de 13/02/2004, que instituiu a PNEPS
3º) Execução financeira por parte dos PEEPS; identificação de problemas e prioridades e desorganização da equipe no local (SES).

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Quadro 24: Principais dificuldades enfrentadas pelo PEEPS, região Nordeste, Brasil, 2015

1º) Poucos recursos orçamentário-financeiros para muitos projetos
2º) Liberação de recursos financeiros
3º) Baixa priorização da PEP na agenda da gestão; execução financeira por parte dos PEEPS e ausência/insuficiência de normatização em relação à elaboração e execução de projetos.

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Quadro 25: Principais dificuldades enfrentadas pelo PEEPS, região Sudeste. Brasil, 2015

1º) Baixa priorização da PEP na agenda da gestão
2º) Baixa governabilidade do gestor de EP
3º) Execução financeira por parte dos PEEPS.

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Quadro 26: Principais dificuldades enfrentadas pelo PEEPS, região Sul. Brasil, 2015

1º) Execução financeira por parte dos PEEPS
2º) Poucos recursos orçamentário-financeiros para muitos projetos
3º) Entendimento da portaria nº. 198/GM/MS, de 13/02/2004, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Quadro 27: Principais dificuldades enfrentadas pelo PEEPS, região Centro-oeste. Brasil, 2015.

1º) Poucos recursos orçamentário-financeiros para muitos projetos
2º) Liberação de recursos financeiros Poucos recursos orçamentário-financeiros para muitos projetos
3º) Baixa governabilidade do gestor de EP; baixa priorização da PEP na agenda da gestão e execução financeira por parte dos PEEPS.

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Em relação ao apoio recebido do Ministério da Saúde, a maioria absoluta (76.7%) indica a transferência de recursos financeiros como a mais importante contribuição por parte do órgão federal. A assessoria técnica para elaboração de projetos, assim como o investimento direto em infraestrutura e equipamentos representam 6.7%, cada. Apontam como fraca as contribuições referentes à resolução de conflitos e encaminhamentos de soluções (3.3%), assim como o monitoramento, acompanhamento e avaliação dos projetos (3.3%) (Tabela 31).

Todas as regiões do país também reportam como sendo a transferência de recursos financeiros o apoio mais importante que recebem por parte do órgão federal. A assessoria técnica para a elaboração de projetos foi citada como importante somente pelas regiões Sudeste (25%) e Norte (14.3%).

Tabela 31: Apoio do MS para efetivação da PEEPS segundo gestores de EPS. Brasil, 2015

Itens considerados	Brasil	
	N	%
Resolução de conflitos e encaminhamentos de soluções	1	3.3%
Assessoria técnica para elaboração dos projetos	2	6.7%
Treinamento da equipe profissional do PEPS	0	0%
Investimento direto em infra-estrutura e equipamentos	2	6.67%
Transferência de recursos financeiros	23	76.7%
Monitoramento, acompanhamento e avaliação dos projetos	0	0%
Nenhum	1	3.3%
Não sabe	1	3.3%

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Bloco IV – Recursos envolvidos

O foco deste bloco são os recursos direcionados para a execução das ações de EPS: fontes, formas de operacionalização e dificuldades para a execução, contrapartidas, prestação de contas e atuação dos órgãos de controle.

Pelos critérios estabelecidos pela Portaria 1996/2007, os gestores dispõem de financiamento federal, regular e automático para a Educação em Saúde, com repasse Fundo a Fundo, por meio do Bloco de Financiamento da Gestão do SUS, com vistas ao planejamento e execução no curto, médio e longo prazos de ações educativas de formação e desenvolvimento que respondam às necessidades do sistema e estejam de acordo com a realidade regional/local.

Em relação às fontes de recursos financeiros para a EPS, quase a metade dos gestores (48.1%) informam que são provenientes exclusivamente da União e cerca de 26% que originam-se da fusão de recursos de Estado+União+Municípios. Outros 25.9% acrescentam que nesta questão, a PEPS depende da fusão dos recursos do Estado + União (3 gestores) sendo que um alega que não tem como avaliar e monitorar a alocação de recursos pelos municípios; que o Estado arca somente com o pagamento da folha dos servidores de EPS (um gestor) e um outro ainda afirma que as contrapartidas dos estados são pontuais.

Nas regiões do país, o cenário é um pouco diferente, se olharmos separadamente para cada região (Tabela 32). Observa-se que somente nas regiões Norte, Nordeste e Sul a fonte de recursos exclusiva da União foi destacada como sendo a mais significativa,

dentre as demais; enquanto o compartilhamento dos recursos do Estado+União+Municípios foi indicado pela regiões Sudeste.

Tabela 32: Fontes de recursos financeiros para a Educação Permanente em Saúde, segundo a região do país. Brasil, 2015

Fontes de recursos financeiros para a EPS	N		NE		SE		S		CO	
	N=7	%	N=9	%	N=4	%	N=3	%	N=4	%
Estado + União + Municípios	1	14.3	2	22.2	2	50,0	0	0,0	2	50,0
União exclusivamente	4	57.1	5	55.6	1	25,0	2	66.7	1	25,0
Estado exclusivamente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Especificado	2	28.6	2	22.2	1	25,0	1	33.3	1	25,0

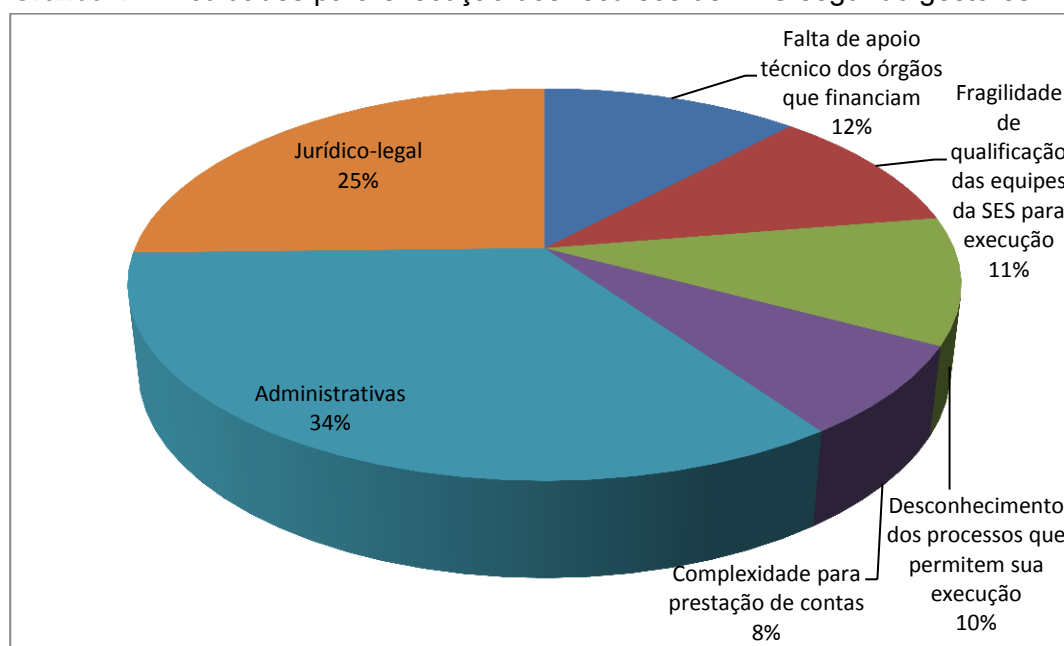
Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Os gestores apontam como principais dificuldades para a execução dos recursos financeiros disponíveis para a EPS as de natureza administrativa e as de conteúdo jurídico-legal.

Estas dificuldades quando somadas perfazem quase 60% do elenco dos itens propostos e, segundo os entrevistados, existem vários fatores dificultadores, dentre os quais: tempo do trâmite dos contratos; morosidade no trâmite dos processos; priorização de outros processos (medicação, compra de equipamentos de alta complexidade) em detrimento dos processos de capacitação; dificuldade quanto à pactuação da execução das ações dos municípios, especialmente quanto à distribuição de vagas, liberação das equipes, profissionais, dificuldade para contratação defacilitadores; falta da garantia de continuidade dos repasses dos recursos financeiros pelo Ministério da Saúde e, para alguns, o fato de as atividades de implementação da política de EP e de capacitação serem executadas pela ET-SUS por meio de destaque orçamentário ao seu mantenedor.

A dificuldade menos apontada diz respeito à prestação de contas dos recursos executados, que representa somente 8% do total. Os percentuais dos demais quesitos ficam próximos de 10%, quais sejam: falta de apoio técnico dos órgãos que financiam (12%), fragilidade das equipes das SES para execução (11%) e desconhecimento dos processos que permitem sua execução (10%) (Gráfico 4).

Gráfico 4: Dificuldades para execução dos recursos de EPS segundo gestores. Brasil, 2015



Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Para as regiões essas principais dificuldades para a execução dos recursos financeiros disponíveis para a EPS, como as de natureza administrativa e as de conteúdo jurídico-legal mostradas para o país, também prevalecem em todas como sendo as duas primeiras dificuldades.

Para 55% dos gestores, os recursos financeiros são executados pela própria instituição; 30% por meio de convênios/contratos com instituições públicas; 10% utilizam

as fundações e somente 5% fazem convênios/contratos com entidades privadas para a execução dos recursos disponíveis. Os resultados encontrados são similares aos achados para todas as regiões do país .

Quando questionados sobre a existência de recursos financeiros provenientes das portarias de EPS destinados ao setor específico das SES, 66.7% dizem que estes recursos existem e 33.3% que não. Nenhum gestor respondeu que não sabia. Esses achados são replicados para as regiões, com exceção da Nordeste em que cinco estruturas estaduais reportaram a não existência de recursos provenientes das portarias da área .

Os que responderam que têm recursos (66.7%) destinam os recursos para gastos em: cursos/capacitação/treinamento de pessoal; passagens/diárias para reuniões técnicas; organização de eventos/congressos/seminários; material permanente/estrutura física e organização de material didático institucional e material de consumo (Quadro 28). Nenhum gestor apontou gastos deste recursos com participação em congressos/seminários e para bolsas para estagiários e residentes que, com certeza, devem custeadas com recursos orçamentários-financeiros oriundos de outras fontes.

Quadro 28: Aplicação dos recursos financeiros das Portarias de EPS segundo gestor. Brasil, 2015

- Cursos/capacitação/treinamento de pessoal (50%)
- Passagens/diárias para reuniões técnicas (16.7%)
- Organização de eventos/congressos/seminários (16.7%)
- Material permanente/estrutura física (11.1%)
- Organização de material didático institucional (5.6%)
- Material de consumo (5.6%)

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Padrões diferentes de gastos são encontrados nas regiões: na Norte, os recursos para passagens/diárias para participação em reuniões técnicas, têm destaque; as regiões Nordeste, Sudeste e Centro-oeste, a realização de cursos/capacitação/ treinamento de pessoal tem prioridade nos gastos totais, enquanto na Sul os gastos com a organização de eventos/congressos/seminários estão na dianteira.

Do total de respondentes, 25.9% apontaram que não existem ações de EP financiadas e executadas por outras áreas das SES; enquanto 74.1% respondem afirmativamente quanto à destinação financeira de outras áreas para a execução das ações de EP, tais como as áreas de: vigilância em saúde; vigilância sanitária; atenção básica; Programa de Educação Permanente para Médicos das Equipes de Saúde da Família – Telessaúde; Áreas técnicas de saúde da mulher, criança, idoso, deficiente, SAMU; Escola de Saúde Pública; Escolas Técnicas e programas específicos como Tabagismo, AIDS, Saúde Mental, Urgência e Emergência, dentre outros.

Nas regiões, a única que menciona que as ações de EPS não são financiadas e executadas por outras áreas da SES é a Sul; sendo que as demais (Norte, Nordeste, Sudeste e Centro-oeste) reportam destinação de recursos financeiros de outras áreas para as ações de EPS.

Ressalta-se que 60% dos gestores responderam que estas ações educativas, muito embora financiadas com recursos financeiros provenientes de fontes não exclusivas de EPS, são desenvolvidas e articuladas com o setor de EPS. Para 40% não são articuladas com o setor de EPS.

Nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste, as ações também se realizam em articulação com o setor de EPS; no entanto, na Sul e Centro-oeste esta articulação não é observada (Tabela 33).

Tabela 33: Articulação de ações financiadas e executadas por outras áreas com o setor de EPS, segundo a região do país. Brasil, 2015

Articulação com o setor de EPS	N		NE		SE		S		CO	
	N=5	%	N=8	%	N=3	%	N=1	%	N=3	%
Não	2	40,0	3	37,5	0	0,0	1	100,0	2	66,7
Sim	3	60,0	5	62,5	3	100,0	0	0,0	1	33,3

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Os gestores afirmam que prestam contas dos recursos de EPS para o Ministério da Saúde (51.9%), para o Conselho Estadual de Saúde (33.3%) e para o Tribunal de Contas do Estado (33.3%), sendo que uma resposta não exclui a outra, ou seja, tem que prestar contas para todas essas instâncias. Citam, ainda, o Ministério Público para o qual também prestam contas quando necessário (Tabela 34).

Tabela 34: Órgãos de prestação de contas dos recursos de EPS. Brasil, 2015

Órgãos	Brasil	
	N (27)	%
Tribunal de Contas do Estado	9	33.3%
Conselho Estadual de Saúde	9	33.3%
Ministério da Saúde	14	51.9%
Nenhum	0	0%
Total	21	100%

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Nas regiões Sudeste, Sul e Centro-oeste, os dados mostram um equilíbrio entre os órgãos (Tribunal de Contas do Estado, Conselho Estadual de Saúde e Ministério da Saúde) aos quais as SES prestam contas dos recursos de EPS; enquanto a Nordeste, no que tange à essa prestação, dirige-se, principalmente, ao Ministério da Saúde. Já a Norte, encaminha esta prestação de contas, tanto para o Ministério da Saúde, quanto para o Conselho Estadual de Saúde.

Na perspectiva dos órgãos de controle, a maioria (70.4%) do contingente dos entrevistados reporta que não tem conhecimento de aplicação de sanções e penalidades relacionadas com inconformidades na execução dos recursos de EPS. Somente 25.9% respondem afirmativamente e citam que, por se tratar de recurso público federal, o gestor está enquadrado em sanções previstas na lei, tendo que atuar em observância à finalidade de execução do recurso, sob pena de sofrer aplicação de multa do fiscal do contrato, multa e reparo do dano e perda do cargo por improbidade administrativa.

As regiões Norte, Nordeste, Sudeste e Centro-oeste têm comportamento similar ao encontrado para o país; sendo distinto o resultado para a região Sul, em que a maioria

(66.7%) alega que tem conhecimento de aplicação de sanções e penalidades relacionadas com inconformidades na execução dos recursos de EPS. Os respondentes desta região lembram algumas: sanções previstas em lei, por se tratar de recursos públicos federais; improbidade administrativa com perda da função administrativa, multa e reparo do dano; observância da finalidade de execução do recurso; multa do Fiscal de Contrato e perda do cargo por improbidade. Chama a atenção que 25% dos respondentes da Centro-oeste alegam desconhecimento destas sanções e penalidades.

Bloco V – Atores e amplitude de inserção

No Bloco V verificou-se a existência de planejamento para a execução das ações, o público alvo e os critérios utilizados para definição da clientela de EP; bem como a participação dos trabalhadores das SES nos processos de qualificação constantes do PEEPS.

O Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) é um documento previsto pela Portaria GM/MS n. 1.996/2007, que define as ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) desenvolvidas no âmbito dos estados a partir dos pressupostos e diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS). O PEEPS pode ser compreendido como uma proposta de orientação das ações de educação permanente e educação profissional no âmbito do SUS, alinhadas com as necessidades de formação e qualificação profissional exigidas para a atenção das necessidades de saúde da população.

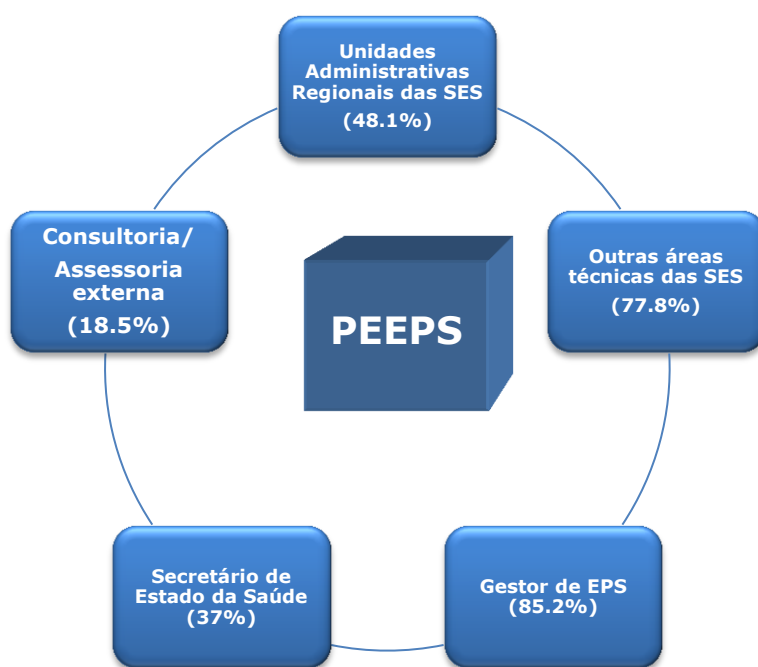
Assim, quando indagados sobre a existência de planejamento para a execução das ações previstas nos PEEPS, mais de 85% dos respondentes (85.2%) afirmaram que as ações são planejadas. Somente 11.11% disseram que não e 3.7% não souberam responder. Todas as regiões responderam positivamente a este quesito de planejamento para a execução das ações do PEEPS, sendo que a Centro-oeste apresentou o menor percentual, quando comparada com as demais.

Os atores que participam do processo de planejamento para execução das ações dos PEEPS são múltiplos e envolvem desde o Secretário de Estado da Saúde até as

Unidades Administrativas Regionais das SES em torno da construção de viabilidades para a operacionalização das ações previstas, como pode ser visto na Figura 3.

Note-se que os percentuais atribuídos pelos gestores foram menores para a participação dos agentes externos, como consultores e assessores (18.5%), mas crescem quando se trata dos atores internos, como as áreas técnicas das SES (77.8%). Referem, ainda, que participam representantes do COSEMS e Sec. Exec. do Interior e Capital e todos os outros atores envolvidos no processo. E, mesmo aquelas SES que não possuem PEEPS, fazem um levantamento de necessidades para sanar *gaps* e atuar organizando as demandas das áreas da saúde.

Figura 3: Atores participantes do planejamento para execução das ações do PEEPS. Brasil, 2015



Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

No que diz respeito às regiões, nota-se que todos os atores estão representados em diferentes proporções, resultando em múltiplas configurações. Chama a atenção que a consultoria/assessoria externa tem destaque na região Sul do país, sendo que, tanto as outras áreas técnicas da SES, quanto o gestor de EPS são fortemente representados enquanto atores partícipes do processo de planejamento para execução das ações do PEEPS em todas as regiões (Tabela 35).

Tabela 35: Atores participantes do planejamento para execução das ações do PEEPS, segundo a região do país. Brasil, 2015

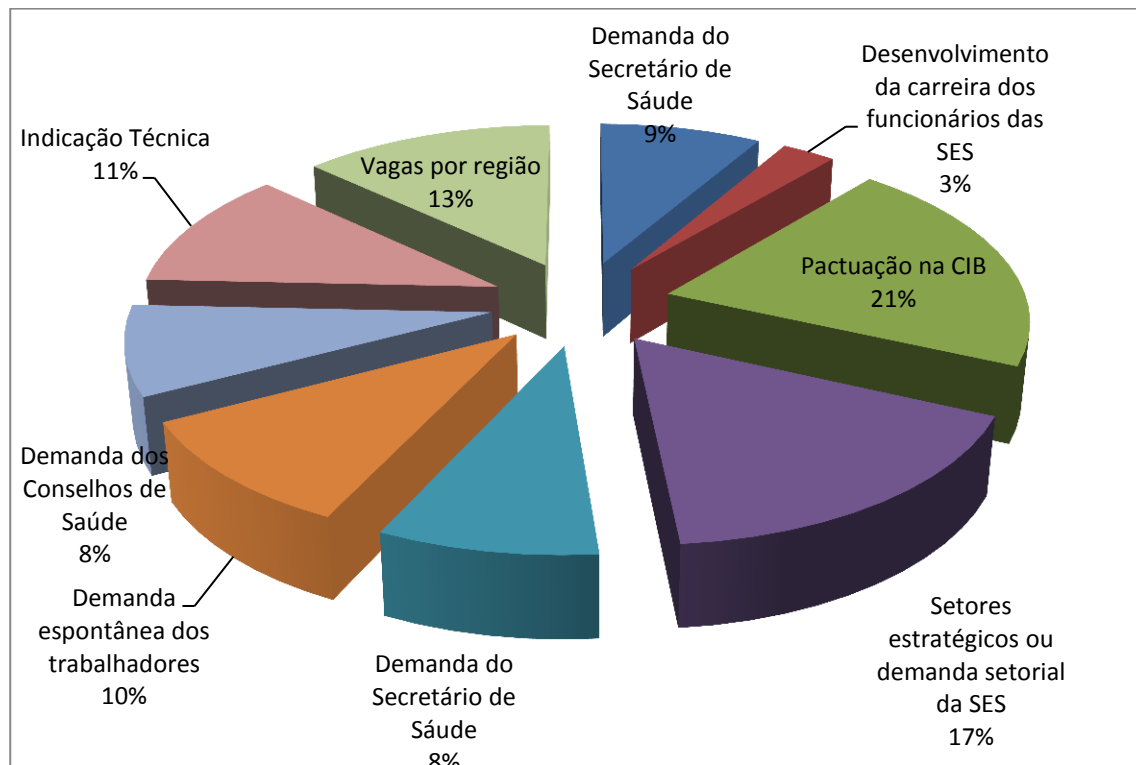
Atores que participam do planejamento para execução das ações do PEEPS	N		NE		SE		S		CO	
	N=7	%	N=9	%	N=4	%	N=3	%	N=4	%
Unidades Administrativas Regionais da SES	1	14.3	4	44.4	4	100,0	2	66.7	2	50,0
Outras áreas técnicas	6	85.7	7	77.8	3	75,0	3	100,0	2	50,0
Gestor da EPS	6	85.7	8	88.9	4	100,0	3	100,0	2	50,0
Secretário de Estado da Saúde	6	85.7	2	22.2	1	25,0	0	0,0	1	25,0
Consultoria/Assessoria externa	1	14.3	0	0,0	1	25,0	2	66.7	1	25,0

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Quanto aos critérios utilizados para definição da clientela das ações de EPS, chama a atenção que o critério do respeito ao que foi pactuado na CIB foi o mais apontado, o que reforça o processo de pactuação intergestores, as responsabilidades e os compromissos em torno de prioridades definidas e construídas nestas instâncias colegiadas. Em seguida, priorizam um critério interno ao considerar a contribuição dos setores estratégicos ou as demandas setoriais da SES. O desenvolvimento da carreira dos funcionários da própria SES foi o item menos apontado pelos gestores para servir de

referência para definição da clientela das ações de EPS, como pode ser observado no Gráfico 5.

Gráfico 5: Critérios para definição da clientela das ações de EPS. Brasil, 2015



Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Observa-se que a Pactuação na CIB é o critério mais utilizado para definição da clientela das ações de EPS nas regiões Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-oeste. Somente na região Norte os setores estratégicos ou demanda setorial das SES prevalece sobre os demais (Tabela 36).

Tabela 36: Critérios utilizados para definição da clientela das ações de Educação Permanente em Saúde, segundo a região do país. Brasil, 2015

Critérios utilizados para definição da clientela das ações de EPS	N		NE		SE		S		CO	
	N=7	%	N=9	%	N=4	%	N=3	%	N=4	%
Demanda do Secretário de Saúde	3	42.9	3	33.3	1	25,0	0	0,0	2	50,0
Demanda dos Conselhos de Saúde	3	42.9	3	33.3	1	25,0	1	33.3	1	25,0
Indicação técnica	4	57.1	4	44.4	1	25,0	1	33.3	2	50,0
Vagas por região	4	57.1	5	55.6	3	75,0	1	33.3	1	25,0
Desenvolvimento da carreira dos funcionários da SES	0	0,0	3	33.3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pactuação na CIB	4	57.1	8	88.9	4	100,0	3	100,0	3	75,0
Setores estratégicos ou demanda setorial da SES	6	85.7	6	66.7	3	75,0	2	66.7	1	25,0
Demanda espontânea dos trabalhadores	2	28.6	6	66.7	1	25,0	1	33.3	1	25,0

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Alguns gestores ressaltam que levam em conta o atendimento das demandas do PAREPS e que, dependendo da especificidade da ação, poderão atingir apenas alguns profissionais específicos. Outros alegam que os critérios devam ser orientados estritamente pelas necessidades dos serviços do SUS, a partir da elaboração e implementação dos planos de ação regionais que estão em discussão na CIES.

Todos os gestores (100%) afirmaram que todos os trabalhadores da SES podem participar dos processos de qualificação propostos, mas salientam que, pela legislação, algumas ações são restritas aos servidores do quadro efetivo e para os ocupantes de cargo em comissão, excluindo grande parte de funcionários contratados; algumas qualificações são específicas para áreas técnicas ou serviços também específicos e que

há uma priorização dos servidores efetivos. Em todas as regiões também foi verificado os mesmos resultados encontrados para o país.

Bloco VI – Foco de controle

Identificar se são utilizados mecanismos de avaliação e monitoramento das ações de EP, o que é efetivamente avaliado, quais os critérios e as intencionalidades do processo de avaliação e, como é feito o monitoramento das ações de EP são os objetivos deste Bloco VI.

Um percentual significativo de gestores (81.5%) afirma que as ações de EPS são avaliadas e monitoradas pelas SES e 14.8% afirmam que não. Somente 3.7% não souberam responder. O mesmo resultado foi encontrado em todas as regiões do país. Percentual positivo mais baixo foi encontrado na região Centro-oeste, onde somente a metade dos gestores indicou a existência de avaliação e monitoramento das ações de EPS pela SES (Tabela 37).

Tabela 37: Existência de avaliação e monitoramento das ações de EPS pela SES, segundo a região do país. Brasil, 2015

Existência de avaliação e monitoramento das ações de EPS pela SES	N		NE		SE		S		CO	
	N=7	%	N=9	%	N=4	%	N=3	%	N=4	%
Não sabe	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0
Não	1	14,3	1	11,1	1	25,0	0	0,0	1	25,0
Sim	6	85,7	8	88,9	3	75,0	3	100,0	2	50,0

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Vários aspectos fazem parte e são considerados nas avaliações das ações de EPS. O total de concluintes das modalidades educativas ofertadas, assim como a utilização dos recursos financeiros, são os itens que mais aparecem neste momento. Chama a atenção que, em seguida, são consideradas a avaliação dos trabalhadores/alunos e /ou docentes (63%) e as melhorias do processo de trabalho (59.3%). Um respondente assim se manifestou em relação a isto: “Os dois últimos é um desejo e uma necessidade, sem os quais não conseguimos avaliar o impacto das ações no território, no entanto não conseguimos avançar.” Os dois últimos neste caso, são os dois últimos aspectos perguntados: modificação dos indicadores de saúde e melhoria do processo de trabalho.

Dificuldades são encontradas para se avaliar a modificação dos indicadores de saúde (37%); assim como a estrutura curricular e metodológica do curso (44.4%) (Quadro 29).

Quadro 29:Aspectos considerados nas avaliações das ações de EPS. Brasil, 2015

Total de Concluintes	74.1%
Utilização de recursos financeiros	74.1%
Avaliação dos trabalhadores/alunos e/ou docentes	63.0%
Melhoria do processo de trabalho	59.3%
Modalidades dos cursos	51.9%
Conteúdo programático do curso	48.1%
Estrutura curricular e metodológica dos cursos	44.4%
Modificação dos indicadores de saúde	37%

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Nas regiões Norte e Nordeste o total de concluintes, assim como a utilização de recursos financeiros são os quesitos mais considerados nas avaliações das ações de EPS; na região Sudeste, considera-se equitativamente os critérios de avaliação dos trabalhadores/alunos e /ou docentes, o conteúdo programático, a estrutura curricular e pedagógica dos cursos, bem como a utilização dos recursos financeiros e melhorias no processo de trabalho.

Já na região Sul, predominam os critérios de avaliação dos trabalhadores/alunos e/ou docentes e a utilização dos recursos financeiros, sendo o primeiro também considerado na região Centro-oeste (Tabela 38).

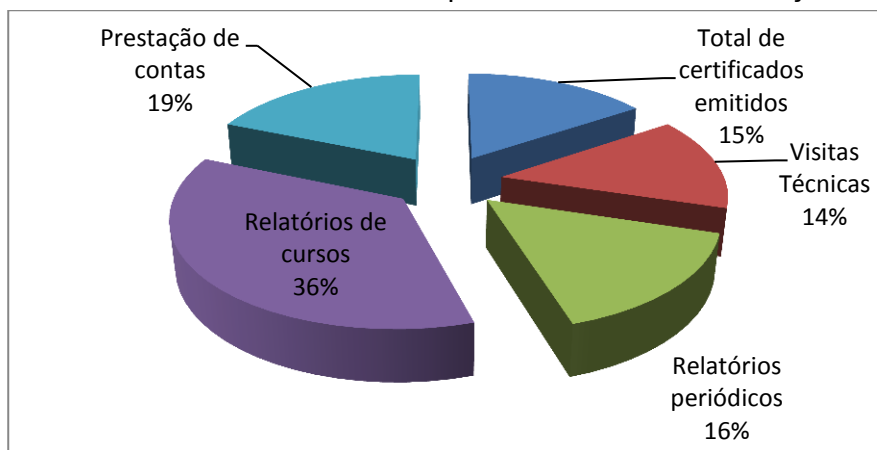
Tabela 38: Aspectos considerados nas avaliações das ações de EPS, segundo a região do país. Brasil, 2015

Questões consideradas nas avaliações das ações de EPS	N		NE		SE		S		CO	
	N=7	%	N=9	%	N=4	%	N=3	%	N=4	%
Avaliação dos trabalhadores/alunos e/ou docentes	3	42.9	5	55.6	3	75,0	3	100,0	3	75,0
Conteúdo programático do curso	3	42.9	4	44.4	3	75,0	1	33.3	2	50,0
Estrutura curricular e metodológica dos cursos	2	28.6	4	44.4	3	75,0	1	33.3	2	50,0
Modalidades dos cursos	2	28.6	6	66.7	3	75,0	1	33.3	2	50,0
Total de concluintes	6	85.7	8	88.9	2	50,0	2	66.7	2	50,0
Utilização dos recursos financeiros	6	85.7	7	77.8	3	75,0	3	100,0	1	25,0
Modificação dos indicadores de saúde	2	28.6	3	33.3	2	50,0	1	33.3	2	50,0
Melhoria do processo de trabalho	5	71.4	5	55.6	3	75,0	1	33.3	2	50,0

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

No que tange aos instrumentos utilizados para o monitoramento das ações de EPS, os mais citados foram os Relatórios de cursos (85.2%), seguido pelo instrumento da

Prestação de Contas (44.4%). Os de menor utilização são as visitas técnicas (33.3%), certamente pelas dificuldades de operacionalização (Gráfico 6). Um entrevistado utiliza as reuniões como instrumento para o monitoramento e outro lembra que cada região possui um processo próprio. Os que ainda não fazem (4) manifestam que o processo está em construção, que estão organizando oficinas de avaliação e monitoramento para elaboração de um instrumento de avaliação e que a partir da elaboração dos planos de ação, pretende-se implantar um Sistema de Monitoramento e Avaliação das Ações Educacionais.

Gráfico 6: Instrumentos utilizados para monitoramento das ações de EPS. Brasil, 2015

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Nas regiões, o instrumento mais citado também para o monitoramento das ações de Educação Permanente em Saúde são os Relatórios de cursos, seguido do instrumento da Prestação de contas, nas regiões Norte, Nordeste e Sul. Na Sudeste, em segundo, figuram os Relatórios Técnicos, enquanto na Centro-oeste prevalecem o total de certificados emitidos e as visitas técnicas (Tabela 39).

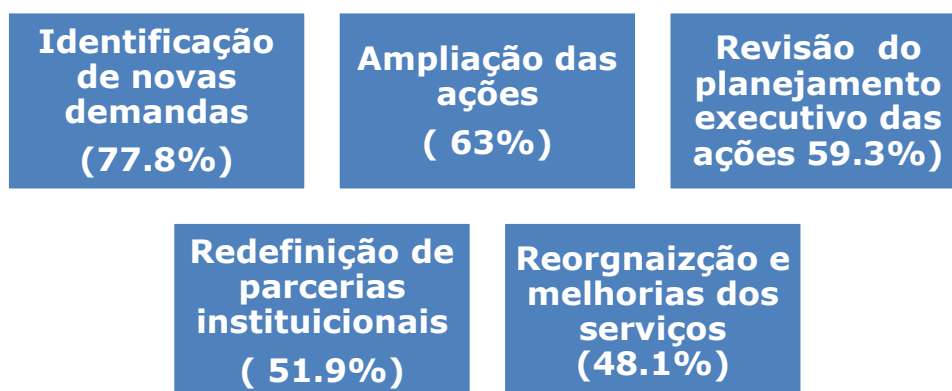
Tabela 39: Instrumentos utilizados para o monitoramento das ações de EPS, segundo a região do país. Brasil, 2015

Instrumentos utilizados para o monitoramento das ações de EPS	N		NE		SE		S		CO	
	N=7	%	N=9	%	N=4	%	N=3	%	N=4	%
Total de certificados emitidos	2	28.6	4	44.4	1	25,0	1	33.3	2	50,0
Visitas técnicas	2	28.6	3	33.3	1	25,0	1	33.3	2	50,0
Relatórios periódicos	3	42.9	2	22.2	2	50,0	2	66.7	1	25,0
Relatórios de cursos	5	71.4	8	88.9	4	100,0	3	100,0	3	75,0
Prestação de contas	4	57.1	4	44.4	1	25,0	2	66.7	1	25,0

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Em relação ao processo de avaliação e monitoramento das ações de EPS os respondentes apontam que decorrem distintas estratégias, sendo a identificação de novas demandas de projetos de EPS a mais pontuada (77.8%); vindo a seguir a ampliação destas ações (63%) e a revisão do planejamento executivo das atividades, representando 59.3%, dentre outras, conforme Figura 4 abaixo.

Figura 4: Estratégias decorrentes do processo de avaliação e monitoramento das ações de EPS, Brasil, 2015



Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

A identificação de novas demandas foi o aspecto mais lembrado como sendo decorrente das avaliações e monitoramento das ações de EPS nas regiões Norte, Nordeste e Sul. Na Sudeste, prevalece a ampliação das ações e a Centro-oeste mostra um equilíbrio entre todos os itens considerados (Tabela 40).

Tabela 40: Resultados das avaliações e monitoramento das ações de EPS, segundo a região do país. Brasil, 2015

Ações decorrentes das avaliações e monitoramento das ações de EPS	N		NE		SE		S		CO	
	N=7	%	N=9	%	N=4	%	N=3	%	N=4	%
Redefinição de parcerias institucionais	2	28.6	5	55.6	3	75,0	2	66.7	2	50,0
Reorganização e melhoria dos serviços	4	57.1	4	44.4	2	50,0	1	33.3	2	50,0
Ampliação das ações	4	57.1	5	55.6	4	100,0	2	66.7	2	50,0
Identificação de novas demandas	6	85.7	7	77.8	3	75,0	3	100,0	2	50,0
Revisão do planejamento executivo das ações	4	57.1	6	66.7	2	50,0	2	66.7	2	50,0

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Decorrente da participação dos trabalhadores/alunos nas iniciativas de EPS, os entrevistados indicam múltiplas dimensões, tais como: engrandecimento pessoal do trabalhador (20), progressão na carreira (13), pagamento de gratificações (8), melhorias e mudanças no processo de trabalho (4). Somente dois reportam que não favorece e um alega que incide sobre o cálculo da produtividade. Em todas as regiões a ação mais citada também foi a relativa ao engrandecimento pessoal do trabalhador (Tabela 41).

Tabela 41: Ações favorecidas pela participação dos trabalhadores/alunos nas iniciativas de EPS, segundo a região do país. Brasil, 2015

Ações favorecidas pela participação dos trabalhadores/alunos nas iniciativas de EPS	N		NE		SE		S		CO	
	N=7	%	N=9	%	N=4	%	N=3	%	N=4	%
Cálculo de produtividade	0	0,0	1	11.1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pagamento de gratificações	3	42.9	2	22.2	1	25,0	0	0,0	2	50,0
Progressão na carreira	1	14.3	7	77.8	1	25,0	2	66.7	2	50,0
Engrandecimento pessoal do trabalhador	6	85.7	8	88.9	2	50,0	2	66.7	2	50,0
Não favorece	1	14.3	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

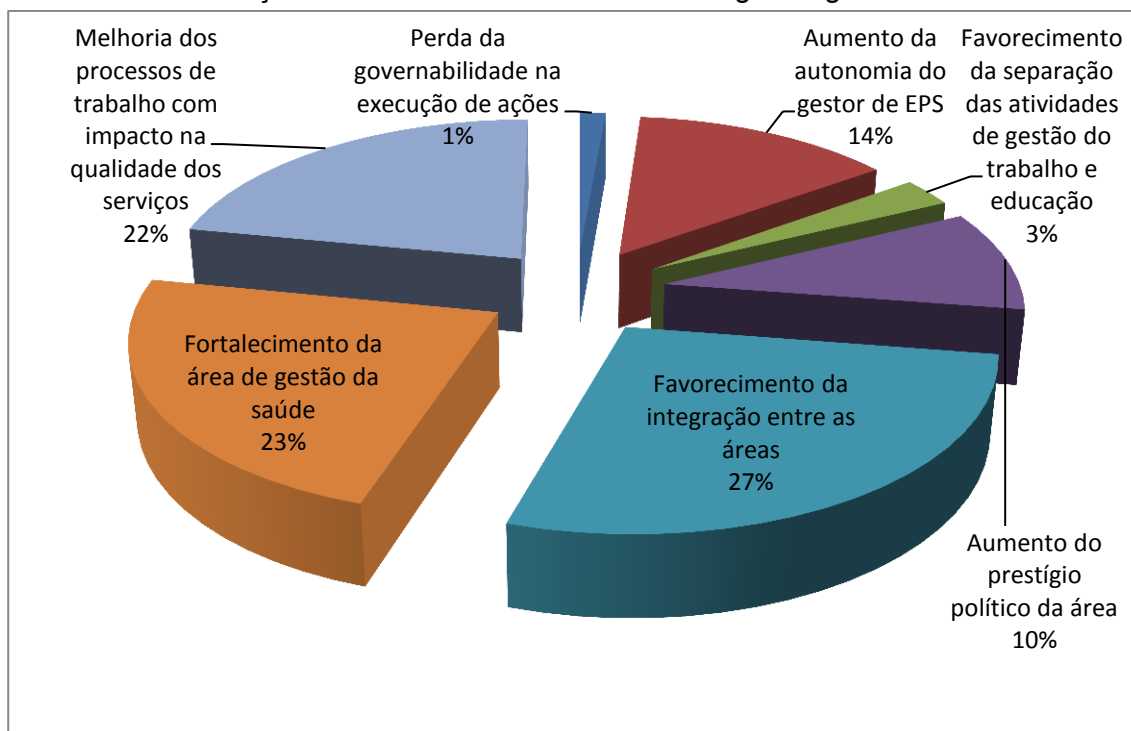
Bloco VII - Opinativas

Neste Bloco serão apresentados os resultados da contribuição das diretrizes contidas na Portaria GM/MS 1.996/07 na política pública de EPS, para a gestão do trabalho e da educação em saúde, bem como a avaliação das principais estratégias para a área. Serão mostradas ainda as opiniões dos entrevistados sobre modificações que julgam necessárias e pertinentes na política de educação permanente para o SUS.

Em relação à contribuição das diretrizes de EPS inscritas na Portaria GM/MS 1.996/2007, os gestores pontuam o favorecimento da integração entre as áreas de gestão do trabalho e da educação, o fortalecimento da área de gestão da saúde e a melhoria dos processos de trabalho com impacto na qualidade dos serviços, como as três mais importantes.

O aumento da autonomia do gestor de EPS representa 14% e o aumento do prestígio político da área de gestão do trabalho e da educação na estrutura da SES, 10%. Somente 7.4% indicaram o favorecimento da separação das atividades de gestão do trabalho e da educação e 1%, a perda da governabilidade na execução de ações de formação para os trabalhadores (Gráfico 7), sendo que um dos entrevistados assim se manifesta “*deu um primeiro norte para se pensar em ações de educação permanente.*”

Gráfico 7: Contribuições das novas diretrizes de EPS segundo gestores de EPS. Brasil, 2015



Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Nas regiões, a valoração destas contribuições varia bastante: na Norte, a maior contribuição é o favorecimento da integração entre as áreas de gestão do trabalho e da educação e o fortalecimento da área de gestão da saúde (71.4%); na Nordeste, foi citada além do favorecimento da integração entre as áreas de gestão do trabalho e da educação, a melhoria dos processos de trabalho com impacto na qualidade dos serviços, ambos com 77.8%; na Sudeste, aparece o fortalecimento da área de gestão da saúde (100%), vindo a seguir o favorecimento da integração entre as áreas de gestão do trabalho e da educação (75%); na Sul, verifica-se um equilíbrio entre as dimensões do favorecimento da integração entre as áreas de gestão do trabalho e da educação e da

melhoria dos processos de trabalho com impacto na qualidade dos serviços, ambas com 100%; já na Centro -Oeste, o equilíbrio se dá entre o aumento do prestígio político da área de gestão do trabalho e da educação na estrutura da SES, favorecimento da integração entre as áreas de gestão do trabalho e da educação e a melhoria dos processos de trabalho com impacto na qualidade dos serviços, todos com 50%, cada (Tabela 42).

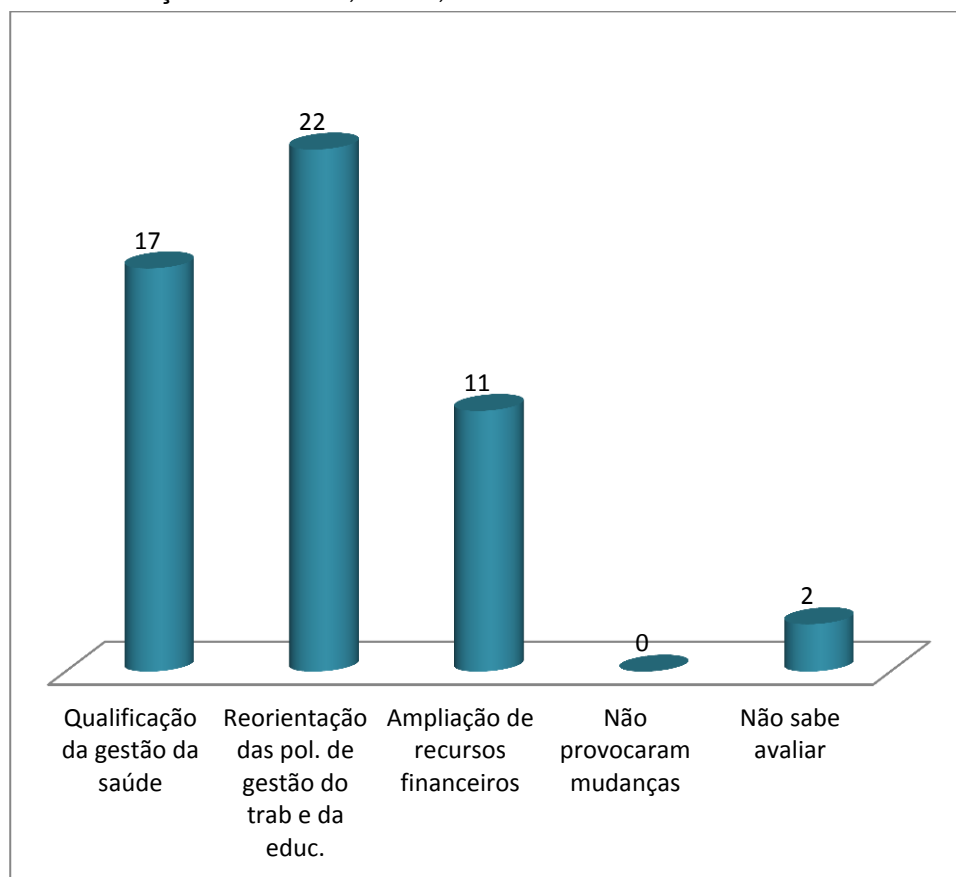
Tabela 42: Contribuição das novas diretrizes de EPS, segundo a região do país. Brasil, 2015

Contribuição das novas diretrizes da EPS	N		NE		SE		S		CO	
	N=7	%	N=9	%	N=4	%	N=3	%	N=4	%
Perda da governabilidade na execução de ações de formação para os trabalhadores	1	14.3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Aumento da autonomia do gestor de EPS	1	14.3	6	66.7	1	25,0	1	33.3	1	25,0
Favorecimento da separação das atividades de gestão do trabalho e da educação	1	14.3	1	11.1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Aumento do prestígio político da área de gestão do trabalho e da educação na estrutura da SES	0	0,0	4	44.4	1	25,0	0	0,0	2	50,0
Favorecimento da integração entre as áreas de gestão do trabalho e da educação	5	71.4	7	77.8	3	75,0	3	100,0	2	50,0
Fortalecimento da área de gestão da saúde	5	71.4	6	66.7	4	100,0	1	33.3	1	25,0
Melhoria dos processos de trabalho com impacto na qualidade dos serviços	2	28.6	7	77.8	2	50,0	3	100,0	2	50,0

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

As iniciativas contidas na Portaria GM/MS 1.996/2007 implicaram em reorientação das políticas de gestão do trabalho e da educação em saúde para 22 respondentes; na qualificação da gestão de saúde (17) e na ampliação de recursos financeiros (11). Somente dois não souberam opinar e nenhum entrevistado registrou que as iniciativas não provocaram mudanças (Gráfico 8). Opinaram que trouxe maior visibilidade para o setor na própria gestão e maior adesão aos cursos e ações de formação propostos.

Gráfico 8: Implicações das diretrizes da Portaria GM/MS 1.996/07 na área de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, Brasil, 2015.



Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

A reorientação das políticas de gestão do trabalho e da educação em saúde e a qualificação da gestão de saúde foram as mais citadas em todas as regiões do país como as maiores contribuições das diretrizes da Portaria GM/MS 1.996/07 (Tabela 43).

Tabela 43: Contribuições da Portaria GM/MS 1.996/07 para a gestão do trabalho e da educação em saúde, segundo a região do país. Brasil, 2015

Implicações das iniciativas da Portaria	N		NE		SE		S		CO	
	N=7	%	N=9	%	N=4	%	N=3	%	N=4	%
Qualificação da gestão da saúde	4	57.1	6	66.7	3	75,0	2	66.7	2	50,0
Reorientação das políticas de gestão do trabalho e da educação em saúde	5	71.4	7	77.8	4	100,0	2	66.7	4	100,0
Ampliação de recursos financeiros	4	57.1	5	55.6	1	25,0	0	0,0	1	25,0
Não provocaram mudanças	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não sabe avaliar	1	14.3	1	11.1	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Em relação às principais estratégias e propostas para a área de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, os responsáveis apontaram como muito relevantes as iniciativas da Educação Permanente em Saúde - Port. 1.996/2007 (52.3%), as CIES (51.9%) e aquelas referentes à Educação Profissional de Nível Técnico (51.4%). PROFAPS, Telessaúde e Pet-Saúde também receberam pontuação importante como estratégias muito relevantes. O Pró-Saúde e o ProgeSus foram considerados relevantes, sendo que a estratégia Ver-SUS é a menos conhecida e menos indicada, como se vê abaixo (Tabela 44).

Tabela 44: Avaliação das estratégias para a Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde pelos gestores de EPS. Brasil, 2015.

Estratégias	Avaliação	Brasil	
		N=27	%
Educação Permanente em Saúde (Port. 1.996/07)	Desconhece	0	0,0
	Irrelevante	1	3,7
	Pouco relevante	0	0,0
	Relevante	5	18,5
	Muito relevante	21	77,8
PROFAPS	Desconhece	1	3,7
	Irrelevante	1	3,7
	Pouco relevante	2	7,4
	Relevante	8	29,6
	Muito relevante	15	55,6
Telessaúde	Desconhece	4	14,8
	Irrelevante	1	3,7
	Pouco relevante	1	3,7
	Relevante	6	22,2
	Muito relevante	15	55,6
PET-Saúde	Desconhece	5	18,5
	Irrelevante	1	3,7
	Pouco relevante	3	11,1
	Relevante	7	25,9
	Muito relevante	11	40,7
Pró-Saúde	Desconhece	5	18,5
	Irrelevante	1	3,7
	Pouco relevante	2	7,4
	Relevante	10	37,0
	Muito relevante	9	33,3
CIES	Desconhece	0	0,0
	Irrelevante	1	3,7
	Pouco relevante	0	0,0
	Relevante	6	22,2
	Muito relevante	20	74,1
Educação Profissional de Nível Técnico (Port. 1.996/07)	Desconhece	0	0,0
	Irrelevante	1	3,7
	Pouco relevante	1	3,7
	Relevante	5	18,5
	Muito relevante	20	74,1
VER-SUS	Desconhece	12	44,4
	Irrelevante	2	7,4
	Pouco relevante	0	0,0
	Relevante	7	25,9
	Muito relevante	6	22,2
ProgeSUS	Desconhece	2	7,4
	Irrelevante	2	7,4
	Pouco relevante	1	3,7
	Relevante	13	48,1
	Muito relevante	9	33,3

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Nas próximas tabelas (45, 46, 47, 48 e 49), apresentamos as avaliações das regiões em relação as estas estratégias:

Tabela 45: Avaliação de estratégias para a Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, região Norte. Brasil, 2015

Estratégias	Avaliação	Norte	
		N=7	%
Educação Permanente em Saúde (Port. 1.996/07)	Desconhece	0	0,0
	Irrelevante	0	0,0
	Pouco relevante	0	0,0
	Relevante	3	42,9
	Muito relevante	4	57,1
PROFAPS	Desconhece	1	14,3
	Irrelevante	0	0,0
	Pouco relevante	0	0,0
	Relevante	3	42,9
	Muito relevante	3	42,9
Telessaúde	Desconhece	1	14,3
	Irrelevante	0	0,0
	Pouco relevante	0	0,0
	Relevante	4	57,1
	Muito relevante	2	28,6
PET-Saúde	Desconhece	3	42,9
	Irrelevante	0	0,0
	Pouco relevante	1	14,3
	Relevante	2	28,6
	Muito relevante	1	14,3
Pró-Saúde	Desconhece	3	42,9
	Irrelevante	0	0,0
	Pouco relevante	1	14,3
	Relevante	3	42,9
	Muito relevante	0	0,0
CIES	Desconhece	0	0,0
	Irrelevante	0	0,0
	Pouco relevante	0	0,0
	Relevante	4	57,1
	Muito relevante	3	42,9
Educação Profissional de Nível Técnico (Port. 1.996/07)	Desconhece	0	0,0
	Irrelevante	0	0,0
	Pouco relevante	0	0,0
	Relevante	3	42,9
	Muito relevante	4	57,1
VER-SUS	Desconhece	6	85,7
	Irrelevante	0	0,0
	Pouco relevante	0	0,0
	Relevante	1	14,3
	Muito relevante	0	0,0
ProgeSUS	Desconhece	2	28,6
	Irrelevante	0	0,0
	Pouco relevante	0	0,0
	Relevante	2	28,6
	Muito relevante	3	42,9

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Tabela 46: Avaliação de estratégias para a Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, região Nordeste. Brasil, 2015

Estratégias	Avaliação	Nordeste	
		N=9	%
Educação Permanente em Saúde (Port. 1.996/07)	Desconhece	0	0,0
	Irrelevante	0	0,0
	Pouco relevante	0	0,0
	Relevante	1	11,1
	Muito relevante	8	88,9
PROFAPS	Desconhece	0	0,0
	Irrelevante	0	0,0
	Pouco relevante	1	11,1
	Relevante	1	11,1
	Muito relevante	7	77,8
Telessaúde	Desconhece	2	22,2
	Irrelevante	0	0,0
	Pouco relevante	1	11,1
	Relevante	1	11,1
	Muito relevante	5	55,6
PET-Saúde	Desconhece	2	22,2
	Irrelevante	0	0,0
	Pouco relevante	1	11,1
	Relevante	1	11,1
	Muito relevante	5	55,6
Pró-Saúde	Desconhece	2	22,2
	Irrelevante	0	0,0
	Pouco relevante	0	0,0
	Relevante	2	22,2
	Muito relevante	5	55,6
CIES	Desconhece	0	0,0
	Irrelevante	0	0,0
	Pouco relevante	0	0,0
	Relevante	1	11,1
	Muito relevante	8	88,9
Educação Profissional de Nível Técnico (Port. 1.996/07)	Desconhece	0	0,0
	Irrelevante	0	0,0
	Pouco relevante	0	0,0
	Relevante	1	11,1
	Muito relevante	8	88,9
VER-SUS	Desconhece	2	22,2
	Irrelevante	1	11,1
	Pouco relevante	0	0,0
	Relevante	3	33,3
	Muito relevante	3	33,3
ProgeSUS	Desconhece	0	0,0
	Irrelevante	0	0,0
	Pouco relevante	0	0,0
	Relevante	5	55,6
	Muito relevante	4	44,4

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Tabela 47: Avaliação de estratégias para a Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, região Sudeste. Brasil, 2015

Estratégias	Avaliação	Sudeste	
		N=4	%
Educação Permanente em Saúde (Port. 1.996/07)	Desconhece	0	0,0
	Irrelevante	0	0,0
	Pouco relevante	0	0,0
	Relevante	1	25,0
	Muito relevante	3	75,0
PROFAPS	Desconhece	0	0,0
	Irrelevante	0	0,0
	Pouco relevante	1	25,0
	Relevante	2	50,0
	Muito relevante	1	25,0
Telessaúde	Desconhece	0	0,0
	Irrelevante	0	0,0
	Pouco relevante	0	0,0
	Relevante	1	25,0
	Muito relevante	3	75,0
PET-Saúde	Desconhece	0	0,0
	Irrelevante	0	0,0
	Pouco relevante	1	25,0
	Relevante	3	75,0
	Muito relevante	0	0,0
Pró-Saúde	Desconhece	0	0,0
	Irrelevante	0	0,0
	Pouco relevante	1	25,0
	Relevante	3	75,0
	Muito relevante	0	0,0
CIES	Desconhece	0	0,0
	Irrelevante	0	0,0
	Pouco relevante	0	0,0
	Relevante	1	25,0
	Muito relevante	3	75,0
Educação Profissional de Nível Técnico (Port. 1.996/07)	Desconhece	0	0,0
	Irrelevante	0	0,0
	Pouco relevante	1	25,0
	Relevante	1	25,0
	Muito relevante	2	50,0
VER-SUS	Desconhece	2	50,0
	Irrelevante	0	0,0
	Pouco relevante	0	0,0
	Relevante	1	25,0
	Muito relevante	1	25,0
ProgeSUS	Desconhece	0	0,0
	Irrelevante	1	25,0
	Pouco relevante	1	25,0
	Relevante	2	50,0
	Muito relevante	0	0,0

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Tabela 48: Avaliação de estratégias para a Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, região Sul. Brasil, 2015

Estratégias	Avaliação	Sul	
		N=3	%
Educação Permanente em Saúde (Port. 1.996/07)	Desconhece	0	0,0
	Irrelevante	0	0,0
	Pouco relevante	0	0,0
	Relevante	0	0,0
	Muito relevante	3	100,0
PROFAPS	Desconhece	0	0,0
	Irrelevante	0	0,0
	Pouco relevante	0	0,0
	Relevante	0	0,0
	Muito relevante	3	100,0
Telessaúde	Desconhece	1	33,3
	Irrelevante	0	0,0
	Pouco relevante	0	0,0
	Relevante	0	0,0
	Muito relevante	2	66,7
PET-Saúde	Desconhece	0	0,0
	Irrelevante	0	0,0
	Pouco relevante	0	0,0
	Relevante	0	0,0
	Muito relevante	3	100,0
Pró-Saúde	Desconhece	0	0,0
	Irrelevante	0	0,0
	Pouco relevante	0	0,0
	Relevante	1	33,3
	Muito relevante	2	66,7
CIES	Desconhece	0	0,0
	Irrelevante	0	0,0
	Pouco relevante	0	0,0
	Relevante	0	0,0
	Muito relevante	3	100,0
Educação Profissional de Nível Técnico (Port. 1.996/07)	Desconhece	0	0,0
	Irrelevante	0	0,0
	Pouco relevante	0	0,0
	Relevante	0	0,0
	Muito relevante	3	100,0
VER-SUS	Desconhece	1	33,3
	Irrelevante	0	0,0
	Pouco relevante	0	0,0
	Relevante	0	0,0
	Muito relevante	2	66,7
ProgeSUS	Desconhece	0	0,0
	Irrelevante	0	0,0
	Pouco relevante	0	0,0
	Relevante	1	33,3
	Muito relevante	2	66,7

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Tabela 49: Avaliação de estratégias para a Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, região Centro-Oeste. Brasil, 2015

Estratégias	Avaliação	Centro-Oeste	
		N=4	%
Educação Permanente em Saúde (Port. 1.996/07)	Desconhece	0	0,0
	Irrelevante	1	25,0
	Pouco relevante	0	0,0
	Relevante	0	0,0
	Muito relevante	3	75,0
PROFAPS	Desconhece	0	0,0
	Irrelevante	1	25,0
	Pouco relevante	0	0,0
	Relevante	2	50,0
	Muito relevante	1	25,0
Telessaúde	Desconhece	0	0,0
	Irrelevante	1	25,0
	Pouco relevante	0	0,0
	Relevante	0	0,0
	Muito relevante	3	75,0
PET-Saúde	Desconhece	0	0,0
	Irrelevante	1	25,0
	Pouco relevante	0	0,0
	Relevante	1	25,0
	Muito relevante	2	50,0
Pró-Saúde	Desconhece	0	0,0
	Irrelevante	1	25,0
	Pouco relevante	0	0,0
	Relevante	1	25,0
	Muito relevante	2	50,0
CIES	Desconhece	0	0,0
	Irrelevante	1	25,0
	Pouco relevante	0	0,0
	Relevante	0	0,0
	Muito relevante	3	75,0
Educação Profissional de Nível Técnico (Port. 1.996/07)	Desconhece	0	0,0
	Irrelevante	1	25,0
	Pouco relevante	0	0,0
	Relevante	0	0,0
	Muito relevante	3	75,0
VER-SUS	Desconhece	1	25,0
	Irrelevante	1	25,0
	Pouco relevante	0	0,0
	Relevante	2	50,0
	Muito relevante	0	0,0
ProgeSUS	Desconhece	0	0,0
	Irrelevante	1	25,0
	Pouco relevante	0	0,0
	Relevante	3	75,0
	Muito relevante	0	0,0

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Os resultados variam muito de região para região: na Norte, as estratégias de Educação Permanente em Saúde e da Educação Profissional de Nível Técnico foram consideradas como mais relevantes, enquanto o CIES e o Telessaúde foram considerados como relevantes. O ProgeSus também foi bem indicado como muito relevante (3) e relevante (2). Assim como o Brasil, o projeto menos conhecido é o VER-SUS (6). (Tabela 45)

No Nordeste aparecem como muito relevantes as estratégias de Educação Permanente em Saúde, do PROFAPS, da CIES e a Educação Profissional de Nível Técnico e como relevante o ProgeSus (Tabela 46).

A região Sudeste tem na Educação Permanente em Saúde, no Telessaúde e na CIES suas ações mais relevantes, sendo o VER-SUS também o menos conhecido (Tabela 47). Na região Sul, prevalecem como muito relevantes a Educação Permanente em Saúde, o PROFAPS, o PET-Saúde, a CIES e a Educação Profissional de Nível Técnico (Tabela 48) e, finalmente, a região Centro-oeste que tem na Educação Permanente em Saúde, no Telessaúde, na CIES e na Educação Profissional de Nível Técnico suas ações muito relevantes (Tabela 49).

As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes, segundo a maioria absoluta dos gestores (92.6%) tem um papel estratégico e importante e, para 7.4% funcionam como instâncias facilitadoras na formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação

Permanente em Saúde. Nenhum dos entrevistados apontou como conflitante, burocrático e dificultador ou não soube avaliar a inserção das CIES na EPS (Tabela 50).

Tabela 50: Papel das CIES para PNEPS segundo gestores de EPS. Brasil, 2015

Aspectos	Brasil	
	N	%
Burocrático e dificultador	0	0%
Conflitante	0	0%
Facilitador	2	7.41%
Estratégico e importante	25	92.59%
Não sabe avaliar	0	0%
Total	27	100%

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

O mesmo resultado foi encontrado em todas as regiões do país; ou seja, o papel de estratégico e importante foi considerado pela maioria dos entrevistados (Tabela 51).

Tabela 51: Qualificação do papel da CIES para PNEPS, segundo a região do país. Brasil, 2015

Qualificação do papel da CIES para PNEPS	N		NE		SE		S		CO	
	N=7	%	N=9	%	N=4	%	N=3	%	N=4	%
Burocrático e dificultador	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Conflitante	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Facilitador	1	14.3	0	0,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0
Estratégico e importante	6	85.7	9	100,0	3	75,0	3	100,0	4	100,0
Não sabe avaliar	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

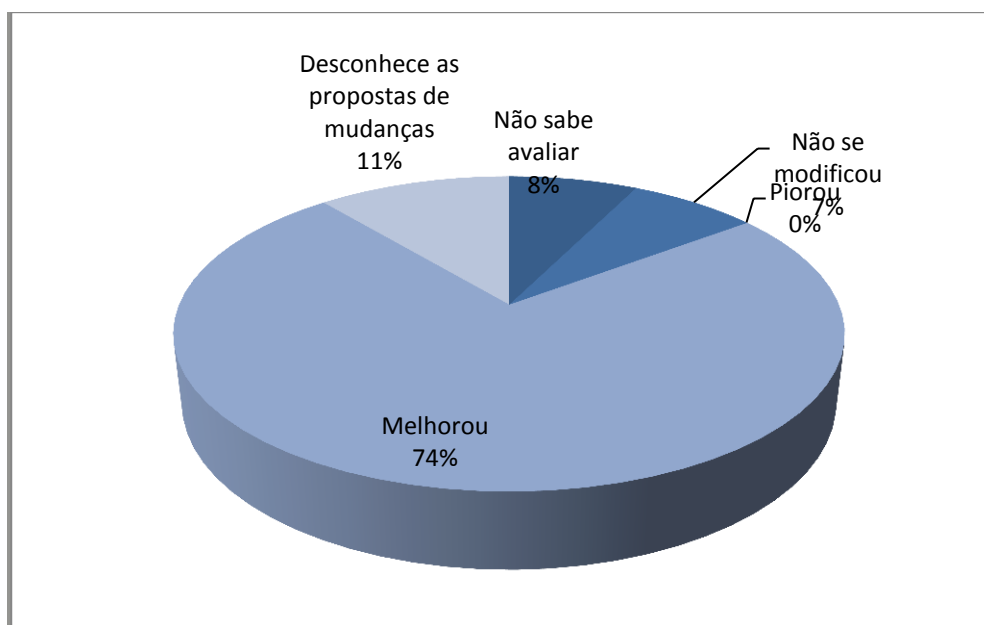
Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

As mudanças propostas pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foram avaliadas como positivas, que trouxeram melhoras para 74.1% dos entrevistados, 11.1% alegaram que desconhecem as propostas de mudanças, 7.4% não

souberam avaliar, assim como o mesmo percentual avaliou que não se modificou.

Nenhum entrevistado respondeu negativamente, indicando que piorou (Gráfico 9).

Gráfico 9: Mudanças na PNEPS pelas Diretrizes da Port. GM/MS 1996/2007 segundo gestores de EPS, Brasil, 2007



Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Estes achados coincidem com os resultados obtidos em todas as regiões do país, em que a maioria concorda que houve melhoras na PNEPS após mudanças provocadas pela Portaria 1996/GM/MS/2007 (Tabela 52).

Tabela 52: Situação das PNEP com as propostas de mudanças na Portaria 1996/GM/MS/2007, segundo a região do país. Brasil, 2015

Situação das PNEPS	N		NE		SE		S		CO	
	N=7	%	N=9	%	N=4	%	N=3	%	N=4	%
Não sabe avaliar	1	14,3	1	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não se modificou	1	14,3	1	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Piorou	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Melhorou	5	71,4	5	55,6	4	100,0	3	100,0	3	75,0
Desconhece as propostas de mudança	0	0,0	2	22,2	0	0,0	0	0,0	1	25,0

Fonte: ObservaRH/IMS-UERJ. Avaliação da Política de Educação Permanente do SUS Implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Brasil, 2015.

Finalmente, as opiniões dos gestores em relação às mudanças e inclusões na política de educação permanente em saúde no país, trazem reforços e avaliações positivas em relação às novas diretrizes e estratégias para a implementação desta política, mas indicam preocupações com os recursos financeiros federais disponibilizados, bem como os mecanismos de execução destes recursos para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente, como se pode depreender nas falas abaixo:

“A partir das novas Políticas de formação que advieram com a Lei do Mais Médicos e a introdução do COAPES, é de extrema importância que a PNEPS e a CIES sejam fortalecidas em seu papel e que o Ministério da Saúde dê continuidade aos repasses regulares de recursos financeiros e suporte técnico para que a Política se efetive a nível nacional”.

“Não mudaríamos nada, só gostaríamos que ocorresse o repasse automático e regular todos os anos, conforme o que garante a portaria.”

"A Portaria orienta a utilização dos recursos baseada em processos, como cabe a educação permanente, mas na hora de utilizar o dinheiro público, ainda estamos submetidos à Lei 8666, privilegiadamente direcionada a compra de produtos. Isso dificulta uma mudança de concepção que amplie todas as ações necessárias a mudança de práticas, restringindo a execução de cursos por instituições formadoras. Claro que essa discussão tb é importante, promove um debate por dentro da formação acadêmica, mas os processos de caráter mais informal e não menos potentes ficam de fora".

"Financiamento aumentaria o valor dos recursos e daria maior flexibilidade de execução."

"Acredito que a integração de todas as ações e recursos para a avaliação na CIES e sancionado pela CIB, mas com continuidade temos projetos aprovados aguardando financiamento."

"Flexibilidade para execução dos recursos financeiros."

"Atualmente os recursos da EPS servem principalmente para cursos de educação continuada e a interação com as instituições de ensino são mais por interesse nos recursos do que com os processos de mudança".

Outras visões e propostas referem-se à operacionalização e implementação efetiva das demandas e necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde em nível regional de acordo com as realidades locais, como podemos inferir destas observações expressas dos gestores:

"Acredito que as diretrizes que a política apresenta sejam pertinentes, o que nós temos é que encontrar estratégias que não são únicas, são dinâmicas e pontuais, para que se efetive. Ter o envolvimento da Gestão, do Ensino, Serviço e principalmente da Comunidade."

"É de extrema importância para o funcionamento da política nos estados, que se faça a criação da legislação específica para a utilização dos recursos da educação permanente a fim de executarmos de fato os projetos, dando mais autonomia aos gestores da educação permanente."

"Pensaria na articulação dos eixos. Continuamos funcionando em "caixinhas" e os Programas e ações já chegam no território completamente desarticulados. Não existe planejamento conjunto, nem comunicação eficaz, ainda que regional, do MS, Instituições de Ensino e Secretaria de Estado da Saúde, o que dificulta a Coordenação da Política."

"Fortalecer Integração do Ministério da Saúde (SGTES) com as Secretarias de Saúde do Estado; Maior investimento para os Programas Pró-Saúde, PET-Saúde e Residências; Assessoria do Ministério junto a CIES."

"Resgatar o conceito de EPS, refletir o trabalho para modificar a realidade do trabalho, criar núcleos facilitadores deste processo".

"Alinhamento sobre a política de educação permanente em saúde com vistas a desenvolver mudanças de prática no cotidiano no trabalho."

"Estabelecer critérios que qualifique as práticas de educação permanente, distinguindo-as das demais práticas de educação na saúde."

"Há poucos espaços que possibilitem a avaliação da política"

Entrevistas

A política de educação permanente e a CIES na visão de seus membros

Este bloco do relatório ocupou-se em apresentar uma síntese dos principais resultados obtidos com a realização das **entrevistas** realizadas com atores que compõem as CIES estaduais das regiões Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste, além da entrevista realizada com o Coordenador Nacional da PNEPSUS.

Os resultados das entrevistas com os coordenadores/membros das CIES serão apresentados em consonância com as categorias de análise definidas, quais sejam: histórico/criação; composição; dinâmica/funcionamento; atividades desenvolvidas; relação com a SES; relação com as instituições formadoras; repasse e utilização dos recursos; dificuldades; estratégias de enfrentamento das dificuldades; avaliação da CIES e perspectivas.

Para a apresentação dos resultados da entrevista com o Coordenador Nacional da PNEPSUS foram definidas as seguintes categorias: considerações gerais sobre a PNEPS; relação MS/CIES; avaliação da CIES; repasse/execução dos recursos; ações atuais do MS; dificuldades e desafios.

Histórico/criação

As entrevistas evidenciaram que a criação da CIES ocorreu em momentos diferentes nos estados pesquisados, sendo que, em quatro deles esta se deu após a

publicação da Portaria 1996, de 2007; em um deles em 2012, e, em dois deles não foi possível obter a informação.

Constatou-se, também, a existência de CIES regional em quatro dos estados pesquisados, sendo a mesma inexistente em um deles. Os demais não souberam informar.

No processo de instituição das CIES regionais, diferentes movimentos foram relatados como a realização de um movimento de sensibilização das instituições; seminários para debate e esclarecimento da política; reuniões com diferentes atores e até a formação de um coletivo, a partir da portaria de 2007. Foi relatado também um trabalho em parceria com os colegiados intergestores e colegiados regionais de saúde para implantação das CIES regionais.

Um dos entrevistados apontou o fato de a regionalização ter se dado devido à necessidade de utilização do recurso, uma vez que, o uso do mesmo de acordo com o preconizado pela portaria, demandava a regionalização.

[...] o dinheiro que estava parado na conta e aí a gestora que assumiu a pasta da gestão trabalho e educação, ela quis saber por que aquele dinheiro estava sem uso. E aí foi aí que disseram que pra usar o dinheiro como previa a portaria tinha que haver essa regionalização. Então o processo de regionalização nasceu dessa demanda. (E5)

Observou-se que a política e o percurso da CIES nos estados, desenvolveram-se tanto de forma participativa e consensuada, como de forma conturbada, sendo que as mesmas passaram por diferentes momentos.

Então tivemos um bom momento de organização da CIES no estado, um momento que eu considero um desmonte ostensivo e agora um momento que eu ainda não compreendi que foi o desse ano, ainda não compreendo o que aconteceu. Nós tivemos um percurso conturbado, né? Na maior parte dos estados acho que eles estão funcionando.(E6)

Para um dos entrevistados foi um ganho a junção dos quatro segmentos dentro da CIES bem como, a consolidação da ampliação conceitual de educação continuada para educação permanente. Para ele, este avanço se deu mesmo com a coexistência de ações de formatos diferentes: umas com formato acadêmico e outras com formato próximo da realidade do serviço.

A consolidação dessa ampliação conceitual da educação continuada pra uma ampliação disso para uma educação permanente, um aprofundamento disso andou, mesmo com algumas ações ainda num formato muito acadêmico, outras mais próximas da realidade do serviço. (E6).

Em um dos estados, observou-se a existência de arranjos institucionais próprios para gestão e acompanhamento da política. Constatou-se a existência de estruturas próprias para discussão da educação em saúde coletiva e de discussão nas regiões, denominadas Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva (NURESC). Foi relatado que há a proposta de capilarizar essas estruturas para os municípios, os Núcleos Municipais de Educação em Saúde Coletiva. A atuação da CIES se dá neste contexto.

Os NURESCs e o NESC que é a gestão indo pra regiões do município; A CIES que se organiza então e cresce com outros atores aí, controle social

enfim e na última gestão a RESC que vai amarrar isso tudo em forma de rede. (E6)

Dois entrevistados relataram a existência de CIES regional em todas as regiões do estado.

Composição

De uma forma geral as CIES dos estados pesquisados possuem composição ampla com representação de diversas instituições, entre as quais, instituições formadoras, representação da gestão estadual, representação da gestão municipal, Conselho Estadual de Saúde, COSEMS, Fundações, unidades assistenciais, sindicatos de trabalhadores do SUS.

Foi relatada a presença de instituições públicas e privadas em algumas CIES, sendo que em um dos estados verificou-se representação das CIES regionais.

A composição é ampla e representativa das diversas instituições envolvidas, públicas e privadas. (E2).

Houve também o relato de que a CIES é composta pelo número mínimo de participantes em cada segmento.

Um dos entrevistados destacou que a composição da CIES, em seu estado, não seguiu o preconizado pela Portaria, uma vez que, houve o entendimento de que a mesma limita, sendo a CIES mais ampla e envolve todo um processo. Reconhece a portaria como

um instrumento importante, mas não o único, num entendimento de que haveria um arcabouço legal mais amplo.

[...] a gente partiu de um princípio [...] que foi não seguir só a portaria. A portaria ela limita uma coisa, a meu ver, há um aspecto de diretrizes de forma muito definida assim, mas a CIES ela é mais ampla que a educação permanente ela envolve todo um processo. (E5).

Para outro entrevistado, a composição plural da CIES é positiva, acreditando que essa pluralidade possibilita maior abertura da comissão, diminui o poder da gestão e fortalece o controle social.

[...] acho que a concepção de composição das CIES que tem que ser plural é uma das estratégias que favorece que ela não fique fechada, que ela não dê todo poder a gestão, que ela não deixe o controle social, sozinho, né? Quer dizer, os movimentos sociais, os usuários têm que estar ali dentro pra conversar, porque senão a gente tem a gestão fazendo o que acha que tem que fazer, se achando muito legítima [...](E6)

Dinâmica / funcionamento

De maneira geral os entrevistados relataram periodicidade mensal das reuniões da CIES, a qual poderia sofrer alterações, para mais ou pra menos, em vista de algumas situações, tais como: ausência de pauta (menos); período de publicação das portarias, intensificando as discussões; necessidade de apreciação dos planos de EP (mais); suspensão da necessidade de apreciação dos planos de EP (menos); envolvimento dos membros na realização da Conferência Estadual de Saúde (menos); existência de reunião mensal paralela com as subcoordenações, as quais podem sofrer alterações dependendo

da carga de trabalho dos membros; possibilidade de haver reuniões extraordinárias em decorrência da política de autonomia das regiões, uma vez que não há hierarquia entre região e estado; grande renovação dos membros; transição de governo, aposentadorias, concursos públicos, ou seja, membros saindo, membros entrando e se inteirando da situação.

Um dos entrevistados afirmou não haver periodicidade definida para a realização de reuniões, em seu estado, sendo que todas as situações são referenciadas para a capital.

No que se refere às pautas das reuniões, os entrevistados informaram a ocorrência das seguintes situações: pautas elaboradas de acordo com a demanda vinda da CIB; envio prévio de pautas, inclusive por e-mail; heterogeneidade de procedimentos nas diversas regiões; pauta colocada numa agenda compartilhada informando, com antecedência, data e local da reunião; pautas compostas por informes, apresentações e orientações e disponibilização das atas no site da CIES. Um dos entrevistados informou a existência de uma lista de itens obrigatórios, que não podiam faltar nas reuniões.

A mudança de coordenação da CIES foi apontada como um fator de interferência no envio da pauta.

Um dos entrevistados não soube informar sobre as pautas, devido ao fato de ter ficado afastado por um período de quatro anos e ter retomado as atividades mais recentemente.

No que se refere à dinâmica das reuniões, em um dos estados foi relatado o funcionamento desigual entre as CIES regionais, as quais se encontram em diferentes estágios de organização.

Outro depoimento destacou o fato de as reuniões serem abertas, com a palavra franqueada aos presentes, numa estratégia de garantir o número mínimo de presentes. Estes deveriam estar formalizados por meio de resolução, procedimento necessário para que o Fundo Estadual de Saúde (FES) aceitasse custear as despesas dos mesmos. Esse depoente relata, ainda, que a discussão se dava primeiramente no âmbito regional e posteriormente no estadual, para, então, proceder-se à organização dos projetos de educação e saúde. Avalia que o fluxo de trabalho foi progressivamente se organizando e que a comissão aprendeu como os erros e os equívocos cometidos.

As reuniões das CIES estadual eram absolutamente abertas, não tinha uma configuração de quem pode falar, quem isso, quem aquilo [...] (E6)
Então tinha uma discussão na regional e depois vinha pra a estadual. E começava a organizar projetos [...] de educação e saúde. Com o tempo esse fluxo de trabalho foi se organizando, a gente começou em cima dos nossos próprios erros e equívocos a organizar o fluxo (E6).

Em outro estado, o fato de a coordenação da CIES estar fora da gestão foi considerado, pelo entrevistado como um diferencial. Ele pontuou o fato de a política regional ser executada pelas próprias regiões, sendo que a CIES estadual não toma decisões pela região, não havendo, portanto, ações hierarquizadas. Dessa forma, as regionais apresentam funcionamento diferente: melhor e pior, atribuindo essa diferença à

flexibilidade e à autonomia existentes no regimento. Sobre o regimento, este foi mencionado por dois entrevistados, sendo que um deles pontuou a existência do mesmo para todas as CIES regionais.

No que se refere à participação dos membros da CIES, um dos depoentes apontou certa fragilidade na mesma, em relação a alguns segmentos tais como, os representantes dos trabalhadores e usuários. Atribui essa fragilidade ao fato de os mesmos estarem em processo de conhecimento da proposta, e, por isso, não se sentirem à vontade para assumir um papel mais ativo. Contudo, relata que, aos poucos, foi-se percebendo que a participação era o caminho a ser seguido. Este depoente também relata a progressiva diminuição do interesse de alguns membros, entre eles, as instituições de ensino, em participar das reuniões da CIES.

As prováveis razões para este desinteresse apontadas por ele foram: constatação das limitações da comissão, que tinha menos poder que o imaginado; ausência das reuniões; indicação de representantes pouco interessados no tema; ausência de resposta às solicitações de indicações ou de substituição dos representantes; e, por fim, ausência total do processo.

Sobre as instituições de ensino, relata que muitas delas participavam na expectativa de captar recursos. Assim, seu interesse diminuía à medida que constatavam que a discussão era mais ampla, uma vez que a comissão queria superar a lógica de balcão de discutir a política de forma ampla. Contudo, ressalta boa participação de algumas instituições de ensino. Informa também que outros atores desistiam ao perceber

que o processo era mais complexo e que tinham que se envolver em questões mais amplas.

O papel e as características do gestor também foram pontuados por um dos entrevistados, ao se referir à dinâmica e ao funcionamento da CIES. Destacou a importância de se ter um gestor com uma visão descentralizada do SUS, que possibilitasse o trabalho da equipe. Para ele, nesses locais há não só o bom funcionamento da CIES, como também de outras estruturas. Para ele, gestores interessados, mesmo sem autonomia e liberdade, conseguem realizar ações, sendo que outros se acomodam.

[...] no começo a gente percebeu que houve esse interesse, mas foram percebendo que não tinha aquele poder que eles imaginavam que tinha, assim como os sindicatos também começaram a perceber isso e foram perdendo o interesse de participar, ou não indo pras reuniões, ou colocando pessoas que não eram muito interessadas no tema ou simplesmente não dando mais nem notícia, a gente solicitava ofícios, substituições, ou indicações e não respondiam, ou seja, não considerava tão importante[...] (E5)

- [...]então alguns exemplos típicos de instituição de ensino é que muitos foram com olhar[...] numa lógica de querer captar o recurso que estava lá. [...] Quando percebia que a gente estava numa discussão muito mais ampla do que isso, a gente queria de fato uma política não nessa lógica de balcão, a gente queria superar inclusive isso, então muitos perdiam um pouco o interesse disso, a gente sentia mesmo (E5).

Atividades desenvolvidas

A despeito de se constatar que a realização de cursos de naturezas diversas está entre as atividades desenvolvidas em todos os estados pesquisados, a diversidade de processos, de metodologias empregadas, bem como os diferentes momentos em que os mesmos se deram, impõe uma análise em separado de cada um deles.

Assim, a reestruturação dos estágios dos alunos das Instituições de Ensino Superior (IES) na rede de serviços foi destacada por um dos estados pesquisados. O destaque se justifica pelo fato de haver, por parte do Ministério Público, a cobrança pela definição da relação serviço/IES, em face da constatação da existência de muitos alunos na rede; da ausência de hospital escola; da realização de todos os estágios nas unidades do estado e da necessidade de contrapartida por parte das IES.

[...] apesar de não ter vindo mais recurso, mas essa questão do estágio está tomando muito nosso tempo, o Ministério Público cobrando muito uma resposta da gente com relação [...] as IES. [...] muito aluno dentro das unidades e que essas instituições teriam que estar ajudando o estado em contrapartida. Já que não tem hospital escola, todos os estágios são feitos dentro das unidades do estado, então assim é um programa bem grande que a gente está levando para a CIES também para a gente tentar montar um plano de ação e ver como é que essas instituições podem estar dando contrapartida. Não só reorganizar do ponto de vista dos processos, mas da normatização também, nós não temos uma normatização (E1).

Associe-se a isso, a manutenção da discussão acerca da necessidade de se realizar cursos técnicos já planejados; a realização de cursos de especialização em áreas diversas (obstetrícia, UTI, saúde mental); a discussão sobre os egressos dos cursos oferecidos, no intuito de verificar onde estão e como estão atuando, bem como, se continuam na rede de serviços; uma proposta que pode vir a ser objeto de pesquisa e por fim, a discussão da residência. Nesse estado, a realização de cursos técnicos para diferentes áreas se deu principalmente em um momento mais inicial da política, no qual os profissionais, a despeito de exercerem determinadas atividades nos serviços de saúde, não tinham a qualificação formal para tal. Atualmente, com os profissionais já qualificados, a demanda se dirige para atualizações e cursos mais rápidos, voltados para a rotina do trabalho.

Então, quando foi elaborado o plano se pensou muito em cursos técnicos e hoje em dia essa realidade não é mais a mesma. Já tivemos alguns concursos públicos e os profissionais já são contratados qualificados. Já é feito concurso pra técnico de radiologia, pra técnico de laboratório, então a gente está vendo que não tem mais necessidade de a gente estar capacitando os profissionais que estão no serviço porque eles já entram capacitados (E1).

Em outro estado foram realizadas capacitações de membros das CIES regionais, tanto dos já integrantes como dos que foram incorporados. Além disso, foi informado o agendamento de uma reunião na qual seria discutido o regimento interno da comissão; seria iniciado o processo de conversação com as instituições formadoras e com os gestores; a realização da análise dos processos das residências médicas e

multiprofissionais e de todos os processos encaminhados à CIB, tais como as demandas por cursos de especialização advindas de outras instituições, bem como a realização de oficinas.

[...] temos uma reunião agendada agora para o dia 1º de setembro para a gente trabalhar um regimento interno, trabalhar pelo menos a iniciação do processo de conversação com as instituições de formação e também com os gestores para começar realmente a disseminar e implementar educação permanente como um processo de transformação das práticas e dos processos do trabalho de saúde (E2).

Um terceiro entrevistado relatou a construção de uma nova edição do PPSUS e a realização de discussões internas na SES com diversos setores, que culminaram numa oficina para formular a agenda de prioridade da secretaria. Relata estar em fase da construção dos Planos de Ação Regionais de Educação Permanente e informa a proposta de oferecer um cardápio mínimo de ações a ser validado com outros atores e institucionalizado na CIB, bem como a elaboração de uma modelagem para identificar os problemas críticos de cada região, em diferentes marcadores, e, a partir daí, identificar entre as causas, aquelas que remetem à necessidade de formação e capacitação.

Então, tem uma proposta pra oferecer, um cardápio mínimo. Isso nós vamos validar com outros atores e tentar legitimar e institucionalizar isso na CIB [...](E3).

Três propostas se colocam no horizonte: a previsão de ofertar um curso de aperfeiçoamento, um de especialização e a criação de uma plataforma de EAD e iniciar

cursos veiculados através da mesma. Apesar de considerar que o trabalho da CIES ainda está longe do ideal e classificá-lo como "engatinhando", avalia que este conjunto de ações demonstra a realização de um considerável investimento no setor. Considera que a maior parte dos integrantes da CIES ainda não tem consciência de sua atuação, do que seja a CIES e de qual trabalho deve ser desenvolvido por ela.

A maioria das pessoas ainda não tem essa consciência ainda do que é CIES [...] o pessoal das regionais, a própria CIES estadual tem essa dificuldade ainda de saber qual é o papel da CIES [...] o gestor, o trabalhador, o controle social, ainda está faltando esse reconhecimento de cada um (E3).

Outro entrevistado pontuou atuações diferenciadas das CIES em seu estado e apontou a existência de CIES mais articuladas com destaque para uma delas. Esta possui maior número de projetos implementados e melhor execução dos recursos, tendo, conseqüentemente, promovido mais ações de EP. Informa, contudo, a realização de oficinas regionais, encontros e seminários de avaliação e planejamento dos encontros.

Para este entrevistado, há uma dificuldade em se romper com a lógica de que capacitação resolve tudo. Para ele, a capacitação é necessária em diversos momentos, mas não só ela, afirmando, ainda, que a EP vai muito além da capacitação. Assim, aponta a importância das mudanças individuais que levam a mudanças coletivas no processo de trabalho; da complementação de saberes; dos diferentes olhares e acredita ser esse um processo complexo, portanto, capacitações isoladas não dão conta do mesmo.

[...] não se consegue sair dessa lógica que só capacitação resolve tudo [...] a educação permanente vai muito além da educação continuada que seria esse mecanismo de capacitação [...] o que sustenta isso, o que faz a roda girar é efetivamente essas mudanças quase que individuais que geram e mudanças coletivas no processo de trabalho lá na ponta, o saber de um complementando o saber do outro, as discussões, o olhar do outro lá que não está vendo o sistema do controle social, do próprio indivíduo que está sendo atingido. Isso aí é muito complexo você imaginar que capacitações isoladas vão dar conta de equacionar esse processo amplo. (E4)

Situação diferente foi apresentada por outro entrevistado, para o qual, a CIES não se constituía como uma prioridade para o governo. Informa a realização de cursos, capacitações e seminários, ações essas classificadas como pontuais e fragmentadas.

[...] não era prioridade, não estava na agenda de governo, então ia fazendo coisas pontuais e aquilo que desse de forma fragmentada, um curso aqui, uma capacitação ali, um seminário acolá, mas nada que fosse numa perspectiva de ter o trabalhador fortalecido como conhecimento, com visão estratégica, nunca aconteceu isso (E5)

Informa, também, a oferta de um curso de qualificação e gestores; a ausência de demandas mais evidentes do plano estadual, como a formação de ACS e que os projetos do Ministério da Saúde chegam como demandas pontuais. Reconhece, contudo, que a CIES dá alguma diretriz, exemplificada pela sugestão de mudança de um projeto local para estadual, sob a coordenação do proponente.

Realização de cursos acadêmicos, ainda na perspectiva de educação continuada foi uma das ações apontadas por outro entrevistado, o qual reconheceu a necessidade de

o trabalhador se qualificar. Pontua a necessidade de haver um equilíbrio na oferta de algum processo de formação (curso), a qual deve conjugar a demanda do sistema com a necessidade do trabalhador. Não vê o trabalhador como um objeto que hora vai qualificar e hora não e relata que a CIES tem sido um espaço para a discussão dessas questões.

É claro que muito se fazia ainda de formato de curso acadêmico, uma perspectiva ainda limitada à educação continuada. Mas a gente sempre teve claro, o grupo que conduzia, que isso é processo, que não adianta... [...] é o caminhar que vai te dar essa aproximação. Então ainda se fez muito curso também. (E6)

Acredita que, quando o trabalhador sai do lugar de objeto para o de sujeito, ele se posiciona e assume o lugar de protagonista, sendo que tal mudança de posição repercute em seu desempenho e volta para a sociedade.

A política ajuda que a gente saia um pouco do lugar de objeto. E quando o trabalhador sai do lugar de objeto e pelo menos começa a se posicionar no lugar mais protagonista. Isso repercute no modo de fazer cuidado e, portanto, volta para a sociedade. (E6)

Acredita, também, que este é um processo e que a mudança de concepção e de prática vem com o tempo.

Relação CIES/SES

Nesta categoria foram elencadas tanto situações positivas como negativas, no que se refere à relação CIES/SES.

Uma relação muito boa, produtiva, tranquila, de construção coletiva, sem maiores problemas de entendimento, na qual as divergências são resolvidas por consenso e diálogo e todos os processos passam pela CIES e pela CIB, foi apontada por um dos entrevistados. Este destacou o fato de tanto a Coordenadora da CIES como a suplente integrarem o departamento de ensino e pesquisa da SES, bem como a participação da equipe do departamento, mesmo sem ser membro da comissão.

[...] acredito que sempre foi essa relação tranquila com os membros da CIES, mais num movimento de construção coletiva, do que num movimento contrário, né? Então assim a nossa relação é uma relação de construção coletiva mesmo, discussão dos processos de educação permanente, não tivemos assim nenhum problema maior de entendimento. Sempre que se tem alguma divergência a gente chega ao consenso por meio de diálogo (E1).

Outro depoente também relatou ser boa a relação com a SES, cujo superintendente é membro titular da CIES, dando, portanto, total apoio à comissão.

Situação semelhante foi relatada por outro entrevistado, o qual informou um grande investimento de aproximação com a CIES, investimento este, representado, entre outras ações, pelo fato de tanto a coordenação como os técnicos comparecerem pessoalmente às reuniões das CIES, numa tentativa de auxiliar na organização dos planos regionais de EP.

[...] resolvemos investir bastante nessa aproximação do estado às CIES. Nós temos ido pessoalmente as reuniões [...] tanto a coordenadora quanto os nossos técnicos(E4).

Assim, relatou a realização de uma série de eventos e encontros, inclusive para o próximo ano, no intuito de se proceder à construção coletiva dos planos de EP, incorporando a discussão de questões relativas à gestão, formação, recursos financeiros, e também pedagógicos. Relatou, também, a realização de encontros nas regionais, para adequação dos planos regionais, e de um encontro geral, para operacionalizar as ações planejadas. Informou haver boa acolhida pelas CIES regionais, as quais solicitaram a participação da SES e que a equipe tem comparecido às reuniões mensais das CIES. Informou, ainda, haver um entendimento por parte do secretário de saúde acerca da necessidade de ampliar a educação e a consequente transformação da coordenação em superintendência. Esta se encontra num momento de organização/estruturação: montagem de cronograma de trabalho, discussão de necessidades, organização do espaço físico, entre outros, e, mesmo estando em fase de organização, a equipe tem se mostrado presente e parceira das CIES.

Nós [...] até somos muito bem acolhidos nessa participação. Eles até gostam e nos solicitam essa participação, então nós estamos tentando sistematizar isso. Nesse primeiro momento para a gente conhecer a todas, nós estamos tentando ir ao máximo por mês a praticamente todas. Mês passado foram quase todas (E4)

Somos um grupo pequeno ainda aqui, agora se transformou numa superintendência a educação aqui do estado, o secretário entendeu que era necessário ampliar a questão da educação e transformou a coordenação numa superintendência(E4).

Entre as situações negativas, os relatos apontaram situações de distanciamento, desinteresse, falta de diálogo, desvalorização e não reconhecimento da CIES.

Assim, em um dos estados pesquisados, a relação CIES/SES foi classificada como distante, sendo pontuada a falta de entendimento acerca do que seja a CIES. Para este depoente, o processo de regionalização foi difícil. Informa que a CIB está passando por um processo de reestruturação – constituição das câmaras técnicas e grupos de apoio, que deve durar até final de 2015. Após o mesmo, espera que a CIES se integre à CIB, que diminua o distanciamento e que haja uma relação mais próxima com o secretário, coordenador da CIB.

[...] acho que é uma falta de entendimento realmente do que é a comissão de integração. [...] a gente espera com essa nova reestruturação da Comissão Intergestores Bipartite que esse distanciamento seja diminuído e tenha uma relação mais íntima com o secretário, afinal de contas ele é o coordenador estadual da Comissão Intergestores Bipartite (E2)

Uma relação direta da SES com o MS, ou seja, de gestor para gestor numa ausência de repasse de informações por parte do coordenador da CIES, associada a uma série de outras dificuldades como a falta de diálogo e a um sentimento de não ser prioridade, de ser secundário. Assim, um dos entrevistados classificou a relação SES/CIES em seu estado.

No que se refere ao primeiro ponto, relatou que, em momento anterior, a lógica do MS estava pautada pela relação gestor/gestor, onde o MS desconhecia os coordenadores das CIES. Exemplificou essa postura, ao relatar a convocação pelo MS de uma oficina para discutir a política, sem o conhecimento dos membros da CIES. Mudança nessa

postura a partir da mudança de coordenação na SGTES, quando, então, esta passou a pontuar a importância das CIES.

[...] a ponte do Ministério, toda a comunicações era voltada pra Secretaria de Saúde [...] com o coordenador da CIES, só que ele não repassava pra gente ficava coisa de gestão para gestor[...] Não sei nem se eles têm esse conhecimento de que de fato procura saber quem eram os coordenadores das CIES, parece que a lógica deles é uma comunicação de gestor pra gestor e não tem essa preocupação de ter um cadastro (E5).

No que se refere ao estado, este entrevistado apontou o seguinte quadro: período de ausência de diálogo com o secretário e a desconsideração do mesmo com a CIES; entendimento de que a CIES era uma comissão da CIB, sendo esta última dominada pelo estado, com funcionamento engessado e a ausência de oposição.

A gente entendia que a gente era uma comissão de CIB. Só que a CIB, ao meu ver, é uma crítica também que eu faço embora isso não é formal, a CIB é totalmente dominada pelo estado [...] Então a CIB era o que o estado queria [...] ela ficou muito engessada a meu ver [...](E5)

Relatou que, em período anterior, a CIB era mais aberta e tinha a participação de técnicos das regiões, tendo se tornado, posteriormente, um espaço fechado, com pouca participação e que apenas homologava as decisões já tomadas em reunião anterior e que as questões já chegavam acordadas.

Informou que a CIES quis participar desse processo, sem sucesso. Informou, ainda, a existência de uma câmara técnica de gestão do trabalho e educação, na qual a CIES não tinha assento, a despeito de ter reivindicado o mesmo; a existência de uma

gestora que integrava tanto a CIES como o GT e que mantinha postura centralizadora, não ouvindo nem a CIES e nem a Câmara, além de não encaminhar as demandas e as pautas da CIES. Tal postura levava a um represamento das demandas, as quais não se tornavam pautas na CIB, não chegando, portanto, aos secretários. Tal quadro resultou numa dificuldade para pactuar e encaminhar propostas na CIB, inclusive de cursos.

[...] tinha uma câmara técnica de gestão do trabalho educação, e a gente não tinha assento, a gente brigava por um assento lá, alegavam que a CIB já tinha assento porque a gestora, essa diretora que eu estou já fazia parte das duas[...] [...] ela que decidia tudo, muitas vezes nem fazia reuniões, porque ela era membro da CIES e era membro do GT, então falou com ela estava decidido (E5)

Nesse cenário, destacou o apoio de algumas regionais de sindicatos e gestores, as quais votavam em consonância com as propostas da CIES, não aceitando a tutela do estado. Apontou, também, um sentimento recente de valorização, por ocasião da proposta de mudança de regimento da CIES estadual e a manifestação de interesse de alguns membros da CIB.

Relatou desvalorização das GERES e acredita que as mesma sempre foram cartoriais. Para ele, a política descentralizada é vista como inconveniente e a secretaria adota uma política de concentração desvalorizando a descentralização, inclusive em relação à educação permanente, ao mesmo tempo em que o estado não tem definição local, não tem um plano.

[...] existe uma definição da secretaria que existiu uma concentração e não a descentralização [...] nunca valorizaram essa estrutura regionalizada

como prega a legislação do SUS, então não ia ser diferente na educação permanente (E5)

Sobre o MS, além da relação direta com a SES, já relatada, foi apontada a indefinição do mesmo em relação à revisão da portaria: se ela vai acontecer ou não e a necessidade deste dar mais respaldo para os membros dos estados e municípios.

Por fim, acredita que os trabalhadores não cobram do estado uma maior definição, ficando as reivindicações no âmbito da discussão salarial ou contra os processos de privatização e terceirização.

Outro entrevistado relatou a entrada de nova gestão, em 2011, a qual apresentava outra concepção de EP (não fazer curso e não usar recurso), ao mesmo tempo em que destacou o não interesse da gestão pela CIES.

Aí em 2011 entra uma nova gestão e tem uma outra concepção [...] eles trazem isso no discurso que educação permanente não é aquilo, não é fazer curso, não é usar recurso. [...] E que a CIES não interessa à gestão (E6).

Afirmou ter sempre pontuado para a CIES que o estado não era proprietário da mesma, sendo apenas um de seus quatro componentes - segmento gestão. Sendo assim, para ele, a CIES possui uma dimensão própria de poder, não sendo, portanto, tutelada pelo estado. Acredita que o estado tem a responsabilidade de implementar a política, ser seu indutor, dar suporte e apoio e nessa perspectiva, avalia que o mesmo cumpriu o seu papel.

[...] o estado não era proprietário da CIES, o estado é um dos 4 segmentos. Pertence ao segmento de gestão. Então a CIES tem uma dimensão de poder outra que não é tutelada pelo estado. Contudo, o estado tem uma responsabilidade especial que é a de implementar a política, dar suporte, dar apoio. E foi isso que a gente fez (E6).

Relatou que a gestão iniciada em 2011 até 2014 apresentou outro entendimento acerca do papel do estado em relação à CIES: CIES autônoma e o estado apenas como mantenedor da secretaria executiva. Tal a postura sobre a autonomia da CIES criou um ruído discursivo entre a câmara técnica e a instância de gestão, provocando a reação do COSEMS e levando a um período no qual ocorreram muitos atritos e brigas.

Contudo, ressaltou que a nova gestão resolveu as questões com o conselho, não resolvidas pela gestão anterior, uma vez que, se ateuve ao preconizado pela portaria, ou seja, submeter o plano anualmente. A despeito de considerar ter sido esta uma decisão acertada, avalia que, ao resolver o problema com o conselho, a gestão criou outro com a CIB, levando à paralisação do recurso por quatro anos. Em 2015, houve nova troca de gestão da CIES e, junto a ela, a recomendação do COSEMS no sentido de que a mesma “fique quieta no seu canto”.

[...] esse ano quando troca a gestão e eu volto essa gestão que entra recebe uma encomenda do COSEMS que a CIES fique bem quieta no seu canto por enquanto (E6).

Ressaltou o papel não deliberativo da CIES estadual, sendo a mesma uma câmara técnica, e, como tal, ela estuda os processos de educação permanente e orienta a região.

Acredita ter havido uma disputa entre as instâncias, na qual as mesmas mediram o que deveria ser ou não ser aprovado, levando à insatisfação do COSEMS com esse cenário.

Informa a existência de Núcleos Regionais de Educação e Saúde Coletiva (NURESC), representante da gestão do estado dentro da CIES, os quais estão presentes em todas as regiões. Os NURESC são apoiadores nas regiões e fazem parte da CIES. Avalia que o estado está passando por um momento delicado, com greve e enfrentamento com o governo, o que entre outras questões, interrompeu as discussões como os NURESC. Mostrou-se sem perspectiva de cenário futuro.

Relação com as instituições formadoras

De uma maneira geral, todos os entrevistados relataram alguma aproximação da CIES com as instituições formadoras de diferentes naturezas jurídicas, em diferentes amplitudes e intensidades. A postura de captação de recursos, numa lógica de balcão, um provável resquício da prática dos Polos de Educação Permanente, também foi relatada por alguns entrevistados.

Assim, integram essa relação tanto instituições de ensino superior públicas, privadas, de âmbito federal e estadual, como também escolas técnicas da rede do SUS.

Um dos estados pontuou haver parceria com a universidade federal e com a Escola Técnica do estado. Esta última detém maior protagonismo na elaboração dos planos de EP, tendo ficado à frente da própria SES. A aproximação com a universidade federal se dá principalmente no que se refere aos programas de residência, sendo o departamento

de enfermagem apontado como o grande parceiro da SES. Já as universidades privadas, oferecem cursos presenciais e a distância, já tendo oferecido cursos de especialização para os servidores.

A escola sem dúvida é bastante parceira nossa até na hora de construir os planos, no início mesmo do processo de educação permanente a Escola Técnica ficou até mais a frente do que a própria Secretaria de Saúde, sempre participando das reuniões e diálogos muito abertos. Até mais que [...] a Universidade Federal (E1).

Alguns entraves foram apontados, em especial no que se refere aos estágios curriculares. Tanto a universidade federal como as escolas particulares têm a rede pública de serviços como campo de estágio, levando a uma presença maciça de alunos na rede. Tal situação foi objeto de questionamento por parte do Ministério Público, o qual ponderou a necessidade de a instituição superior de ensino (IES) tenha seu próprio hospital de ensino, além de prover uma contrapartida para o estado.

[...] antes nós tínhamos um posto de medicina [...] só na Universidade Federal, com a entrada desses estudantes particulares o Ministério Público questiona a contrapartida dessas universidades para o estado tendo em vista que estão usando a estrutura dos hospitais públicos. Eles alegam que o certo é a IES ter o seu hospital escola. E a instituição está resistente de construir um hospital escola ela que usar as unidades dos municípios.

Informa que a CIES está elaborando um plano de ação para discutir a contrapartidas das IES, tarefa esta vista como um grande desafio.

Outro entrevistado informou que, a despeito da constituição da CIES, a relação com as instituições formadoras é próxima, mas ainda informal, e não está institucionalizada. Relatou proximidade com a FIOCRUZ, com as universidades federal e estadual e também muita afinidade com a ET do SUS, a qual realiza todos os cursos (capacitação, PROFAP, PROFAE). No que se refere às IES privadas, informou ter sido feito um convite para uma reunião no intuito de definir sua representação. Informou, também, a existência de vários convênios entre a SES e as instituições de ensino que têm cursos de saúde, para realização de estágios e aulas práticas, convênios esses que têm facilitado o diálogo com essas instituições no que se refere aos processos de educação permanente.

[...] nós temos uma relação muito próxima porque nós temos vários termos de convênios para a concessão de campos de estágios e aulas práticas assinadas entre a Secretaria de Estado e Saúde e as instituições de ensino, todas elas que têm cursos na área de saúde [...] isso até tem facilitado muito o nosso diálogo com relação aos processos de educação permanente e também tem nos aproximado no sentido de que dentro desse processo de estágio, desse processo de aulas práticas também já seja introduzido o entendimento da educação permanente como um processo de transformação, como uma política de transformação para os processos de trabalho na área da saúde (E2).

Outro depoente lembrou que a relação com a academia foi estabelecida desde os primórdios da política, com a implantação dos polos de educação permanente e de saúde da família, espaços nos quais eram discutidos e negociados os projetos. Contudo, à aquela época, a academia já chegava com os projetos prontos, apenas em busca de

financiamento, ao mesmo tempo em que havia uma incapacidade da gestão em estabelecer como se daria essa relação, levando a uma predominância da academia.

Assim, a gestão não conseguiu estabelecer critérios, parâmetros e prioridades para a apresentação de projetos, ou seja, a SES e a escola não conseguiram estabelecer as regras do jogo – projetos prioritários, áreas prioritárias e apresentar um cardápio mínimo.

[...] a academia chegava com os projetos já formatados, do tipo: “Vocês é que têm recursos, eu tenho o projeto e eu quero financiamento. Venho buscar financiamento do meu projeto aqui”. O que é legítimo. [...] acho que o grande problema foi a secretaria[...] a gestão não conseguiu estabelecer como é que ia ser essa relação. Receber projetos é uma coisa, outra coisa é você estabelecer critérios e parâmetros para apresentações de projetos. Dizer: “Olha, eu preciso de projetos nas áreas A, B, C e D. [...] essa mediação tinha que ser feita. Eu acho que esse foi o grande problema, a secretaria, a escola em particular não fez essa ofensiva [...]

Atualmente, relata ser pouca a participação das instituições formadoras, participação esta avaliada como insuficiente e em dissonância como o preconizado pela portaria. Para ele, as instituições buscam por contrapartida financeira e têm uma visão utilitária do serviço. Acredita que essa visão advém das experiências anteriores e de como a relação foi historicamente construída e aponta a necessidade de se desconstruir essa relação.

[...] Falta um pouco a participação das instituições formadoras, não tem, não é a contento, não é conforme está na portaria. A gente não tem essa participação ativa das instituições formadoras[...]A nível estadual, interior então ela é quase inexistente [...](E3).

Já outro entrevistado, afirmou que, em seu estado, a integração e participação das instituições de ensino variam de uma região para outra, havendo regiões que têm uma maior e mais frequente participação dessas instituições.

[...] em algumas regiões há uma integração maior das instituições de ensino que em outras [...] Uma participação maior das instituições de ensino [...] mas assim há regiões que têm uma participação maior. Mais frequente inclusive (E4).

Avalia que o trabalho das CIES com as instituições formadoras ainda não é muito sólido e destaca que a CIES estadual está trabalhando no fortalecimento da importância das instituições de ensino. Ressalta que muitas instituições de ensino participam e têm maior interesse na CIES estadual, sem um olhar para as CIES regionais, numa articulação ainda frágil com as mesmas. Afirma que as discussões e pactuações devem ser feitas em todas as CIES e não só na CIES estadual, pois as coisas acontecem nos municípios e nas regiões, e, por isso, a construção da educação deve se dar numa lógica descentralizada.

Acredita que a promulgação do COAPS vai demandar um trabalho mais conjunto entre as instituições de ensino e os serviços.

[...] com a chegada do COAPS [...] A gente já viu que vai ser muito importante que se trabalhe de uma forma muito conjunta as instituições de ensino, com os serviços propriamente ditos, municipais, estaduais e federais para que a gente tenha efetivamente um resultado na formação do pessoal para o SUS (E4).

Outro depoente apontou um interesse inicial das instituições de ensino demonstrado por ocasião da realização de seminário estadual e relatou que muitas delas participavam na expectativa de captar recursos e seu interesse diminuía à medida que constatavam que a discussão era mais ampla. Informou que a comissão estava centrada na discussão da política e queria romper com a lógica de balcão. Pare ele, as instituições de ensino muitas vezes não participam dos espaços da CIES, dos conselhos e de outros fóruns. Destacou, contudo, boa participação de algumas instituições de ensino localizadas em municípios do interior.

[...]no começo a gente percebeu que houve esse interesse, mas foram percebendo que não tinha aquele poder que eles imaginavam que tinha[...]foram perdendo o interesse de participar[...]alguns exemplos típicos de instituição de ensino é que muitos foram com olhar [...] de querer captar o recurso que estava lá[...] Quando percebia que a gente estava numa discussão muito mais ampla do que isso, a gente queria de fato uma política não nessa lógica de balcão, a gente queria superar inclusive isso, então muitos perdiam um pouco o interesse disso, a gente sentia mesmo.

Acredita que a escola de saúde pública do estado é que deve estar na linha de frente, atendendo as necessidades da rede. Informa estar trabalhando na perspectiva de que a escola funcione de forma mais ampla, no sentido de que a mesma tenha planejamento, diretrizes, faça a integração da rede e não seja mais um órgão a desenvolver questões pontuais.

Outro depoimento apontou três tipos de participação das instituições de ensino: mais efetiva, pouca participação e até o não reconhecimento da CIES.

Segundo este entrevistado, a CIES, em seu estado, passou por um período de descrédito por parte das instituições formadoras. Aqui também foi ressaltado o fato de as instituições formadoras verem a CIES como um “balcão de projetos”, solicitando recursos para oferecer cursos. A mudança dessa postura se deu pelo reconhecimento da necessidade de participar das reuniões da CIES para debater as necessidades, mudança essa reconhecida como um avanço no processo.

A CIES passou por um grande descrédito, porque as instituições formadoras têm muito ainda uma posição: “não é balcão de projetos, mas então nos diga aonde que é o balcão.” Não é mais aquele jeito, a gente não vai mais pedir dinheiro pra vender os nossos cursos, mas então aonde é que a gente tem que ir. “Ah, tem que ir nas reuniões da CIES pra gente conversar.”(E6).

Para ele, apesar de haver uma relação de parceria com algumas universidades, houve também o distanciamento de outras – pouca participação e pouco conhecimento sobre as discussões e atividades realizadas. Acredita que o afastamento de algumas delas se deu provavelmente devido à não execução dos recursos, carro chefe das instituições formadoras.

[...] vejo uma outra postura hoje de grande parte das instituições, mas o fato de não ter conseguido executar grande parte dos recursos fez com que algumas se afastassem [...] Ou seja, o recurso financeiro ainda é o carro chefe das instituições formadoras (E6).

Relatou o não reconhecimento da CIES por parte de algumas instituições e o reconhecimento apenas da portaria 198. Relatou, também, a ideia equivocada de

algumas, acerca do destino dos recursos. Por ela, o estado seria incompetente para utilizar o recurso, portanto, este deveria ser alocado na universidade, a qual teria a competência para utilizá-lo.

Tem outras universidades que estão distantes [...] Foram convidadas, vieram algumas vezes [...] E tem as universidades que dizem: CIES? Não, não existe CIES. Existe a portaria 198 e o recurso tem que vir para a universidade porque o estado é incompetente pra usar, nós que sabemos usar bem”(E6).

Destacou que ainda há muita desinformação a respeito do SUS nas próprias universidades e o papel ainda secundário da Saúde Coletiva nos cursos. Acredita que a CIES contribuiu para as mudanças no processo de formação, tendo contribuído também no desenvolvimento dos projetos propostos pelo MS: PET-Saúde, Pró-Saúde e residências multiprofissionais.

Repasse utilização dos recursos

Nesta categoria, os depoimentos demonstraram de diferentes maneiras e intensidades, preocupação, dificuldade e discordância no que se refere à utilização e manejo dos recursos destinados à EP. Demonstraram, também, algumas limitações para o uso dos mesmos; baixa capacidade de gasto por parte dos estados; recursos carimbados, com pouca flexibilidade de utilização; limites impostos pela Lei 8666; questionamentos do Tribunal de contas; entre outras.

Um deles relatou a existência de recurso para execução dos planos anteriores de EP, sendo que o mesmo é discutido na CIES em caso de haver alguma reprogramação de atividades, e informou estar trabalhando com recursos previamente definidos para cursos técnicos, não executados no tempo previsto.

O relato evidenciou a dificuldade de remanejamento do recurso, já que, uma vez destinado a um tipo de capacitação – cursos técnicos já programados, não há possibilidade de o mesmo ser utilizado em outro processo, curso de especialização, por exemplo, mesmo que este último seja mais adequado à necessidade do serviço.

[...] nós não recebemos mais dinheiro de portaria, mas o dinheiro, o recurso que ainda permanece para se terminar a execução dos planos de educação permanente anteriores a gente tem passado pela CIES e até mesmo alguma reprogramações que seja necessário (E1).

[...] por exemplo, nós temos cursos técnicos programados e o recurso é para ser gasto com curso técnico, então de repente nós estamos com uma necessidade de curso de qualificação, de aperfeiçoamento, né? Ou de especializações e a gente não pode usar esses recursos para uma especialização (E1).

Outro entrevistado demonstrou preocupação com a lógica de financiamento da EP proposta pelo MS, qual seja, a suspensão do repasse automático a partir de 2012 e a possibilidade do financiamento por projeto. Avaliou a proposta como um retrocesso, ao mesmo tempo em que, acredita ser danosa a prática da apresentação de projetos com posterior análise pelo MS e definição de quais serão financiados.

Para ele, haverá uma corrida aos recursos, com uma disputa fraticida entre a academia e os serviços, o que resultará numa competição perversa e autofágica. Além disso, acredita que tal formato de financiamento representa uma tutela do MS para com os estados e municípios. Defende que a transferência de recursos seja fundo a fundo de forma a dar mais autonomia aos gestores, permitindo que os mesmos apresentem suas prioridades.

Acredita ser mais interessante o estado estabelecer critérios e parâmetros do que deve ser feito, do que enviar vários projetos para o MS. Acredita também que a universidade ao apresentar e aprovar seus projetos, ela o faz olhando para o próprio umbigo sem considerar as prioridades da gestão.

[...] que a gente retome essa prática. Eu acho danosa. Vai ser uma corrida aos recursos. E aí assim se não tiver uma boa articulação vai ser uma disputa fraticida entre a gente e a academia para ver quem é que consegue abocanhar mais recurso. Eu acho danoso isso, essa é uma competição que acaba sendo perversa pro sistema, ela é autofágica, vai ficar um engolindo o outro pra ver quem chega primeiro no recurso (E3).

Sobre a alegada baixa capacidade de gasto dos estados e expressa pelo Ministério da Saúde, acredita que o repasse seja escalonado poderia ajudar a superar esta situação, pois assim, haveria a transferência de responsabilidade para o estado e o mesmo adquiriria maturidade e competência para melhorar a sua execução financeira, dar mais agilidade e mais serenidade ao processo

No que se refere ao montante de recursos repassados informou que, até a suspensão do repasse automático, a SGTES destinava cerca de 100 milhões para a EP. Acrescente-se a isso, os recursos provenientes de outros projetos, perfazendo, portanto, um volume vultoso de recursos para a EP.

[...] a SGETS antes de interromper essa transferência regular de recurso, [...] essa transferência automática, estava transferindo em média 100 milhões de reais ano pra os estados só para educação permanente, então você imagina que ao longo desses anos, somando tudo não foi um volume pequeno. Se você somar a isso os recursos que vêm dos programas e que têm rubrica para formação de capacitação que não está dimensionado, ninguém sabe exatamente qual é o volume total, dá um volume enorme também (E3).

Dois entrevistados relataram dificuldade na execução dos recursos.

Para o primeiro, um dos motivos foi a desinformação acerca de como utilizar o recurso de acordo com o preconizado pela portaria, ou seja, a necessidade de estabelecer o processo de regionalização da política. Relatou dificuldade para executar o recurso devido à não implantação da estrutura regionalizada para execução da política. Tal situação fez com que o recurso, apesar de repassado, não fosse utilizado, e ficasse, por alguns períodos, totalmente parado, tendo havido um acúmulo de recurso no período de 2008 a 20011.

[...] o dinheiro que estava parado na conta e aí a gestora que assumiu a pasta da gestão trabalho e educação, ela quis saber porque aquele dinheiro estava sem uso. E aí foi aí que disseram que pra usar o dinheiro como previa a portaria tinha que haver essa regionalização. Então o processo de regionalização nasceu dessa demanda (E5).

No intuito de sanar essa dificuldade, foi realizada uma oficina para debater a política e a reformulação da portaria que definia sobre a utilização do recurso, a qual deveria permitir uma maior flexibilidade no gasto do recurso. Contudo, esta portaria não foi publicada, permanecendo a anterior. Assim, o MS além de não publicar a nova portaria, também deixou de fazer o repasse fundo a fundo.

O funcionamento da CIES e a entrada de uma nova gestora na SGTES contribuíram para o desenvolvimento da situação anterior. No primeiro caso, foi possível executar várias ações, bem como estimular tanto a CIES como os municípios a formularem projetos possíveis.

No segundo, houve o compromisso da nova gestão em descentralizar alguns recursos para as regiões. Além disso, incentivou a participação das regiões e a elaboração de projetos no sentido de que as mesmas conseguissem recursos, o que levou ao avanço de algumas delas.

[...]quando a gente começou a funcionar a CIES a gente começou a executar várias coisas[...] não dentro de uma política que a gente defende de educação permanente, mas dentro do que era possível (E5).

O outro entrevistado que relatou dificuldade na execução do recurso atribuiu à Lei 8666 parte da culpa pelo problema, uma vez que a mesma estabelece uma série de limitações e na EP a necessidade é de se comprar processos e não produtos. Houve problema também com o Tribunal de Contas, devido ao fato de o repasse do primeiro

recurso ter se dado para os fundos municipais, em cada uma das regiões, as quais elegeram um município para recebê-lo. Deste processo resultou uma série de dificuldades com o Tribunal de Contas, o qual questionou a utilização do recurso do fundo para qualificação dos trabalhadores da região. Como decorrência, alguns municípios não quiseram mais receber recursos, outros voltaram a receber tempos depois.

[...] a gente teve depois dificuldade com a utilização do recurso. Só que existe uma coisa chamada Lei 8666 e aí quando a gente ia pra prática tu não conseguia convencer as instâncias jurídicas de que tu precisava comprar processos e não produtos (E6).

[...] os municípios tiveram problemas para explicar pro tribunal de contas porque estavam usando dinheiro do fundo municipal pra qualificar trabalhadores da região. Não conseguiu explicar isso juridicamente, então tiveram problemas (E6).

A não utilização da maior parte dos recursos foi atribuída à pouca experiência dos técnicos e do controle social no manejo dos mesmos. A despeito de não haver repasse desde 2010, informou ter havido perda de recursos, não sabendo qual efeito esta perda poderá provocar.

Para ele, a portaria do MS dificulta a execução financeira dos recursos. Como os estados não têm conseguido executar os recursos, os mesmos têm sido direcionados para as universidades. Relatou discordar da ideia do MS acerca da incompetência do estado na execução dos recursos e da retirada do recurso e do seu repasse direto para a universidade e apontou a necessidade de se identificar a origem do problema: se nas instâncias integrantes da CIES, se na disputa entre elas, se na legislação que engessa, se na burocracia.

Postura diferente teve outro entrevistado, para o qual nem todas as ações a serem realizadas dependem da execução dos recursos. Para ele, muitas das atividades a serem desenvolvidas dependem mais da micro do que da macropolítica, mas ressaltou a predominância da lógica da capacitação como solucionadora dos problemas. Contudo, à semelhança dos demais, também relatou dificuldade na execução do recurso e apontou a CIES com grande preocupação em relação à execução financeira.

Nem tudo para acontecer precisa de recurso, precisa que o recurso seja executado. Tem atividades muito importantes a serem desenvolvidas na atenção à saúde que dependem muito mais da micropolítica do que da macropolítica (E4).

Dificuldades

Além das já mencionadas dificuldades relativas ao financiamento e à execução dos recursos financeiros, as quais foram reforçadas por quase todos os entrevistados, várias outras dificuldades foram elencadas. Estas integraram um rol de questões tanto no que se refere a processos internos e inerentes a cada estado, como se referem a questões de âmbito mais geral.

Assim, para um dos entrevistados, a dificuldade em se proceder ao pagamento de hora-aula e de se contratar docentes, foram mencionadas como dificuldades no estado. A estratégia utilizada para contornar o problema se dá pela contratação da ETS, estrutura não vinculada à SES, para ministrar os cursos. Informou que a ETS é uma autarquia que tem autonomia administrativa e financeira, a qual responde pelas políticas públicas de educação profissional. Contudo, para que esta estratégia funcione, é necessário que a

Procuradoria Jurídica do Estado emita um parecer, a qual tem, muitas vezes, um entendimento equivocado do processo, levando a uma demora para a liberação do mesmo. Outras dificuldades elencadas foram: a ausência de liberação de recursos para novas atividades; recursos existentes já estão destinados para cursos previstos anteriormente e que não são mais necessários; falta de flexibilidade no manejo dos recursos e dificuldade para implantar as CIES regionais.

Questão burocrática mesmo das secretarias. Eu acho que isso aconteceu em vários estados, de como pagar hora aula, de como contratar [...] (E1) [...] a escola fez muito esse papel de contratar os mediadores, montar turma e ministrar os cursos. Mas pra gente poder tipo terceirizar esse serviço de junto a escola a gente precisa de pareceres da procuradoria e aí isso foi muito demorado, pra gente pensar licitação [...] que dentro das portarias fala que tem que ter a Escola Técnica, então a procuradoria ela tinha um olhar diferente, ela achava que a gente estava contratando uma empresa pra ministrar o curso (E1).

Para outro, a grande extensão territorial do estado, com municípios distantes e de difícil acesso; o difícil processo de regionalização do estado e o processo de reorganização da CIB que complicaram a implantação das CIES; o acesso ao secretário; a dificuldade da gestão municipal em assimilar a EP como uma política pública de saúde e a grande rotatividade dos gestores municipais de saúde, foram apontadas como dificuldades.

O não entendimento dos membros da CIES sobre o que ele é e faz, bem como, sua pouca participação, envolvimento e compromisso, foram apontados como uma das principais dificuldades por outro entrevistado. Além dessas, foram também apontadas a

baixa capacidade organizativa; a baixa capacidade de atração de pessoas para se envolverem com a CIES; a oferta de eventos pulverizados, fragmentados, sem conexão entre si e de baixa carga horária, muitas vezes decorrentes das necessidades de outros setores; a baixíssima presença da EP nas pautas da CIB e a baixa prioridade da EP para a gestão.

Sobre o último item, ressaltou a existência de um paradoxo, uma vez que é comum os gestores se referirem à importância e à necessidade da EP, mas ao mesmo tempo, não alocarem recursos e muito menos a colocarem como prioridade.

No que se refere à pauta da CIB, informou que esta é dominada pela discussão da assistência – cerca de 90% da pauta, sendo que a EP fica com cerca de 2% da pauta. Na discussão dos problemas e da qualidade da assistência, relatou a não identificação das questões relativas à formação e capacitação.

Eu acho que a principal dificuldade hoje não é o financiamento só não. [...] é mais mesmo a capacidade mesmo, é a questão do entendimento, da participação dos membros mesmo [...] do envolvimento dessas pessoas [...] saber o que tem que fazer, de saber o que é CIES. [...] de ter aquele compromisso. Eu acho que isso que está faltando mais na CIES hoje pra ela realmente ser atuante. Porque nem todos têm esse compromisso e ali são pouquíssimos que têm, desses 40 você conta quem tem esse compromisso e de quem sabe o que é CIES (E3).

Outro entrevistado relatou que, após um período de entusiasmo inicial, houve a constatação de várias dificuldades, representadas, entre outras questões, pela constatação de contradições - interesses e resistências à implementação da política e

pela forma pouco democrática e pouco participativa de implementação da política no estado. Informou a existência de um plano da CIES, mas que a mesma não conseguiu executá-lo. Tal fato levou a gestão a responsabilizar a CIES pela não execução, eximindo-se do processo.

No que se refere à gestão, relatou que esta criou várias dificuldades ao processo: exigência de um plano e depois de um projeto; CIES composta majoritariamente por gestores, o que demonstrava uma contradição; utilização das dificuldades relativas à política estadual como desculpa para o não encaminhamento das questões; não priorização das questões relativas à macro política; encaminhamento de poucas questões, e, mesmo assim, sem desdobramento.

[...] aí a gente começou a ter dificuldades, a gente ter um plano e não conseguir botar em prática, sempre tinha uma desculpa, uma dificuldade - Ah, só podemos executar quando tiver o plano. Ah, agora vocês precisam elaborar o projeto [...] Ah, agora vocês precisam disso. Então sempre tinha um obstáculo e sempre jogando a responsabilidade para os membros da CIES, né? Como se a gestão não fizesse parte do processo (E5).

Outras questões levantadas por este entrevistado referiram-se à comunicação do MS voltada para a secretaria de saúde, para o coordenador da CIES e o não repasse das informações; desconhecimento por parte do MS de quem eram os coordenadores – ausência de um cadastro; descoberta de uma portaria já pronta, sendo que a CIES foi chamada apenas para referendá-la. Todos esses pontos já foram abordados anteriormente em outra categoria.

Ressaltou, ainda, o fato de ter ficado muito tempo sozinho na regional; a dificuldade de se articular para exercer a representação das instituições de ensino; a ausência de interlocutor para dialogar; a dificuldade para dialogar com as instituições de ensino e a fragilidade de outros segmentos, como os movimentos sociais.

Para ele, há uma grande expectativa em relação à CIES para que a mesma seja a executora da política, contudo, avalia que a mesma tem dificuldade em atendê-la, devido à ausência de um instrumento de gestão.

Então fica uma expectativa de que a CIES responda tudo, que ela seja a própria executiva da política. Mas como? Não tem um instrumento de gestão pra fazer isso, então ficava esse jogo de empurra-empurra, na hora que tinha uma desculpa dizia que era a CIES que não cumpria o seu papel pra justificar a política não avançando, aí na hora que a gente conseguia fazer até mais coisas aí não anda porque tinha outros interesses (E5).

A postura do estado e seus desdobramentos também foram relatados por este entrevistado e classificados como dificuldades ao processo. Foram eles: a condição desfavorável ao trabalhador apresentada pelo estado advindo de um processo de terceirização em andamento e consequente priorização das Organizações Sociais (OS); o desinteresse do estado em investir na política de EP; o não atendimento por parte do governo da reivindicação pela valorização da escola, que a mesma tivesse um plano para atender às dificuldades da rede; a não priorização da escola pelo governo; as restrições à participação de não servidores; o domínio da CIB pelo estado e o funcionamento

engessado da CIB; ausência de gestor em várias regionais; predomínio das diretrizes estaduais sobre as regionais.

[...] a gente entendia que a conjuntura no estado também não era muito favorável à valorização do trabalhador, que a gente estava todo num processo de terceirização, o carro chefe da gestão eram as OSs nos serviços, então a gente entendia que não era estratégico para a gestão investir nessa política (E5).

À semelhança de outro depoimento, ele também pontuou a não compreensão pelo Conselho Nacional de Saúde do que seja a CIES e desconhecimento do que seja a política de EP.

Para outro entrevistado, a necessidade de submissão dos projetos ao Conselho Estadual, colocada no momento inicial de instituição da CIES, revelou-se uma grande dificuldade. O Conselho, ao criar uma comissão para avaliação dos projetos, acabou por atrasar a aprovação dos mesmos devido aos seguintes fatores: disputas político partidárias dificultaram o fluxo de discussão dos projetos; dificuldade de se conseguir pauta no conselho e de aprovação dos projetos; conselho passou a segurar projetos por até um ano; disputa dificultou muito a execução das propostas. Avalia o processo como equivocado e desnecessário.

[...] Mas com o passar do tempo, com as brigas políticas partidárias, com a aproximação de eleições, nós começamos não conseguir mais pauta no conselho, eles não aprovavam... Dificultavam a passagem. Enfim, o conselho segurava um ano às vezes um processo [...] Então esse foi um dos fatores que dificultou muito a execução e foi um equívoco, não precisava ter acontecido isso (E6).

No que se refere ao financiamento e execução de recursos, apontou a forma como a portaria definiu a execução dos recursos, como uma dificuldade; relatou dificuldades com o conselho, com a execução dos recursos e com as diretrizes da Lei 8666. Destacou como um complicador o repasse de recursos para o fundo estadual de saúde devido à burocracia interna do mesmo - muitas etapas a serem cumpridas.

Estratégias para o enfrentamento das dificuldades

Nesta categoria um elenco bastante amplo e diversificado de propostas, possibilidades e ações foi apresentado pelos entrevistados, objetivando o enfrentamento das dificuldades relatadas anteriormente. Integram este cardápio propostas de levantamento de atividades já programadas e a possibilidade de reprogramação das mesmas; a sensibilização de gestores municipais de saúde no sentido de um maior entendimento acerca da importância da PNEPS e que a mesma integra o rol de compromissos assumidos pelos municípios; a realização de pesquisa avaliativa para verificar o impacto dos cursos nos serviços e se os mesmos ainda são necessários e a criação de departamento de educação em saúde na SES.

[...] outra estratégia que a gente tem caminhado nessa direção é essa pesquisa, ver o que realmente está mudando no serviço, toda essa informação para justamente nessa discussão dos cursos que ainda estão para acontecer se eles são realmente necessários ou não (E1).

[...] mas eu acho que teria que ter realmente um entendimento, uma sensibilização dos gestores municipais de saúde quanto a importância da

política de educação permanente, inclusive que a educação permanente faz parte dos termos de compromissos que eles assinam com relação as metas e indicadores dos estados (E2).

Outro entrevistado apontou como estratégia, insistir e tentar convencer o gabinete sobre a importância da institucionalização das coordenações regionais; ter estrutura e desenhar os processos de trabalho; definir claramente o papel de cada CIES e como ela vai executá-lo; estabelecer estratégias para a inclusão de pautas nas CIRs e CIB.

Tentar mais uma vez conversar com o gabinete sobre a possibilidade da institucionalização dessas coordenações, porque aí você cria em cada região um ponto focal, uma pessoa de referência [...] acho que o papel da gente é continuar insistir nessa discussão (E3).

Para ele, deve-se aproveitar o momento de realização das conferências regionais para inserir a discussão da EP nas mesmas, ligando-a ao tema da conferência e demonstrando a sua contribuição no desenvolvimento das questões levantadas. Outras estratégias levantadas por ele foi otimizar e articular as ofertas de capacitação, que são pulverizadas e desconexas; otimizar os cursos existentes, associando projetos de aperfeiçoamento e especialização e criando uma conexão entre eles; integrar conteúdos fragmentados e organizá-los de forma modular em projetos de formação e esse conjunto de projeto de formação dentro de um programa de qualificação.

[...] as conferências o tema também central é esse: Análise da situação de saúde. [...] aproveitar essa discussão e dizer [...] Como a educação permanente pode contribuir para melhorar esses marcadores de saúde (E3).

Por fim, o convencimento dos atores internos e externos a trabalhar nesta lógica também foi apontado como uma estratégia.

Realização de capacitações, em especial um curso em finanças públicas para instrumentalizar as CIES na execução de recursos, bem como uma proposta para instrumentalizar tecnicamente as CIES, objetivando a construção coletiva dos planos de EP e facilitar a prestação de contas, foram as estratégias levantadas por outro entrevistado.

Exigir da gestão maior participação dos atores envolvidos e maior democratização do processo foram apontadas como estratégias por outro entrevistado. Assim, propôs a mudança da coordenação para uma eleita pelos próprios membros, a qual seria mais isenta e poderia facilitar o processo.

Informou ter elaborado e divulgado em vários fóruns (congresso, fóruns do conselho, blogs e no site do CEBES), um texto crítico à forma de condução do processo – portaria elaborada sem o conhecimento de todos e sem processo de discussão.

A gente descobriu uma portaria, uma minuta de uma portaria que já estava pronta e era muito mais pra referendar e aí eu fiz até um texto que a gente fez uma militância com ele nos congressos, foi o congresso da Abrasco no Rio Grande do Sul e lá a gente socializou, tinha outros fóruns do próprio conselho, a gente fez a apresentação dessa crítica a essa portaria e depois eu fiz até um texto e a gente publicou em alguns blogs e terminou indo também pro site lá do CEBES (E5).

Outras estratégias elencadas diziam respeito à execução de várias ações pela CIES, dentro do que era possível – mesmo que não totalmente dentro do que se defendia como EP; o estímulo à CIES e aos municípios para elaborarem projetos possíveis para que possam captar recursos; o trabalho junto aos gestores no intuito de despertá-los para a política, com bons resultados em alguns municípios; cobrar contrapartida do estado para as ações que estavam sendo desenvolvidas – realização de curso de qualificação de gestores com mais estrutura; Crítica às instituições de ensino, as quais deveriam ser protagonistas e não cumpriam esse papel; realização de um curso de gestão regionalizada com uma pesquisa acoplada e estímulo aos gestores que enviem relatórios mostrando os avanços alcançados, as experiências exitosas.

[...] quando a gente começou a funcionar a CIES a gente começou a executar várias coisas, lógico que não dentro de uma política que a gente defende de educação permanente, mas dentro do que era possível. Então a gente começou a estimular tanto as CIES como os municípios que fizesse os projetos que fossem possíveis[...] a gente estava apostando que tinha que dar o primeiro passos, então seduzindo os gestores que tenham dinheiro, que tenham recurso pra ver se ele despertava para essa política (E5).

Um encontro nacional da CIES, esta foi uma das estratégias propostas por um dos entrevistados. A ideia do encontro surgiu após a realização de uma roda de conversa sobre a CIES na reunião da Rede de Escolas realizada em junho de 2015. Roda de conversa essa que não estava programada, que objetivou a troca de experiência e foi avaliada como muito produtiva.

Para este depoente, a concepção plural da composição da CIES é vista como uma estratégia de descentralização de poder na comissão, uma vez que dilui o poder da gestão.

Aponta a necessidade da presença dos movimentos sociais e dos usuários no processo de discussão, afirmando que a reunião desses atores é estratégica, uma vez que oportuniza a discussão entre os mesmos. Assim, acredita que essa composição e esse diálogo entre os atores ajudaram na continuidade da comissão, impedindo seu encerramento. Relata a criação de um grupo de *WhatsApp* como uma reação dos atores ao momento conturbado pelo qual passa o estado. Por fim, informa que houve uma solicitação de um horário na CIB para retomada do processo.

[...] acho que a concepção de composição das CIES que tem que ser plural é uma das estratégias que favorece que ela não fique fechada, que ela não dê todo poder a gestão, que ela não deixe o controle social, sozinho, né? Quer dizer, os movimentos sociais, os usuários têm que estar ali dentro pra conversar, porque senão a gente tem a gestão fazendo o que acha que tem que fazer, se achando muito legítima, a gente tem o controle social ao invés de construir política, só fazendo vigilância e crítica [...] (E6).

Avaliação da CIES

Em que pesem a recém entrada de alguns, os percalços e as dificuldades enfrentadas e, também, dos diferentes contextos em cada estado, de uma maneira geral, os entrevistados apresentaram uma avaliação positiva da CIES.

Assim, um dos depoentes, a despeito de sua recém inserção na SES e consequentemente na CIES, ressaltou sua visão otimista dos membros da comissão, os quais classificou como entusiasmados. Visão positiva também em relação às possibilidades de trabalho.

Eu estou recentemente no Departamento de Ensino e Pesquisa, tivemos as primeiras reuniões com a CIES. [...] eu fiquei até muito entusiasmada com a reunião que aconteceu por conta da motivação dos membros da CIES [...] (E1).

Outra avaliação positiva foi dada por outro depoente, para o qual, a partir da criação da SGTES as questões relativas à capacitação e formação adquiriram uma maior visibilidade, levando também a uma maior visibilidade do papel indutor do SUS na formação e capacitação de RH. Relatou melhora na relação com o MEC e a realização de várias iniciativas junto com ao mesmo.

Reconhecer os avanços alcançados, mantendo uma postura de não conformismo em relação ao fato de antes ser pior, foi o posicionamento apresentado por um dos entrevistados. Assim, destacou alguns avanços do processo, tais como a valorização da escola, com a realização de seleção pública e contratação de profissionais; o fato de a escola ter assumido a residência, o que era uma demanda da CIES; os avanços visíveis em algumas GERES e em alguns municípios. Sobre este último item, destacou o fato de um município, participante ativo da CIES, estar montando sua própria escola, apresentar projetos e captar recursos do estado.

Ao avaliar que muito foi feito, apesar das adversidades, observou que as equipes gestoras locais que valorizam a CIES também percebem o avanço. Contudo, acredita que, numa perspectiva de um plano e da política, ainda é pouco e que mais deve ser feito.

Olhando pra trás, a gente não pode dizer que não foi um avanço, foi um avanço enorme, porque antes era muito pior, né? Mas a gente não pode se conformar porque era pior e agora está bem (E5).

Uma avaliação positiva também foi expressa por outro entrevistado, para o qual a CIES constitui-se como um espaço privilegiado de discussão das questões relativas à educação em saúde, tendo sido um movimento que deu certo, uma boa ideia. Avaliações essas, contudo, foram acompanhadas de observações que pontuam algumas dificuldades vivenciadas. Entre elas, foi lembrado o episódio ocorrido no congresso da ABRASCO, em 2012, no qual circulou uma minuta de portaria que propunha o desmonte da CIES, desmonte esse abortado, devido à mobilização e adesão das pessoas ao processo.

[...] a CIES foi um movimento que deu certo. [...] a CIES passou a ser o espaço privilegiado de discussão de tudo que diz respeito a educação em saúde. Então eu acho que isso não foi desmontado, as pessoas aderiram, não foi possível desmontar (E6).

Avalia o percurso da CIES em seu estado como conturbado, ressaltando, contudo, que a maioria delas continua funcionando, apesar da interrupção do envio de recursos. Informou que 2010 foi o último ano de sua gestão na coordenação, tendo retornado neste ano. Assim, em 2010, visitou as 19 regiões no intuito de fazer um monitoramento e uma avaliação do processo. Informa ter constatado CIES em diferentes estágios de

desenvolvimento, concepções dinâmicas e composições diferentes. Assim, identificou CIES com uma ótima concepção de EP; realizando ações que integravam usuário, serviços e gestão; a existência de CIES compostas por apenas quatro membros; em menor proporção encontrou CIES na qual apenas um membro representava os quatro segmentos; CIES burocratizadas e encerradas em gabinetes; CIES bem participativas com muitas ações acontecendo.

Avalia que, a despeito da dificuldade de execução do recurso; da manutenção de práticas anteriores, como a compra de cursos em formatos tradicionais, o processo de discussão da EP permitiu a circulação de novos elementos, e novos conceitos - de recursos humanos para força de trabalho em saúde (FTS).

Para ele, esses foram anos de muito aprendizado. Ressaltou contudo, que o estado já teve uma das CIES mais organizadas institucionalmente e que hoje o momento é de caos e de desorganização.

Eu acho que se aprendeu muito porque não se discutia isso antes. Antes tinha capacitação, ponto. Tinha uma compra e venda direcionada para recursos humanos (E6)

Apenas um dos entrevistados informou não poder avaliar a CIES devido à dificuldade em consensuar o desenho da regionalização e ao longo processo de reestruturação da CIB. Para ele, a CIES avançou pouco em decorrência dessas questões. (E2).

Perspectivas

Perspectivas positivas, desafios a serem superados e propostas de trabalho foram apontadas pela maior parte dos entrevistados.

Entre as questões levantadas por um deles, destaca-se o entendimento de ser este um trabalho coletivo e, como tal, o mesmo é visto como um desafio; a importância de se fomentar o trabalho participativo com o envolvimento de todos os atores, cada um ciente da importância de seu papel e da representação de seu segmento; a necessidade de se implantar as CIES regionais; de acompanhar o impacto das ações na qualificação dos serviços, num monitoramento contínuo das ações além de um maior desenvolvimento da área da pesquisa.

[...] a perspectiva é de fomentar mesmo esse trabalho bem participativo, todos os atores envolvidos tenham a ciência da importância do seu papel e da representação do seu seguimento, que possa realmente contribuir e que a gente possa também caminhar para a implantação das CIES regionais e que a gente possa fazer esse acompanhamento do impacto da qualificação do serviço, ou seja, que a gente possa trabalhar para que esse monitoramento e essa avaliação seja algo contínuo e não pontual (E1).

Outro depoente vislumbrou a perspectiva de alavancar a CIES estadual e que a mesma funcione como apoiadora das CIES regionais, após dois eventos: o encontro realizado na ET do SUS e uma reunião realizada em período anterior. Demonstrou também a expectativa otimista de deslanche do processo de implementação da política e de fortalecimento das CIES, após ser consensuado o desenho regionalizado e de reorganização da CIB.

Relatou ter ficado motivado depois do último encontro, motivação essa compartilhada tanto pelos antigos como pelos novos membros da comissão, além de otimismo em relação à efetivação da comissão como órgão importante de apoio à gestão nos processos de educação permanente dos trabalhadores do SUS.

A gente está muito esperançosa, a partir desse encontro que a gente teve lá na Escola Técnica do SUS, dessa última oficina, e já a partir dessa reunião que a gente vai realizar agora dia primeiro de setembro de realmente alavancar tanto a CIES estadual como também trabalhar a CIES estadual como órgão apoiador das CIES regionais no sentido de realmente de efetivar a política de educação permanente (E2).

Um maior envolvimento das pessoas e a realização de rodas de conversa sobre EP para esclarecimento do papel de cada um, da importância do seu comprometimento, participação e da organização do trabalho, foi levantado por outro entrevistado.

Acredita ser necessário fornecer elementos para que os membros da CIES encontrem alternativas para sensibilizar os gestores de seus municípios num melhor entendimento da EP, ao mesmo tempo em que aponta a necessidade de sensibilizar as instituições formadoras da capital e do interior. Por fim, afirmou a importância de se ter presença e dar visibilidade à EP, de forma a incluí-la na agenda.

[...] vamos começar um trabalho com as rodas de conversas sobre a educação permanente [...] Para que as pessoas passem a entender melhor qual é o seu papel, a importância do seu comprometimento, da sua participação, da sua organização do trabalho, como é que elas vão buscar a se organizarem nos seus municípios lá nas suas regiões de saúde para que elas encontrem alternativas de sensibilizar os gestores nessas reuniões das CIR [...] para sensibilizar esse gestor para que ele entenda

melhor a importância da educação permanente nas ações de serviço, nas ações de saúde no dia a dia (E3).

Para um dos entrevistados, a execução financeira adquiriu centralidade em todas as reuniões das CIES, sendo necessário o equacionamento dessa questão. Apontou também a necessidade de se discutir a micropolítica, uma vez que questões como o processo de trabalho, sua rotina, não dependem de recursos, mas do investimento de todos os envolvidos – trabalhadores, docentes, gestores e controle social.

[...] a execução financeira dos recursos que chegam. [...] vira o tema central praticamente de todas as reuniões. [...] a gente sabe que não é a única questão. Só que enquanto não se equacionar, entre aspas, essa reserva financeira que a gente tem aí a gente não vai conseguir discutir a micropolítica (E4).

No que se refere à regionalização, destacou ser esta a lógica da organização e a importância de se considerar o todo, considerando as peculiaridades regionais. Destacou, também, a importância das CIES como locais de pactuação, de discussão nas regiões. Outro ponto de destaque foi a parceria com as instituições de ensino, classificada como fundamental.

Porém, pontuou que as instituições de ensino deveriam envolver mais os docentes nos processos para que haja troca de conhecimentos e maior participação nos serviços de forma a não sobrecarregar os preceptores. Numa combinação onde o docente, o preceptor do serviço e o aluno devem estar juntos no processo de formação, o resultado será positivo para a formação para o SUS. Contudo, reconheceu as dificuldades do

processo, em especial o baixo salário dos preceptores e o pequeno número de docentes. Por fim, afirmou que os problemas são conhecidos e apontou a necessidade de todos se sentarem para discuti-los, sem corporativismo e sem reducionismos.

Encarar sua atuação como uma militância; não parar de acreditar; ter uma postura otimista e não desistir; entender que o desafio é longo, instigante e estimulante, bem como acreditar estar fazendo parte de um processo histórico, foram algumas das questões levantadas por outro depoente.

Para ele, ter um plano estadual ainda se constitui como um desafio, assim como tornar a residência, no estado, uma política estratégica, uma vez que, esta ainda está desvinculada da política de EP. Para tanto, atribui à Escola um papel estratégico, afirmando que a mesma deve assumir a EP, coordenar o processo no estado, assumir a residência e os mestrados profissionais. Avalia que, para o MS a política ficou em segundo plano e a CIES nunca foi valorizada pelo mesmo. Destaca, contudo, que não se pode deixar retroagir e que a participação deve ser mantida sob risco de acabar.

[...] um desafio ainda, a gente nem tem plano estadual, praticamente não considero plano porque os próprios gestores nunca se preocuparam muito com isso, tornar a política como carro chefe. [...] a gente defende que a escola que assuma essa política, que ela coordene o processo estadual [...] mestrados multiprofissionais e a residência médica[...] (E5).

O Programa Mais Médicos foi visto como uma linha de oportunidade, na qual o gestor pode ir além do previsto pelo MS e inferiu sobre uma possível utilização da CIES, pelo MS no mesmo. No que se refere às instituições de ensino, acredita que as mesmas

precisam ter um papel mais protagonista no processo de mobilização e agregação e que sua contribuição poderia se dar por meio de debates, publicações avaliações, entre outras estratégias.

Por fim, ressaltou o valor da realização de pesquisas como essa, a qual contribui, dá visibilidade e aponta caminhos.

[...] é um desafio longo, mas é instigante e estimulante, e eu acho que um trabalho como esse que vocês estão fazendo contribui com isso. Porque dá visibilidade e aponta caminhos (E5).

Para outro depoente, o momento deve ser analisado numa outra perspectiva – a de ausência de recurso. Acredita ser este um momento de transição, o qual pode ser bom ou ruim. Contudo, em sua opinião, será um momento bom, uma vez que, os diversos atores envolvidos estão bravos com o processo, sentindo-se enganados e estes são atores muito organizados.

Acho que a gente está num momento de transição que pode ser muito bom, ou muito ruim. Mas eu acho que vai ser bom porque as pessoas estão muito brabas, estão se sentindo enganadas. E são muito organizada (E6).

Para ele, a CIES é uma estratégia que contempla os quatro eixos, fortaleceu-se no processo e não foi desmontada. Contudo, acredita que a mesma vai passar por um processo de reestruturação, sendo este um momento de retomada e de reorganização.

Devido ao tenso momento pelo qual passa o estado, manifestou sentimento paradoxal em relação às perspectivas da CIES. Assim, as perspectivas serão as piores devido ao momento político vivenciado no estado (grave greve geral dos servidores, momento de muita instabilidade). Contudo, acredita que nesse cenário de instabilidade política, econômica e institucional, a CIES vai se reorganizar. Ressaltou que o estado já teve uma das CIES mais organizadas e, institucionalmente, está vivendo um momento de caos e de desorganização e afirmou que, a despeito das tentativas, não se conseguiu destruir a política de EP, política essa avaliada como forte. Por fim, afirmou que se houver mudança, será para melhor.

Perspectivas [...] As piores. Mas eu acho que vai ser muito boa. É paradoxal, isso, né? Mas é, os piores porque a gente está num momento de greve muito grave [...] A situação está muito, muito, muito, muito grave. [...] [...] a gente está vivendo um momento de muita, muita, muita instabilidade. Um momento político de muita instabilidade. E nesse cenário todo de muita instabilidade política, econômica, institucional eu acho que CIES vai se reorganizar (E6).

Os resultados da entrevista com o gestor da PNEPSUS serão apresentados de acordo com as categorias de análise definidas.

Considerações sobre a PNEPS

Segundo o coordenador, a história da PNEPS pode ser dividida em três etapas, cada uma delas apresentando características específicas, a primeira que vai de 2003 a 2005; a segunda que se inicia em 2005 e a terceira iniciada a partir de 2012.

Assim, a primeira etapa se caracterizou pela configuração inicial calcada nos Polos de Educação Permanente (PEP), os quais tinham um importante papel na gestão loco regional. Os polos eram instâncias coletivas, colegiadas, com poder de decisão, decidindo inclusive, sobre a aplicação de recursos. O entrevistado destacou algumas estratégias nacionais do período, tais como: facilitadores de EP, ativadores de mudança, RETSUS, entre outras.

No que tange à segunda etapa, iniciada em 2005, o coordenador mencionou ter dúvida em relação à continuidade dos polos e de suas atribuições. Informou, contudo, a reconfiguração da política a partir de 2005 até 2007, reconfiguração e manutenção advindas da atuação de atores tanto do MS (SGTES), como de fora dele.

Aponta o CONASEMS como um dos atores que pautaram fortemente a questão da EP, no período, além da presença de outras instituições que estavam mobilizadas pela política de educação permanente no período anterior, e também de alguns atores que estavam no Ministério, na SGTES e que tentaram garantir alguns aspectos dentre os quais a questão do repasse de recurso, da discussão loco regional, uma coisa que permaneceu ainda que tenha sido reconfigurada, devido à extinção dos PEPs, ficando então, uma ausência de instância semelhante aos mesmos.

Para ele, as comissões permanentes de integração ensino e serviço são instâncias consultivas e os colegiados intergestores regionais são os responsáveis por fazer a gestão da política.

O terceiro período se inicia a partir de 2012, quando o MS interrompeu o repasse de recursos. Este período é configurado pelos programas de provimento, PROVAB e PMM, sendo a PNEPS dominada pelos mesmos, o que faz com que não se fale mais em EP, mas apenas dos programas.

Para ele, o momento é de construção de uma transição do terceiro período para uma nova lógica e pondera que os programas podem ser em parte, entendidos como uma estratégia da política de EP.

Eu diria que esse terceiro período ele é configurado pelos programas de provimento, né? Então a política de educação permanente ela acaba sendo agenciada [...] pelas políticas de provimento que se deixa de falar da educação permanente e passa a falar de Provab, passa a falar de Mais Médicos, ainda que a gente possa entender isso como parte ou pelo menos parte desses programas como uma estratégia da política de educação permanente. (E8).

Relata mudança por parte do MS acerca do seja EP, mudança essa, refletida na própria configuração do MS. Assim, relata que no Departamento de Gestão da Educação na Saúde, DEGES, havia quatro unidades de produção: ações estratégicas, ações técnicas, tecnologias educacionais, e uma 4ª unidade de produção denominada de educação permanente, sendo esta última, responsável pelos cursos de qualificação de profissionais já graduados e algumas ações voltadas para o nível técnico.

[...] no ponto de vista discursivo institucional a gente tem uma mudança inclusive no discurso sobre o que é educação permanente, a própria configuração institucional do Ministério da Saúde fala a favor disso (E8).

Acredita ser este um momento de transição entre o que foi proposto em 2002, para um novo jeito de fazer PEP e aponta a existência de novos elementos no atual cenário, em especial, no campo virtual possibilitando conversas, articulações, troca de experiências, etc.

Relação MS/CIES

Segundo o entrevistado, o MS nunca fez acompanhamento mais próximo das CIES, não fazendo com ela o movimento desenvolvido para outras políticas.

Informa a realização de um diagnóstico sobre as CIES de 2012 a 2014, e, após o mesmo, foram refeitas algumas ligações e traçadas algumas estratégias - web, por exemplo.

O Ministério, de fato, nunca fez um acompanhamento mais de perto de ir nas locos regiões discutir os planos de ação regional de educação permanente, buscar qualificar essa participação da CIES, etc., nunca existiu esse movimento por parte do Ministério da Saúde, existia pra outras políticas algo semelhante, mas para a política de educação permanente do ponto de vista dessa configuração institucional da CIES da CIE, etc., nunca houve esse movimento (E8).

Avaliação da CIES

Segundo o entrevistado, houve pouco investimento nas CIES, as quais ficaram muito desinvestidas.

[...] a gente acabou tendo um sinal de que as comissões de integração ensino serviço elas ficaram muito desinvestidas (E8).

Informa que o último diagnóstico sobre o funcionamento da CIES foi realizado em 2015, por meio de envio de um questionário a todos os estados da federação. Destes, 23 responderam, sendo que 17 informaram regularidade nas reuniões da CIES. Para o entrevistado, essa regularidade não necessariamente resulta em ações de EP.

Reconhece o papel limitado da CIES, neste contexto de não repasse de recursos, ressalta a existência de outros recursos já repassados e não executados, mesmo nos estados nos quais a CIES está em funcionamento, aponta a necessidade de se repensar a CIES neste novo contexto de reformulação da política, ao mesmo tempo em que destaca a indefinição do papel da CIES.

É óbvio que nesse contexto atual que a gente não tem repasse de recurso pra esses lugares o papel da CIES fica um pouco limitado [...] (E8)

Então, eu acho que a gente precisaria repensar um pouco o que é esse lugar da CIES nesse novo contexto da reformulação da política, que a partir de 2007 coloca a CIES como espaço de apoio às comissões regionais e eu acho que fica meio indefinido qual que é o papel exato da CIES, então depende muito da configuração (E8).

Para ele, o papel depende da configuração de cada CIES – quem são os atores participantes, de quem está mobilizado, etc., sendo que os arranjos locais dependem dessa configuração.

Relata ter informação de poucos lugares e também a ausência de um processo de acompanhamento das comissões.

Reconhece a dificuldade de as CIES de manterem uma agenda de reuniões, de mobilizar pessoas, de estabelecer uma agenda para discussão de questões afeitas à EP e de ir além da oferta de cursos.

No que se refere às atividades desenvolvidas pelas CIES, o entrevistado informou a realização de uma análise dos planos estaduais de EP apresentados em 2011, a qual foi feita por meio de uma amostra dos planos, por região e cujo resultado demonstrou um predomínio de cursos.

Reconhece a dificuldade das CIES de manterem uma agenda de reuniões, de mobilizar pessoas, de estabelecer uma agenda para discussão de questões afeitas à EP e de ir além da oferta de cursos.

Destaca que o MS não fez um movimento para que se fosse além da oferta de cursos, sobre o que seria o processo educacional, o qual vai além da oferta pelas instituições de ensino, de cursos para os trabalhadores.

Acredita que a CIES poderia ser um espaço de encontro, mas acha pouco provável que a mesma volte a ter o formato pensado anteriormente – discussão da realidade local e proposição de projetos mais ou menos independentes das outras instâncias do SUS.

Para ele, a CIES pode ser um espaço de colaboração e agregação dos atores que estão desenvolvendo práticas no território e denomina esse movimento de ponte de EP

Contudo, avalia que apenas três estados possuem CIES em efetivo funcionamento e que fazem a diferença.

São poucos os estados, assim são três estados da federação que os relatos de que a CIES funciona, que faz diferença etc., são mais consistentes[...] (E8).

Repasse / execução dos recursos

Segundo o entrevistado, houve a interrupção do repasse de recurso pelo MS a partir de uma avaliação da execução do mesmo no período de 2007 a 2011, sendo que o último repasse foi feito em 2011. Informa que o repasse de recursos era anual e que a apresentação de plano estadual e utilização de estágios eram pré-requisito para o repasse.

Realização pelo MS, em 2012, de um diagnóstico sobre a execução dos recursos de 2007 a 2011, diagnóstico esse que não foi preciso pelo fato de ter sido baseado na auto declaração dos coordenadores dos estados, uma vez que inexistia um instrumento que possibilitasse a análise dos fundos estadual e municipal e identificasse recursos da EP não executados. Assim, havia a possibilidade de visualização dos recursos do bloco de gestão, mas não os específicos da EP.

A análise demonstrou entre outras questões, uma variação entre as declarações, de acordo com o respondente; a constatação da baixíssima execução dos recursos, sendo que a maior parte estava com apenas 50% de execução e que apenas três estados haviam executado 100% dos recursos, a despeito de os mesmos estarem desde 2012 sem repasse de recursos novos para estados e municípios.

[...] a gente não tem nenhum instrumento que nos permite olhar, por exemplo, pra o fundo estadual ou pra os fundos municipais de saúde e dizer assim: este é um recurso de educação permanente que está parado. [...] o que a gente tem são declarações que variam [...] depende pra quem você pergunta e dependendo de quando você pergunta essa informação vai variar, mas a informação que a gente tinha concretamente era a informação de uma baixíssima execução (E8).

Centralização dos recursos pelo MS e realização de algumas ações – provimento, cursos nacionais em larga escala, por meio da Educação a Distância. Acredita que este movimento representa um retorno a uma lógica pré PNEP sendo a EAD apresentada como uma estratégia muito forte e presente.

Como não existia esse movimento de repassar recurso, o Ministério tinha centralizado esse recurso pra fazer algumas ações, dentre elas as ações de provimento, mais um conjunto de outras ações numa lógica que eu diria que retorna aí a uma lógica pré política nacional de educação permanente que são ofertas de cursos nacionais de larga escala. E agora com a novidade do EAD como uma estratégia muito forte, muito presente (E8).

Relata que não houve acompanhamento pelo MS, mesmo por ocasião do repasse de recursos, e que a forma de repasse do recurso da EP dificultava a sua execução, o que levava os estados e municípios a preferir utilizar recursos próprios, do tesouro.

[...] os lugares, seja município, seja estado, que queriam fazer alguma ação de educação permanente eles acabam preferindo usar recurso do tesouro deles do que utilizar o recurso da educação permanente porque

era um recurso repassado num formato de tal forma que dificultava a execução por ter um conjunto de regras, etc. .(E8).

Repasse estabelecido anualmente por meio de portarias – uma portaria para o recurso da política nacional de educação permanente e outra para o recurso do Profaps, pois ambos integram a política nacional de educação permanente, só que estão em rubricas diferentes - um é voltado para a qualificação e ações no campo da formação técnica, da formação profissional e o outro aberto, sem vinculação.

Ações atuais do MS

Segundo o entrevistado, a partir de 2012, a agenda do Departamento ficou focada no programa de provimento ou dos cursos nacionais. Relata relação delicada com as instituições de ensino e que o departamento vem auxiliando as mesmas na gestão acadêmica desses cursos.

De 2012 em diante [...]toda a agenda do Departamento ou estava focada na agenda do provimento ou nesses cursos nacionais que aí tem uma delicadeza da relação com as instituições de ensino [...]a instituição sozinha não dava conta de cuidar de uma parte de gestão acadêmica (E8).

Relata que atualmente são mais de 20 cursos oferecidos pelas instituições de ensino em parceria com o MS, com oferta de milhares de vagas. Relata também um

trabalho em parceria com a secretaria executiva da UNASUS, a qual é detentora de um acervo de recursos educacionais em saúde.

Contudo, informa que há uma proposta de mudança na forma como são oferecidos e disponibilizados os materiais dos cursos, uma vez que o formato atual de oferta do material não permite o acesso e o uso pelo profissional de saúde como ele quiser.

Aponta a necessidade de desfazer a dicotomia entre conteudismo e EP como construção de soluções de enfrentamento dos problemas do cotidiano de trabalho, num entendimento de que esta oferta contribui desde que não seja diretiva e que a estratégia não pode se resumir a fazer curso.

Defende a utilização e disponibilização dos materiais produzidos no processo de EP, para resolução dos problemas cotidianos.

[...] a gente vem trabalhando em parceria com a secretaria executiva da UNASUS pra poder mudar essa modelagem um pouco de como que é oferecido e disponibilizado esses materiais. Porque ainda que a UNASUS tenha o acervo de recursos educacionais em saúde o formato como esse material é oferecido lá não permite que, por exemplo, um profissional de saúde acesse esse material e faça uso dele pra o uso que ele quiser (E8).

Aponta também a necessidade de desfazer a dicotomia EP/Educação Continuada, como coisas antagônicas.

A gente precisa desfazer um pouco essa dicotomia que está colocada desde a criação da política entre educação permanente e educação continuada como coisas que eventualmente são antagônicas (E8).

Relata o desenvolvimento de trabalho junto à SAS na discussão da gestão das RAS, como um processo de EP – prover ferramentas, estratégias e promover encontros dos gestores no território; promover discussões no território, identificar problemas e pensar soluções.

Destaca proposta de maior utilização do campo virtual, desde que referenciado no território e cita o exemplo de um curso oferecido em 2012/2014 para seis mil pessoas, que mobilizou os atores do território, e foi além do que tradicionalmente se chama de educação permanente.

Dificuldades

Foram diversas e de diferentes naturezas as dificuldades apontadas pelo entrevistado. Entre elas a baixa prioridade dada pelos gestores estaduais e municipais para a EP; entraves burocráticos de uma forma geral; dificuldade dos estados e municípios na execução dos recursos devido à forma de repasse dos mesmos - muitas regras para a execução do recurso, dificuldade para pagar hora aula; impossibilidade de se pagar servidor, entre outras; ausência de corpo docente nas escolas técnicas e a não possibilidade de as mesmas pagarem o servidor para atuar como docente.

[...] os lugares, seja município, seja estado, que queriam fazer alguma ação de educação permanente eles acabam preferindo usar recurso do tesouro deles do que utilizar o recurso da educação permanente porque era um recurso repassado num formato de tal forma que dificultava a execução por ter um conjunto de regras [...] tem estado que tem dificuldade de executar, por exemplo, pagamento de hora aula. Tem lei que proíbe pagar servidor

que é um modelo muito utilizado pra repor as escolas técnicas que não tem corpo docente próprio, etc. (E8).

No que se refere aos cursos EAD coordenados pela UNASUS, aponta que as especializações restringem ou não ampliam o acesso como deveriam, devido ao número limitado de vagas; a impossibilidade de utilizar o conteúdo dado no curso para outras ações; conteúdos e materiais poderem ser utilizados apenas por aqueles que participaram daquela oferta; impossibilidade de os alunos retornarem à plataforma virtual uma vez findo o curso. No que se refere às últimas questões, informa a realização de trabalho em parceria com a UNASUS no sentido de equacioná-las.

Relata ainda que as vagas disponibilizadas pelo MS chegam na última hora e que os gestores têm dificuldade de estabelecer prioridades e necessidades.

Outro ponto importante foi a dificuldade na forma de repassar o recurso, um problema antigo do MS, o qual utilizou de diferentes arranjos burocráticos para o repasse – carta acordo, termo de cooperação com a UNESCO, etc. Informa que o repasse fundo a fundo não facilitou – alta porcentagem de não execução. Para ele, o repasse fundo a fundo atrelado ao plano de EP assemelha-se ao repasse via convênio, modalidade que apresenta dificuldades e especificidades: o que vai gastar, como, quem vai pagar, etc, não permitindo flexibilizações, pois qualquer alteração na proposta deve ser analisada pelo MS.

Tal fato evidencia a dificuldade do MS em responder e acompanhar essas alterações e ao mesmo tempo fazer a gestão da política, pois o MS deixa de fazer ações importantes, que podem qualificar a política, por causa de questões burocráticas.

[...] a nossa capacidade do Ministério de responder a isso e ao mesmo tempo fazer gestão da política, etc., acaba sendo muito pequena, a gente acaba envolvido aí num emaranhado de burocracia, de resposta ao processo [...] que complexifica a vida um tanto e a gente deixa de fazer coisa que são mais importantes pra politicamente qualificar o processo pra poder atender a questões, por exemplo, burocráticas (E8).

Desafios

Nesta categoria o entrevistado apontou entre outras questões, uma série de desafios relacionados à questão conceitual da EP.

Assim, para ele, é importante se retomar a questão de que a EP não está restrita à qualificação dos profissionais aliada à necessidade de entender o que se está chamando de EP, ou seja, não confundir EP com educação profissional, pois a EP pode ser pensada para diferentes atores de situações.

[...] hoje o grande desafio da política nacional de educação permanente é a gente retomar um pouco essa perspectiva de educação permanente que é uma coisa que não está restrita a qualificação dos profissionais (E8).

Pode pensar em educação permanente de estudante que está na graduação, que ainda nem se formou, educação permanente de docente, ou

seja, tem um conjunto de processos que a gente entende como educação permanente e a gente precisa então marcar isso na linguagem pra poder trabalhar esse imaginário em relação inclusive ao que é o escopo da política de educação permanente (E8).

Aponta também a necessidade de se pensar os processos de formação que atribuem títulos: atualização, especialização, mestrado e doutorado, bem como a necessidade de que esses processos reconheçam outras atividades fora do conhecimento técnico científico.

Outro desafio levantado foi a necessidade de discussão acerca do reconhecimento e da contabilização na carga horária do tempo despendido no processo de trabalho, desde que acompanhado de uma reflexão; que a experiência seja um dispositivo de aprendizagem; participação em eventos; entre outras.

Relata uma nova proposta que aponta a perspectiva de colaboração horizontal entre os trabalhadores. Vê a educação para o profissional de saúde tradicionalmente associada com curso, sala de aula, certificação e pontua que a EP pauta que não é só isso.

Assim, aponta a necessidade de se pensar outras questões, como a análise do processo de trabalho, num entendimento de que há um campo de colaboração entre os próprios trabalhadores que estão desenvolvendo suas práticas de saúde, o qual precisa ser estimulado.

Pontua também a necessidade de se identificar e estimular experiências inovadoras e interessantes, a exemplo de uma experiência da saúde mental, não promovida pela SGTES, que denomina de pós educação permanente. Relata que essas discussões seriam ampliadas, mas mudanças na gestão do MS fizeram com que as mesmas fossem postergadas.

Destaca a PEP focada na agenda de qualificação profissional, na formação e os cursos oferecidos foram estruturados tentando dialogar com a EP: convocar a realidade local e colocar a realidade local como uma questão para ser trabalhada, refletida e discutida dentro do curso.

Acredita que o processo não é simples ao se pensar numa oferta para milhares de pessoas em todo o país e que são muitos os desafios colocados para a EP.

Assim, levanta a necessidade de mobilizar outras questões como a realidade local e identificar as necessidades e os desafios colocados e aponta o imaginário sobre a EP, como um dos principais desafios, pois não é resolvido de uma hora para outra e a disputa é necessária.

Levanta também a necessidade de se trabalhar materiais, vídeos, estratégias de comunicação pra discutir e até desfazer essa noção de que a educação permanente e qualificação profissional são sinônimos; recuperar o conhecimento já produzido em iniciativas como o curso de facilitadores da EP, o de ativadores de mudança, o QualiSUS Gestores, entre outros, nos quais foi investido um grande volume de recursos e lamenta que o material produzido nos mesmos mesmo se estiver disponível no site das instituições ofertantes, não está disponível para baixar, reutilizar, modificar.

Destaca um trabalho forte no intuito de estabelecer políticas de direito autoral, licenciamento de material, etc. para enfrentar o desafio da disponibilidade de conhecimento; a ampliação de estratégias virtuais de mobilização, de conversa, de comunicação pra criar pra além daquele espaço região no estado onde as pessoas se juntam, conversam, falam sobre como fazem.

Então a gente está trabalhando muito fortemente, pra que essas políticas estejam bem estabelecidas de direito autoral, licenciamento de material, etc. pra que a gente possa enfrentar esse desafio da disponibilidade de conhecimento de uma forma muito forte (E8).

Outros pontos levantados referem-se ao aproveitamento do crescimento da cultura digital no Brasil; ao fomento da colaboração entre os serviços.

Por fim, demonstra o entendimento de que é necessário vincular a EP com as políticas de atenção – assistência, vigilância, uma vez que a discussão da assistencial está descolada da discussão da EP.

[...] o entendimento de que é preciso vincular a educação permanente com as políticas [...] de atenção. Pensando assistência, vigilância, etc., Pra que isso esteja colado de fato. Por exemplo, uma das coisas que a gente identifica nos planos regionais de ação da educação permanente é um certo descolamento.

Você tem a discussão assistencial aqui e aqui um conjunto de outros atores que discutem a educação permanente e são eles que montam o plano de ação que não dialoga com o que está posto enquanto prioridade pra atenção (E8).

Assim, aponta o trabalho na perspectiva de se pensar planos de ação específicos ainda que existam coisas transversais que precisam ser discutidas e olhadas e de pensar questões específicas vinculadas às políticas nacionais e às prioridades regionais do SUS.

Considerações Finais

A pesquisa Análise das Políticas de Educação Permanente do SUS (PEPS) implementadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) analisou a capilaridade da Política Nacional de Educação Permanente do SUS (PNEPSUS) nas estruturas estaduais de saúde e evidenciou os desafios que se apresentam nas instâncias estaduais do setor.

Investigou-se mais especificadamente o papel das CIES nas ações de EP dos estados; as principais ações de educação permanente desenvolvidas; a destinação dos recursos financeiros; os mecanismos de avaliação e monitoramento das ações de EP e os limites e possibilidades da EP nas secretarias estaduais de saúde.

Pela observação dos aspectos analisados, reconhece-se limites na identificação das ações de EPS desenvolvidas no âmbito das SES. As diretrizes nacionais da PNEPS postas constituem um processo, sem dúvida, inovador, mas sua implementação nas estruturas estaduais de saúde ainda tem um longo caminhar.

As secretarias estaduais de saúde têm, nas duas últimas décadas, experimentado redesenhos dos seus mecanismos operacionais para viabilizar a constituição de um SUS e de um modelo de prestação de serviços de saúde no país. Em relação ao lugar que ocupa o setor específico de EPS na estrutura interna das SES, verifica-se a adoção de modelos que conformam uma pluralidade de unidades organizacionais com diversificados graus de subordinação. Essas unidades recebem uma variedade de nomenclaturas, que sugerem distintas características, funções, valores e percepções da importância, ou não, do desenvolvimento das políticas de educação permanente e que podem influenciar sua

inserção no organograma institucional, refletindo na implementação da política de EP no estado.

Embora a maioria das SES tenha respondido afirmativamente quanto à presença de estrutura de EPS, quando avaliado do ponto de vista regional, evidenciam-se diferenças marcantes no território brasileiro no que tange à distribuição desta arquitetura organizacional.

O fato é que as funções gestoras da EPS têm representatividade na estrutura organizacional e no contexto institucional da maioria das SES. A variabilidade das descrições dos cargos encontrados nos organogramas formais, reflexo dos modelos gerenciais adotados, expressam arranjos hierárquicos, graus de autonomia e poder de decisão sobre as matérias inerentes à área.

Mesmo aqueles que referiam não possuir estrutura formal para a área indicam que as ações de EPS estão presentes nas SES, perpassam as áreas técnicas e instâncias, sendo desenvolvidas por distintos atores em vários setores e cenários.

Quanto ao perfil do gestor de EPS, a maioria é do sexo feminino, possui alta escolarização e qualificação, com formação em nível de pós-graduação, com predominância da modalidade especialização na área de Recursos Humanos.

Para a implementação da política de EP, a portaria GM/MS n. 1.996/2007 prevê a elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), documento que define as ações de EPS para os estados, a partir dos pressupostos e diretrizes da PNEPS. O PEEPS pode ser compreendido como uma proposta de orientação das ações

de educação permanente e educação profissional alinhadas com as necessidades de formação e qualificação profissional para a atenção das necessidades de saúde da população.

No entanto, apesar dos achados terem demonstrado a existência dos PEEPS nos estados, a maioria não estava disponibilizado em ambiente virtual de acesso público. Isto posto, ressalta-se que a análise documental valeu-se dos Planos Estaduais de Saúde e dos Relatórios Anuais de Gestão.

A despeito do precário registro das ações de EPS nos documentos estudados, a leitura permitiu a identificação de informações para uma análise limitada sobre a PEPS desenvolvida nos estados das regiões analisadas. Constatou-se uma fragilidade nos registros das ações realizadas pelos profissionais. Constatou-se também um hiato significativo entre as ações programadas nos Planos estaduais de Saúde (PES) e o executado nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG).

A análise documental dos PES e RAG sugere que as definições de metas, ações, indicadores e diretrizes são bem distintas e ambíguas. Seus elementos (objetivos, diretrizes, ações e metas) se misturam e alternam a cada ano, ou seja, permite-nos inferir que há diversidade das concepções envolvidas no que diz respeito a tais definições. 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 a gestão.

Em relação às principais ações de EP executadas pelas SES, foram encontradas, tanto na análise documental, quanto nas respostas dos gestores/responsáveis pela EP, a realização de ações de formação e desenvolvimento dos trabalhadores. O foco de tais ações foram as capacitações, principalmente, nas áreas de Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde e Gestão do SUS.

Esta estratégia educacional tradicional foi adotada pelas SES 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 dos CIES, seja pela herança dos Polos de Educação Permanente ou pelas demandas das secretarias estaduais, em função das ações emergenciais para atender, por exemplo, a 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 em vários dos quesitos respondidos e não deixam dúvidas quanto à importância destas instâncias de negociação e pactuação no arranjo institucional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, 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.

A relação entre essas instâncias foi avaliada pela maioria dos gestores de EPS como de assessoramento e de cooperação técnica, o que evidencia possibilidades, potencialidades e fortalezas para a construção dos Planos Regionais de EP da sua área de abrangência.

Os achados evidenciaram que a criação da CIES ocorreu em momentos diferentes nos estados pesquisados. Observou-se que a política e o percurso da CIES nos estados, se desenvolveram tanto de forma participativa e consensuada, como de forma conturbada, sendo que as mesmas passaram por diferentes momentos.

De uma forma geral, as CIES dos estados pesquisados possuem composição ampla com representação de diversas instituições, entre as quais, instituições formadoras, representação da gestão estadual, representação da gestão municipal, Conselho Estadual de Saúde, COSEMS, Fundações, unidades assistenciais, sindicatos de trabalhadores do SUS.

Da mesma maneira, constatou-se que há periodicidade mensal das reuniões da CIES, podendo sofrer alterações, para mais ou pra menos, em vista a ocorrência de algumas situações.

Na relação CIES/SES foram elencadas tanto situações positivas, como negativas. De um lado, uma relação muito boa, produtiva, tranquila, de construção coletiva, sem maiores problemas de entendimento, na qual as divergências são resolvidas por consenso e diálogo e todos os processos passam pela CIES e pela CIB. Por outro, entre

as situações negativas os resultados apontaram situações de distanciamento, desinteresse, falta de diálogo, desvalorização e não reconhecimento da CIES.

De uma maneira geral, foi identificada aproximação da CIES com as instituições formadoras de diferentes naturezas jurídicas, em diferentes amplitudes e intensidades. A postura de captação de recursos, numa lógica de balcão, um provável resquício da prática dos Polos de Educação Permanente, também foi encontrada. Integram essa relação tanto instituições de ensino superior públicas, privadas, de âmbito federal e estadual, como também escolas técnicas da rede do SUS.

Foi destacado, ainda, que há muita desinformação a respeito do SUS nas próprias universidades e o papel ainda secundário da saúde coletiva nos cursos. Acredita-se que a CIES contribuiu para as mudanças no processo de formação, assim como no desenvolvimento dos projetos propostos pelo MS: PET-Saúde, Pró-Saúde e residências multiprofissionais.

Em relação ao papel que as CIES desempenham na política de EP, em nível estadual, foi avaliado como sendo de assessoramento e de cooperação técnica, o que evidencia possibilidades, potencialidades e fortalezas para a construção dos Planos Regionais da sua área de abrangência.

Em que pesem a recém entrada de alguns, os percalços e as dificuldades enfrentadas e, também, dos diferentes contextos em cada estado, de uma maneira geral, os resultados apresentaram uma avaliação positiva da CIES. Isto confirma que a articulação entre distintos atores e instituições no processo decisório é fundamental para

a concretização de mudanças nos processos de trabalho no SUS numa perspectiva multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial.

O estudo procurou investigar ainda aspectos sobre o financiamento da EPS nos estados envolvendo os recursos direcionados para a execução das ações, tais como: fontes, formas de operacionalização, dificuldades para execução, contrapartidas, prestação de contas e atuação dos órgãos de controle.

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 respondem às necessidades do sistema e estejam de acordo com a realidade regional/local.

Em relação às fontes de recursos financeiros para a EPS, os achados apontam que a União (Ministério da Saúde) participa majoritariamente do financiamento das ações de EPS. Os recursos orçamentários do Ministério da Saúde para a implementação da PNEPS estão atrelados a dois Programas de Trabalhos, que são: o da Formação de Profissionais Técnicos de Saúde e o do Fortalecimento das Escolas Técnicas/Centros

Formadores do SUS (nº 10.128.1436.8612.0001) e do Apoio ao Desenvolvimento da Graduação, Pós Graduação *Stricto e Latu Sensu* em Áreas Estratégicas para o SUS (nº 10.364.1436.8628.0001).

Os aspectos que mais chamam a atenção em relação aos recursos financeiros dizem respeito à dificuldade de execução e a insuficiência para atender as demandas. Em relação às dificuldades de execução dos recursos foram apontadas questões relacionadas a natureza administrativa e de conteúdo jurídico legal. Acredita-se que as dificuldades apontadas podem estar relacionadas à especificação das áreas prioritárias para a realização das ações expressas nas portarias que normatizam a destinação dos recursos financeiros para a EPS.

No que tange ao repasse e utilização dos recursos, os achados demonstraram de diferentes maneiras e intensidades, preocupação, dificuldade e discordância no que se refere à utilização e manejo dos recursos destinados à EP. Demonstraram, também, algumas limitações para o uso dos mesmos; baixa capacidade de gasto por parte dos estados; recursos carimbados, com pouca flexibilidade de utilização; limites impostos pela Lei 8666; questionamentos do Tribunal de contas; entre outras.

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 do financiamento ser por projeto.

Levando-se em conta o que foi analisado, chama a atenção que há uma grande capacidade do Ministério da Saúde, como gestor federal do sistema, de induzir políticas para a área por meio de recursos financeiros, administrativos, técnicos e de políticas.

Observou-se que as ações de EPS são avaliadas e monitoradas pelas SES e que vários aspectos fazem parte e são considerados nestas avaliações. O total de concluintes das modalidades educativas ofertadas e a utilização dos recursos financeiros foram os itens mais lembrados. Dificuldades foram encontradas para se avaliar o impacto nos resultados dos indicadores de saúde; assim como a estrutura curricular e metodológica dos cursos ofertados. Os resultados apontam que decorrem do processo de avaliação e monitoramento das ações de EPS distintas estratégias, sendo a identificação de novas demandas de projetos de EPS a mais pontuada. Percebe-se que existem lacunas por parte dos gestores da EP das SES em acompanhar o impacto das ações na qualificação dos serviços e/ou fazer monitoramento contínuo das ações.

Além das já mencionadas dificuldades relativas ao financiamento e à execução dos recursos financeiros, várias outras dificuldades foram elencadas. Estas integraram um rol de questões tanto no que se refere a processos internos e inerentes a cada estado, como a questões de âmbito mais geral, como a dificuldade em se proceder ao pagamento de hora-aula e de se contratar docentes; a ausência de liberação de recursos para novas atividades; recursos existentes já destinados para cursos previstos anteriormente e que não são mais necessários; falta de flexibilidade no manejo dos recursos e dificuldade para implantar as CIES regionais.

Outras dificuldades encontradas referem-se à grande extensão territorial de estados, com municípios distantes e de difícil acesso; o complexo processo de regionalização e o processo de reorganização da CIB que complicaram a implantação das CIES; o acesso ao secretário de saúde; a dificuldade da gestão municipal em assimilar a EP como uma política pública de saúde e a grande rotatividade dos gestores municipais de saúde.

Chama a atenção que os resultados variam de região para região e a estruturação da PEPS comporta-se de maneira distinta de acordo com o desenvolvimento dos processos organizativos, as competências, as singularidades e o estoque de trabalho e experiências acumuladas em cada esfera de governo neste campo de acordo com a região considerada.

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 onde 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 locorregiões 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. As dificuldades ainda presentes referem-se, especialmente, à necessidade de aperfeiçoamento dos processos administrativos e marco legal, que possam viabilizar a contratação e execução das ações de educação permanente.

Outro desafio que se apresenta, diz respeito ao planejamento e a implementação da PNEPS em âmbito regional, cuja manutenção precisa se efetivar por meio de gestão participativa e colegiada, exercitando o processo de descentralização e negociação democrática, sustentada nas necessidades locais. Esse processo requer, no entanto, esforços de articulação de parcerias institucionais entre serviço e ensino, educação e trabalho, numa perspectiva dialógica e compartilhada.

Perspectivas positivas, desafios a serem superados e propostas de trabalho, foram apontadas na pesquisa. Entre as questões levantadas, destaca-se o entendimento de ser este um trabalho coletivo e, como tal, o mesmo é visto como um desafio; a importância de

se fomentar o trabalho participativo com o envolvimento de todos os atores, cada um ciente da importância de seu papel e da representação de seu segmento; a necessidade de se implantar as CIES regionais; de acompanhar o impacto das ações na qualificação dos serviços, num monitoramento contínuo das ações além de um maior desenvolvimento da área da pesquisa.

No que se refere à regionalização, destacou-se ser esta a lógica da organização e a importância de se considerar o todo, considerando as peculiaridades regionais. Destacou-se, também, a importância das CIES como locais de pactuação, de discussão nas regiões. Outro ponto foi a parceria com as instituições de ensino, classificada como fundamental.

Não obstante os desafios e dificuldades que permeiam os processos de implantação e manutenção da EPS, muitas são as contribuições advindas das experiências em curso que merecem estudos mais aprofundados.

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 Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.135/GM, de 25 de setembro de 2015, Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [Da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 set. 2015. Seção 1, p. 60. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html>. Acesso em: 04 nov.2015.

_____ Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.124, de 4 de agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/interministerial/3966-1124>>. Acesso: Ago/2015.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Federativa. Manual do Usuário para o Relatório de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 58p. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!carregarPagina.action>>. Acesso em: 13 out.2015.

_____ Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.200, de 14 de setembro de 2011. Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2200_14_09_2011.html>. Acesso: Ago/2015.

_____ Casa Civil. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial [Da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011 Seção 1, p. 1. Disponível em: <

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 04 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.033, de 17 de dezembro de 2010. Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4033_17_12_2010.html>. Acesso: Ago/2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.953, de 25 de novembro de 2009. Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2953_25_11_2009.html>. Acesso: Ago/2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.813, de 20 de novembro de 2008. Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2813_20_11_2008.html>. Acesso: Ago/2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996/07, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. [documento internet] 2007a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>. Acesso: Ago/2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 fev. 2006b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>> Acesso em: 18 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 198/GM/MS, em 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 [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 fev. 2004. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariagm198polos.pdf>> Acesso em: 04 nov.2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Federativa. Manual do Usuário para o Relatório de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 58p. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!carregarPagina.action>>. Acesso em: 13 out.2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.135/GM, de 25 de setembro de 2013, Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [Da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 set. 2013. Seção 1, p. 60. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html>. Acesso em: 04 nov.2015.

_____. Presidência da República. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm> Acesso em: nov. 2015.

_____. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. 140p. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.

CASSELL, C. e SYMON, G. 1994. Qualitative Research in Work Contexts. In: CASSELL, C. e SYMON, G. (orgs.) **Qualitative Methods in Organizational Research**. Londres: Sage.

FERRAZ, F et al. Gestão de recursos financeiros da educação permanente em saúde: desafio das comissões de integração ensino-serviço. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2013, vol.18, n.6, pp. 1683-1693. ISSN 1413-8123.

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

OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE. **Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população superior a 100 mil habitantes.** Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004.

OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE. **Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população inferior a 50 mil habitantes.** Rio de Janeiro: ObservaRH/IMS-UERJ, 2004.

OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE. **Gestão do trabalho e da educação em saúde.** Rio de Janeiro: ObservaRH/IMS-UERJ, 2008.

OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS. **Avaliação da capacidade gestora de recursos humanos em sistemas municipais de saúde do Estado do Rio de Janeiro.** Relatório de pesquisa. Estação de Trabalho Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro da Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde. 2006a. 62p. Disponível em: <<http://www.obsnetims.org.br/adm/arq/pesquisa/22552934.pdf>>. Acesso em 13 de junho de 2011.

OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS. **Capacidade gestora de recursos humanos em saúde em instâncias locais de saúde em municípios com população inferior a 100 mil habitantes.** Relatório de pesquisa. Estação de Trabalho Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro da Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde. 2006b. 125p. Disponível em: <<http://www.obsnetims.org.br/adm/arq/pesquisa/40392523.pdf>>. Acesso em 13 de junho de 2011

OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS. **Gestão do trabalho e da educação na saúde.** Relatório de pesquisa. Estação de Trabalho Instituto de Medicina Social da

Universidade do Estado do Rio de Janeiro da Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde. 2008. 277p. Disponível em: <<http://www.obsnetims.org.br/adm/arq/pesquisa/3457309.pdf>>. Acesso em 13 de junho de 2011.

PEREIRA, J. C. 1999. O Dado Qualitativo. In: **Análise de Dados Qualitativos**. São Paulo: EDUSP.

PIERANTONI, C, FRANÇA, T, GARCIA, C, SANTOS, MR, VARRELA, TC, MATSUMOTO, KS. **Gestão do trabalho e da educação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS, UERJ, ObservaRH. 2012. 156p

PIERANTONI, C. , DALPOZ, M & FRANÇA, T. **O trabalho em saúde: abordagens qualitativas e quantitativas**: Rio de Janeiro; CEPESC, IMS/UERJ, ObservaRH. 2011. 366 p. 2011

PIERANTONI, C. **As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades**. Ciência e Saúde Coletiva, ABRASCO 6 (2): 2001. 341-361.

PIERANTONI, C. Recursos humanos e gerência no SUS. In: NEGRI, Barjas & VIANA, Ana Luiza (orgs). **O sistema único de saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime. 2002. P. 609-630.

PIERANTONI, Celia Regina et al. O mercado educativo em saúde no estado do Rio de Janeiro: análise da oferta para a formação profissional de nível superior. In: Ivan Mathias; Alexandra Monteiro. (Orgs.). **Gold book** [recurso eletrônico]: inovação tecnológica em educação e saúde. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2012, v. 1, p. 817-831.

PIERANTONI, Celia Regina; VARELLA, Thereza Christina; FRANÇA, Tania. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil - Estudos e Análises**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, v. 2, 2004. p. 52-70. Acesso em 29 de outubro de 2010. Disponível em <http://www.obsnetims.org.br/adm/arq/artigo/19402135.pdf>

QUEIROZ, L. Textos normativos e contextos locais: estudo de caso sobre os dilemas do processo de implantação do SUS. In: PIERANTONI, C & MANSO, C. **Gestão de sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Segrekar. 2003 p. 93-131.

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

SILVA, Nelci Dias da. **Sistema nacional de negociação permanente do SUS: um instrumento de gestão do trabalho na saúde**. [Dissertação]. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2012.