



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS (TO)
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

JOSEFA MARIA DE JESUS

**ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS:
A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM
SAÚDE NO BRASIL**

**Palmas (TO)
2021**

JOSEFA MARIA DE JESUS

**ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS:
A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM
SAÚDE NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Políticas Públicas como requisito para obtenção do título de Mestre em Gestão de Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Waldecy Rodrigues

PALMAS-TO
2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

J58a Jesus, Josefa Maria .

Análise de Políticas Públicas: A Trajetória da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil . / Josefa Maria Jesus. – Palmas, TO, 2021.

103 f.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) Profissional em Gestão de Políticas Públicas, 2021.

Orientador: Waldecy Rodrigues

1. Histórico de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) . 2. Aplicação do Método Delphi. 3. A Institucionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). 4. A Evolução da PNEPS. I. Título

CDD 350

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

JOSEFA MARIA DE JESUS

**ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS:
A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM
SAÚDE NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Políticas Públicas, foi avaliada para obtenção do título de Mestre em Gestão de Políticas Públicas, e aprovada em sua forma final pelo Orientador e pela Banca examinadora.

Data de Aprovação ____/____/____

Banca examinadora:

Prof. Dr. Orientador
Universidade Federal

Prof. Dr.
Universidade Federal

Prof. Dr.
Universidade Federal

AGRADECIMENTOS

Assim como nos disse a poetisa Cora Coralina, “Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas. Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove. E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida”.

Neste espaço, celebro e reconheço aqueles/as que mesmo em tempos adversos contribuíram de múltiplas formas com a produção de um cuidado inspirador nas trilhas e busca de sentidos para esta pesquisa. Para aqueles/as que construíram junto com a pesquisadora um caminho mais leve na produção de saberes agregadores, provisórios, problematizadores e possíveis no campo da Educação Permanente em Saúde. Para aqueles/as que teceram esperanças e alimentaram minha coragem para prosseguir neste processo artesanal, desafiador e criativo que é o pesquisar. Isto posto, agradeço com profundo respeito:

Aos/as Gestores da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, pela liberação de parte da minha carga horária de trabalho para cumprir as tarefas deste mestrado;

Ao meu orientador Prof. Dr. Waldecy Rodrigues, pela paciência, tranquilidade e competência na condução das atividades de orientação, bem como pelo incentivo e confiança no meu trabalho, a quem sou eternamente grata pelos conhecimentos adquiridos;

À minha filha Lívia, pela parceria, por acreditar na minha capacidade de enfrentar desafios, pelas diversas trocas e escutas e por me apoiar nas escolhas que faço na vida;

Ao José Augusto de Oliveira pela parceria e ao Marcelo Ramos pela parceria e cumplicidade no início das atividades do mestrado;

Ao Júlio Moraes por todas as contribuições durante as nossas jornadas de trabalho e nas trilhas da vida;

Ao Ricardo Ceccim pela brilhante participação em diversas etapas desta pesquisa e ao Jander Nogueira pelo apoio acadêmico;

À Elisabet Lelo pela disponibilidade, agilidade e assertividade nas suas ponderações relativas à gestão de políticas públicas de saúde;

À amiga e colega de trabalho Aparecida Timo, uma das memórias vivas da Pneps no âmbito federal, a quem sou grata pela disponibilidade em contribuir nas discussões, problematizações e nos resgates históricos referentes à institucionalização da Pneps;

À Adriana Fortaleza pela valiosa contribuição durante todo o processo da pesquisa;

À Ivalda Rodrigues pelas dicas e ajuda durante a construção do projeto de pesquisa;

Aos/as participantes da pesquisa que gentilmente dedicaram parte do seu tempo para partilhar os seus saberes e dar sentido a esta trilha;

Às amigas e colegas de trabalho, Denise Fernandes e Vitoria Eugênia pelo apoio durante a construção da dissertação;

Ao Jetro Júnior e Felipe Farias pelas parcerias e contribuições nos percursos da pesquisa;

Aos amigos e colegas do Ministério da Saúde que partilharam comigo seus conhecimentos sobre o SUS durante esses sete anos de trabalho;

Aos colegas da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, e, em especial, aos que se estiveram presentes de diferentes forma nas trilhas deste percurso: Adriana Fortaleza, Alberto Lopes, Ana Medeiros, Ana Paula Schiavone, Ana Raquel Santiago, Arthur Oliveira, Bárbara leite, Bethânia Ramos ,Carla Monclar, Catherine Rocha, Cidalia Luna, Claudio Henrique, Cleane Tavares, Cristiano Araújo, Denise Ribeiro, Êlcio Oliveira, Eliane Assis, Estela Adília, Fabiana Lima, Gabriela Brasil, Greycy Kelly, Gustavo Hoff, Ivanildes Rezende, José Eudes Vieira, Juliana Ferreira, Lanusa Ferreira, Márcio Lânio, Marcos Pelico, Maria Carmen, Monica Sampaio, Musa Denaise, Roberta Marinho, Rosani Pagani, Thais Oliveira, Valeria Mariana e Wandrey Braga.

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo principal avaliar a trajetória da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps) no Brasil, de acordo com a percepção dos atores representativos desta política pública. Busca, também, sistematizar as etapas do processo de implantação e implementação da Pneps; identificar os “nós críticos” que dificultam a execução das suas ações; analisar seus processos de institucionalização por meio da criação/atuação dos espaços de articulação interinstitucional e intersetorial; avaliar a relevância da Pneps nos estados e seus impactos sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista o tempo decorrido de 16 anos da sua institucionalização (2004) até o período de realização deste estudo (2020). Utilizou-se o método qualitativo com características descritivas e documental. Para compor a análise, foram percorridas as seguintes etapas: realização de pesquisas documental; pesquisa bibliográfica e entrevistas estruturadas com aplicação de questionários. A investigação da evolução da Pneps foi realizada com base em estudos publicados entre o período de 2005 a e 2017. Efetuou-se, também, a-análise dos 27 Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) referentes ao exercício a partir de 2019. A amostra da pesquisa aplicada foi composta por 20 especialistas (gestores estaduais/municipais, gestores federais e acadêmicos). Os dados encontrados foram avaliados quanto a três dimensões: Articulação; Implementação e Impactos da Pneps de acordo com a percepção dos atores selecionados para participar da pesquisa. Os resultados obtidos com esta investigação mostraram que: há necessidade de construção/estabelecimento de um instrumento/roteiro com o elenco de informações que deverão compor todos os PEEPS; a inexistência de recursos financeiros para a execução dessa Política impacta negativamente na sua institucionalização/execução, embora, a existência e/ou repasses de recursos regulares não garantam a sua execução; a Política encontra-se frágil quanto à sua implementação. Referente aos impactos, constatou-se que a Pneps oportunizou o estreitamento da relação entre os serviços de saúde e as instituições de ensino e promoveu mudanças significativas nos processos de trabalho em equipes independentemente da sua composição.

Palavras chave: Educação Permanente. Processo de Trabalho. Método Delphi.

ABSTRACT

The main objective of this study is to evaluate the trajectory of the National Policy for Permanent Health Education (Pneps) in Brazil, according to the perception of the representative actors of this public policy. It also seeks to systematize the stages of the Pneps implementation and implementation process; identify the “critical nodes” that hinder the execution of your actions; analyze its institutionalization processes through the creation/action of spaces for interinstitutional and intersectoral articulation; evaluate the relevance of Pneps in the states and its impacts on the Unified Health System (SUS), considering the time elapsed from its institutionalization (2004) to the period of this study (2020). The qualitative method with descriptive and documentary characteristics was used. To compose the analysis, the following steps were taken: carrying out documentary research; bibliographical research and structured interviews with application of questionnaires. The investigation of the evolution of Pneps was carried out based on studies published between the period 2005 and 2017. The analysis of the 27 State Plans for Continuing Health Education (PEEPS) for the year from 2019 onwards was also carried out. The applied research sample consisted of 20 experts (state/municipal managers, federal and academic managers). The data found were evaluated according to three dimensions: Articulation; Implementation and Impacts of Pneps according to the perception of the actors selected to participate in the research. The results obtained from this investigation showed that: there is a need to build/establish an instrument/script with the list of information that should comprise all PEEPS; the inexistence of financial resources for the execution of this Policy negatively impacts its institutionalization/execution, although the existence and/or transfers of regular resources do not guarantee its execution; the Policy is fragile in terms of its implementation. Regarding the impacts, it was found that Pneps provided the opportunity for a closer relationship between health services and educational institutions and promoted significant changes in the work processes in teams, regardless of their composition.

Keywords: Permanent Education. Work Process. Delphi method.

RESUMEN

El objetivo principal de este estudio es evaluar la trayectoria de la Política Nacional de Educación Permanente en Salud (Pneps) en Brasil, según la percepción de los actores representativos de esta política pública. También busca sistematizar las etapas del proceso de implantación e implementación del Pneps; identificar los “nodos críticos” que dificultan la ejecución de sus acciones; analizar sus procesos de institucionalización a través de la creación/acción de espacios de articulación interinstitucional e intersectorial; evaluar la relevancia del Pneps en los estados y sus impactos en el Sistema Único de Salud (SUS), considerando el tiempo transcurrido de 16 años de su institucionalización (2004) hasta el período de este estudio (2020). Se utilizó el método cualitativo con características descriptivas y documentales. Para componer el análisis se dieron los siguientes pasos: realización de una investigación documental; investigación bibliográfica y entrevistas estructuradas con aplicación de cuestionarios. La investigación de la evolución del Pneps se realizó a partir de estudios publicados entre el período 2005 y 2017. También se realizó el análisis de los 27 Planes Estaduales de Educación Continua en Salud (PEEPS) del ejercicio de 2019 en adelante. La muestra de la investigación aplicada estuvo conformada por 20 especialistas (autoridades estatales/municipales, federales y académicos). Los datos encontrados se evaluaron según tres dimensiones: Articulación; Implementación e Impactos de la Pneps según la percepción de los actores seleccionados a participar en la investigación. Los resultados obtenidos con esta investigación mostraron que: existe la necesidad de formular/establecer un instrumento/esquema con la lista de información que debe comprender todos los PEEPS; la inexistencia de recursos financieros para la ejecución de esa Política impacta negativamente en su institucionalización/ejecución, aunque la existencia y/o transferencias de recursos ordinarios no garantizan su ejecución; la Política encontrase frágil en cuanto a su implementación. En cuanto a los impactos, se encontró que el Pneps brindó la oportunidad de una relación más cercana entre los servicios de salud y las instituciones educativas y promovió cambios significativos en los procesos de trabajo en equipos, independientemente de su composición.

Palabras clave: Educación permanente, Proceso de Trabajo. Método Delph.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CES	Conselho Estadual de Saúde
CF	Constituição Federal
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIES	Comissões de Integração Ensino-Serviço
CIRH	Comissão Intersetorial de Recursos Humanos
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
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
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DEGTS	Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
FSESP	Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública
GM	Gabinete do Ministro
IAP	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IAPAS	Instituto Nacional de Previdência Social
IES	Instituições de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MAC	Média e Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde

NEPS	Núcleos de Educação Permanente em Saúde
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOB/RH/SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PAREPS	Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde
PEEPS	Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PRO EPS-SUS	Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação ne Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 METODOLOGIA	15
2.1 Pesquisa Documental.....	16
2.2 Pesquisa Bibliográfica.....	17
2.3 Aplicação do método Delphi	18
2.4 Análise dos dados do método Delphi	22
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
3.1 Histórico de criação do Sistema Único de Saúde (SUS)	23
3.2 Marcos legais para a criação do SUS	26
3.3 Competências do SUS	28
3.4 Recursos humanos no SUS	29
4 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (PNEPS).....	32
4.1 De onde vem o termo Educação Permanente em Saúde?	32
4.2 Linha do tempo para a institucionalização da Pneps	36
5 A EVOLUÇÃO DA PNEPS	41
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES	57
6.1 Análise dos Planos Estaduais de Educação Permanente nos estados brasileiros	57
6.2 Aplicação do Método Delphi na Avaliação da Política Pública de Educação Permanente no Brasil	65
7 CONCLUSÃO	88
REFERÊNCIAS	92
APÊNDICE	97

1 INTRODUÇÃO

As políticas públicas no Brasil incluem ações para o enfrentamento de problemas da sociedade e interesses de diversos atores que discutem, reivindicam e constroem argumentos para defender ideias e valores que influenciam e definem a configuração de uma política nos diferentes territórios. Na década de 1990, com a aprovação da Norma Operacional Básica (NOB) 96, que tem por finalidade promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios, algumas políticas foram formuladas com a utilização de mecanismos de indução de cunho financeiro com vistas ao fomento e alcance dos objetivos almejados (BRASIL,2009).

Nas concepções de Carvalho, Merhy e Souza (2019), o Ministério da Saúde desponta como o protagonista principal no processo de formulação da maioria das políticas públicas de saúde. Os referidos autores destacam ainda que, embora tenha ocorrido avanços ao lançar mão dos mecanismos de indução de cunho financeiro para a formulação de algumas políticas públicas, alguns avanços procedentes da utilização desses mecanismos, dentre eles, a definição de um piso para as ações de Atenção Básica, o Piso de Atenção Básica (PAB) fixo e variável; incentivos de média e alta complexidade (MAC) vinculados à produção; incentivos da Vigilância à Saúde, “o distanciamento e a dicotomia entre a formulação e a execução dessas políticas de saúde; e o engessamento e rigor dos padrões exigidos, sem olhar a diversidade e necessidades das regiões” vem gerando dificuldades na gestão das políticas (CARVALHO; MERHY; SOUZA, 2019, p. 12).

Entende-se que uma política pública é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público. No que concerne ao protagonismo no estabelecimento de uma Política Pública, Secchi (2014) pontua que alguns autores defendem a Abordagem multicêntrica em quanto outros defendem a Abordagem estatista. A abordagem multicêntrica possui como característica o foco na origem do problema, ou seja, o importante não é quem formula a política, que pode ser qualquer um, mas a origem do problema a ser enfrentado. “Uma política recebe este adjetivo se tem de responder a um problema público” (LIMA, 2012, p.1 apud Secchi 2014).

A abordagem estatista ou estadocêntrica (state-centeredpolicy-making) considera as políticas públicas, analiticamente, monopólio de atores estatais (SECCHI, 2014, p. 2). Segundo esta concepção, o que determina se uma política é ou não ‘pública’ é a personalidade jurídica

do ator protagonista. O autor cita o conceito de política pública no dicionário de ciência política, destacando como primeiro elemento definidor: “a política é elaborada ou decidida por autoridade formal legalmente constituída no âmbito de sua competência e é coletivamente vinculante”. Ou seja, é política pública somente quando emanada de ator estatal.

A avaliação da política pública é o “processo de julgamentos deliberados sobre a validade de propostas para a ação pública, bem como sobre o sucesso ou a falha de projetos que foram colocados em práticas” (ANDERSON, 1979 apud SECCHI, 2014, p. 711). Na concepção de Secchi (2014), a avaliação é a fase do ciclo de políticas públicas que corresponde ao exame do processo de implementação, cuja finalidade é colocar o desempenho, o nível de redução do problema que motivou a implementação da política.

Para avaliar uma política pública, é necessário definir os indicadores e critérios, que são amparados por mecanismos lógicos, servindo de base para escolhas ou julgamentos. Dessa forma, os critérios são fundamentados em “entendimentos valorativos da realidade e abastecem o avaliador de parâmetros para julgar se uma política pública funcionou bem ou mal” (SECCHI, 2014, p. 63).

No que concerne aos processos de avaliação de políticas públicas, estes podem ser realizados com a utilização das seguintes conotações: jurídica ou legal, técnica ou gerencial ou política. A avaliação que tem como foco os aspectos jurídicos, está mais centrada em verificar até que ponto os princípios da legalidade e da eficiência administrativa foram atingidos. Já a avaliação que privilegia os aspectos técnicos/ gerenciais, concentra atenção no nível de consecução de metas (eficácia), economicidade, que consiste na menor utilização de recursos e na eficiência econômica de um sistema, programa ou política. A avaliação com conotação política privilegia aspectos da percepção dos destinatários da política pública, a legitimidade do processo de elaboração, a participação de atores nas diversas etapas de construção e implementação de uma política pública, considerando os impactos gerados no macroambiente (SECCHI, 2014, p. 62, 63).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps) instituída pela Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, orienta para que a Educação Permanente seja compreendida como “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2004a). Ainda de acordo com o disposto nesta Portaria, os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde devem ser elaborados e desenvolvidos a partir das necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, e estabelecer como objetivos, a transformação das

práticas profissionais e da própria organização do trabalho, estruturadas a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2009).

Dessa forma, esse estudo é relevante por viabilizar a avaliação da trajetória de uma política que estabelece como pressuposto a centralidade nos processos de trabalho para nortear as atividades de qualificação dos trabalhadores da saúde. Nessa direção, pretende-se avaliar a trajetória da Pneps, considerando o tempo decorrido de 16 anos da sua institucionalização, e apresentar uma análise da situação atual da Pneps a partir da narrativa e da experiência dos participantes desta pesquisa.

Este trabalho tem como principal objetivo avaliar a trajetória da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil de acordo com a percepção dos atores representativos desta política pública. E especificamente pretende: sistematizar as etapas do processo de implantação e implementação da Pneps; identificar os “nós críticos” que dificultam a execução das ações da Pneps; analisar os processos de institucionalização da Pneps por meio da criação/atuação dos espaços de articulação interinstitucional e intersetorial; avaliar a relevância da Pneps nos Estados e seus impactos sobre o Sistema Único de Saúde (SUS).

A estrutura deste estudo está assim conformada: Introdução; Metodologia; Objetivo geral e específicos; Referencial Teórico; Estudos e Discussões sobre a Pneps; Resultados e discussões; Conclusão.

2. METODOLOGIA

O método utilizado para realizar este estudo foi a abordagem qualitativa com características descritiva e documental. Desse modo, o trabalho está assim estruturado: pesquisa documental; pesquisa bibliográfica e entrevistas estruturadas com aplicação de questionários. Também foi utilizada a análise de conteúdo para qualificar o processo de análise e descrição dos dados obtidos com a aplicação do questionário estruturado. A abordagem qualitativa nessa linha de pesquisa, mostra-se pertinente à medida que se pretende apresentar como resultado deste estudo, o cenário atual da Pneps a partir da percepção de autores implicados com o tema da Educação Permanente em Saúde no Brasil.

A pesquisa qualitativa trabalha com a intensidade dos fenômenos, o tratamento dos dados coletados nesta abordagem considera singularidades e significados. Para Minayo (2017, p. 2), a pesquisa trabalha com a atenção centrada na dimensão sociocultural que se expressa por meio de crenças, valores, opiniões, representações, formas de relação, simbologias, costumes, comportamentos e práticas. Diante da pergunta “em que medida as interlocuções individuais que se obtêm no campo podem ser compreendidas como revelações do grupo?” Minayo se utiliza de três contribuições:

a) Individualidade: cada individualidade é manifestação do viver total, embora não seja a totalidade do viver; cada individualidade deve ser apreciada, não deve ser considerada absoluta; a narrativa necessita ser balizada pelo pensamento do outro, que é também reveladora do grupo no qual está inserido.

b) Habitus: dispositivo que auxilia a pensar as características de uma experiência biográfica, a partir de uma identidade social que orienta o indivíduo, ora consciente ora inconscientemente, cujo sujeito apresenta-se como uma síntese complexa de seu contexto sócio-histórico, dotado de uma configuração social exterior a ele.

c) Abordagem configuracional: a sociedade e os grupos são vistos como espaços de interações e de redes intercomunicantes, de forma a conciliar identidades pessoais e sociais. Ao entrevistar um indivíduo de um grupo, o depoimento dele é ao mesmo tempo um depoimento pessoal e coletivo.

A abordagem qualitativa considera a subjetividade das informações coletadas por meio das entrevistas. Essa etapa da investigação trabalha com “universo de significados mais profundos das relações, dos processos e dos fenômenos, nessa abordagem [...] o foco é no

entendimento da intensidade vivencial dos fatos e das relações humanas, sobre a realidade social”. Já os estudos quantitativos se dedicam a conhecer e a explicar a magnitude de tais fenômenos. As duas dimensões são importantes, particularmente quando combinadas (MINAYO, 2018).

2.1 Pesquisa Documental

A pesquisa documental é similar à pesquisa bibliográfica. O que diferencia uma da outra é a natureza das fontes. Para a pesquisa bibliográfica, busca-se contribuições de diferentes autores que escrevem sobre o tema e deve atentar-se para as fontes secundárias. Na Análise documental recorre-se a materiais que ainda não receberam tratamento analítico. Dessa forma, “o trabalho do pesquisador (a) requer uma análise mais cuidadosa, visto que os documentos não passaram antes por nenhum tratamento cinético” (OLIVEIRA, 2007 apud SÁ SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009, p. 6). Este é o momento adequado para reelaborar conhecimentos e buscar elementos para compreender os fenômenos. É condição necessária que os fatos sejam mencionados, visto que constituem os objetos de pesquisa, “mas, por si mesmos, não explicam nada” (SÁ SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009, p.10).

Para os autores anteriormente mencionados, o investigador deve interpretá-los, sintetizar as informações, determinar tendências e na medida do possível fazer a inferência. É imprescindível que, em todas as etapas de uma análise documental, seja avaliado o contexto histórico no qual o documento foi produzido, a conjuntura sócio-política do autor do documento e daqueles para quem os documentos foram destinados. De acordo com os autores, o pesquisador não pode abster-se de conhecer a conjuntura socioeconômico-cultural e política que propiciou a produção de um determinado documento. Tal conduta, explicam, possibilita apreender os esquemas conceituais dos autores, seus argumentos e reações, possibilitando ainda, identificar as pessoas, grupos sociais, locais e os fatos por eles mencionados (SÁ SILVA, ALMEIDA, GUINDANI, 2009, p.10).

Nesta etapa da pesquisa foi realizada a análise de documentos oficiais, (Marcos Legais de criação da Política, Portarias, leis e decretos) e outros documentos institucionais, (Relatórios Técnicos de Oficinas Nacionais e Regionais). Ademais, apresentaremos a análise dos Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde, correspondente ao período de 2019 a 2022. Com as informações coletadas nos documentos supracitados, realizou-se a estruturação do estudo

com base nas diretrizes da Política objeto deste estudo. Desse modo, o elenco de questões inseridas no instrumento (questionário da pesquisa), foi elaborado de acordo com as orientações estabelecidas nas normativas de implantação e implementação da Pneps.

2.2 Pesquisa Bibliográfica

A pesquisa bibliográfica é um procedimento metodológico que oferece ao pesquisador a possibilidade de buscar respostas para seu problema de pesquisa, consiste no exame bibliográfico para levantamento e análise do que já está escrito/produzido sobre o tema a ser pesquisado. Para Lima e Miotto (2007), o método apresenta-se também como um desenho metodológico de aproximações sucessivas, considerando que a flexibilidade na apreensão dos dados de modo que garante o movimento dialético no qual o objeto de estudo pode ser constantemente revisto. As autoras destacam as fases de um procedimento contínuo onde cada etapa pressupõe a que a precede e se completa na seguinte, quais sejam:

1) Leitura do material bibliográfico – consiste em fazer uma leitura rápida com o objetivo de localizar e selecionar o material que apresente informações e/ou dados referentes ao tema. Momento de incursão em bibliotecas e bases de dados para a localização de obras relacionadas ao tema.

2) Leitura exploratória – também se constitui em uma leitura rápida cujo objetivo é verificar se as informações e/ou dados selecionados interessam de fato para o estudo; essa etapa requer conhecimento sobre o tema. Momento de leitura dos sumários e de manuseio das obras, para comprovar de fato a existência das informações que respondem aos objetivos propostos.

3) Leitura seletiva – procura separar o material que realmente interessa, relacionando-o diretamente aos objetivos da pesquisa. Momento de seleção das informações e/ou dados pertinentes e relevantes.

4) Leitura reflexiva ou crítica – estudo crítico do material orientado por critérios determinados a partir do ponto de vista do autor da obra, tendo como finalidade ordenar e sumarizar as informações ali contidas. Momento de compreensão das afirmações do autor e do porquê dessas afirmações.

5) Leitura interpretativa – é o momento mais complexo e tem por objetivo relacionar as ideias expressas na obra com o problema para o qual se busca resposta. Implica na interpretação das ideias do autor, acompanhada de uma inter-relação destas com o propósito do pesquisador.

Ressalta-se que a revisão de literatura é um pré-requisito para a realização de qualquer pesquisa, considerando que o material produzido pelos pesquisadores, já receberam um tratamento científico e, portanto, apresentam-se como principal caminho a ser trilhado para qualificar e respaldar o objeto da pesquisa (LIMA; MIOTO, 2007, p. 44). Nesse sentido, durante a realização desta etapa do estudo, realizou-se consultas nas bases bibliográficas “SciELO” e em outras bases de conteúdos científicos com a finalidade de compor a revisão da literatura sobre o tema da Pneps no Brasil. Para este estudo, utilizou-se o intervalo de tempo correspondente ao período de 2005 a 2019.

No processo de busca de referenciais para compor esta etapa da pesquisa, utilizou-se a palavra-chave: Educação Permanente em Saúde. Convém esclarecer que foram feitas leituras analíticas dos artigos selecionados, com o propósito de identificar e apropriar-se das discussões e estudos realizados sobre a institucionalização da Pneps, bem como identificar potencialidades e fragilidades nos processos de gestão e de desenvolvimento de ações de EPS nos diversos territórios.

Pontua-se ainda que durante o processo de seleção dos artigos para compor este estudo, foram priorizados aqueles que denotaram sintonia com o problema desta pesquisa. Como resultado desta etapa, serão apresentados estudos publicados nos períodos de 2005 a 2017 cujas discussões abordaram os temas: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde; análise da realidade da educação permanente dos serviços públicos de saúde de um município do Brasil; a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço na gestão da Pneps; a evolução da organização, articulação e pactuação das diretrizes da Pneps; análise do papel das CIES no desenvolvimento da Pneps; aspectos de implementação da Pneps nas Escolas de Saúde Pública do Brasil.

2.3 Aplicação do método Delphi

Para este estudo, foi utilizado o método Delphi, que é definido como “um método para estruturar um processo de comunicação coletiva de modo que este seja efetivo, ao permitir a um grupo de indivíduos, como um todo, lidar com um problema complexo” (LINSTONE;

TUROFF, 2002 apud MARQUES; FREITAS, 2018). De acordo com Facione (1990 apud MARQUES; FREITAS, 2018, p. 290), uma variedade de tipologia Delphi não deixa construir uma definição muito fechada ou explícita, no entanto, o mais comum é estarmos perante utilizações com o objetivo de “encontrar consenso fundamentado entre um grupo de especialistas em relação a um determinado assunto ou problema”.

O Delphi é uma técnica de investigação que permite reunir um conjunto de opiniões de especialistas, é um método rico, que permite além da prospecção de opiniões, o fomento de consensos e a identificação de pontos de desacordo. Permite utilizar o potencial de especialistas de diferentes campos do conhecimento e a busca de soluções, previsões ou caracterização de problemas multidimensionais. Favorece ouvir, de forma anônima, as opiniões dos diferentes atores, evitando constrangimentos, conflitos e outros vieses (MARQUES; FREITAS, 2018).

Na concepção de Giovinazzo e Fischmann (2001), segundo Loures (2002), (...) o Delphi Eletrônico incorpora todas as premissas características de um Delphi tradicional, ou seja, é mantido o anonimato dos respondentes, pelo preenchimento do questionário em um formulário no site da Internet; a representação estatística da distribuição dos resultados também é realizada, pela tabulação e tratamento estatístico dos resultados; e o feedback de respostas ao grupo participante para reavaliação nas rodadas subsequentes, sendo os resultados da primeira rodada divulgados na Internet, para que possam ser considerados pelo grupo no preenchimento da segunda rodada.

Os três elementos de destaque do método Delphi em conformidade com Vichas (1982), são: o anonimato; o feedback controlado e o tratamento estatístico das respostas do grupo. No anonimato, o grupo de especialistas não sabe quem está participando da pesquisa. No Feedback controlado, para cada rodada de questionários os participantes devem ter acesso às respostas dos outros participantes, o objetivo é permitir que cada um reflita antes de responder à próxima rodada de perguntas e possam mudar suas opiniões na hipótese de haver acordo com as opiniões de outros participantes. O tratamento estatístico das respostas do grupo denota que a opinião de cada participante é avaliada, considerada e inserida em registros computacionais (LOURES, 2002).

Para realização desta pesquisa foram percorridas as seguintes etapas:

- 1) Definição do objetivo da pesquisa - com essa pesquisa pretende-se apresentar o cenário atual da gestão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps) a partir da percepção de atores envolvidos com a gestão dessa Política nos diversos territórios do Brasil.

2) Elaboração do questionário para a primeira rodada – para realizar essa etapa, tomou-se como base as diretrizes da Pneps e os principais achados nas leituras de artigos com relatos de pesquisas e estudos sobre a implementação da Pneps publicados na base de dados “SciELO”. Ainda nessa direção, foi feita a leitura de Relatórios Técnicos disponíveis no DEGES/SGTES/MS com conteúdos sobre a gestão da Pneps nos estados brasileiros, as referidas informações foram coletadas a partir de levantamentos realizados pela equipe técnica do DEGES, consultou-se também resumos de oficinas realizadas no Distrito Federal para discutir temas relacionados à gestão da Pneps. Nesse sentido, a verificação do conjunto de documentos acima mencionados foi essencial, uma vez que norteou a identificação dos principais pontos de discussão em relação à gestão da Política, considerando que os achados embasaram a formulação das perguntas para compor questionário da pesquisa. As questões elaboradas (questionário online) abordam os seguintes elementos de discussão: a institucionalização da política, o conceito de EPS, os processos de integração ensino serviço, o protagonismo das equipes de atenção à saúde no desenvolvimento de ações de EPS, aprendizagem significativa e as mudanças nos processos de trabalho, o planejamento das ações de EPS e nos territórios, os repasses de recursos pelo MS para a gestão da Pneps, a institucionalização e a atuação das CIES, as Residências em Áreas Profissionais da Saúde, regionalização das ações de EPS, a atuação dos Núcleos de EPS (NEPS) e a participação do controle social nas discussões das ações da Política.

3) Validação do instrumento (questionário online) - o roteiro de perguntas foi composto por 14 (catorze) questões com perguntas fechadas com 6 (seis) opções de respostas: 1. Discordo totalmente; 2. Discordo parcialmente; 3. Não concordo nem discordo; 4. Concordo parcialmente; 5. Concordo totalmente; 6. Não se aplica. Por entender a importância de conhecer os reais motivos que levaram os especialistas participantes da pesquisa a optarem por determinadas respostas, foi acrescido no questionário, o campo “justifique sua resposta”, a ênfase dada a esse item, está alicerçada na compreensão de que os conteúdos das justificativas apresentadas pelos integrantes do grupo de especialistas respondentes da pesquisa, são elementos essenciais para promover o debate acerca das questões abordadas. Após concluída a elaboração do questionário da pesquisa, foi feita a calibragem para verificar a existência de eventuais erros, e/ou questões dúbias, nessa continuidade, o instrumento foi enviado para 4 participantes, após a devolutiva e a verificação final, foi feito o envio para todo o grupo de especialistas participantes da pesquisa.

4) Escolha dos participantes dessa pesquisa - os participantes foram escolhidos de modo intencional, cujos critérios utilizados foram: gestores institucionais nos âmbitos, federal, estadual e municipal com experiência na gestão da Pneps e, alguns dos principais autores com publicações de artigos científicos sobre o tema da Educação Permanente em Saúde, considerando as publicações feitas a partir do ano 2004 até os dias atuais. Inicialmente pensou-se em um grupo composto por 34 (trinta e quatro) participantes, no entanto, obtivemos retorno de 20 (vinte) especialistas das seguintes categorias: consultores, pesquisadores (mestre e doutores), gestores e profissionais de saúde que exercem atividades nas Secretarias Estaduais, Municipais e Distritais de Saúde no SUS.

5) Preenchimento do formulário – feito contato por telefone e por e-mail os profissionais escolhidos para participar da pesquisa para convidá-los e explicar o objetivo e o método da pesquisa. Posteriormente foi enviado e-mail contendo as informações sobre a pesquisa e o link para acessar o formulário online (ForSUS) para responder a pesquisa. O envio da primeira rodada foi feito na segunda quinzena de agosto de 2020, cujo retorno foi dado por 20 especialistas que responderam o questionário no respectivo formulário eletrônico.

6) Aplicação de estatística e análise dos resultados – nessa etapa foi feita a tabulação e a análise dos dados obtidos com a realização da 1ª rodada da pesquisa, utilizou-se como método a estatística descritiva simples, cujos resultados serão apresentados posteriormente no item resultados e discussões.

7) Envio do questionário para realizar a 2ª rodada da pesquisa - Consoante com o que preconiza o método Delphi, foi enviado para os participantes o feedback com os resultados obtidos na 1ª rodada, cujo objetivo foi propiciar aos especialistas respondentes, a revisão de suas opiniões diante dos posicionamentos e justificativas apresentadas pelos componentes do grupo. O envio do questionário para realizar a 2ª rodada foi feito de forma individualizada via e-mail, diferente da 1ª rodada quando foi feito o envio do link para todo o grupo acessar o formulário. Essa mudança se deu em razão da necessidade do envio de diferentes questões aos respondentes. Na mesma comunicação, foi enviada também a ficha por ele respondida na 1ª rodada com destaque nas questões a serem revistas. Desse modo, cada respondente recebeu um questionário, o painel consolidado com os percentuais obtidos de acordo com o posicionamento do grupo e a ficha com o registro de suas respostas na rodada anterior. Destaca-se que a finalidade do envio dos citados instrumentos aos respondentes teve o propósito de facilitar a revisão e comparação de suas respostas com as apresentadas no painel do grupo de especialistas

participantes da pesquisa, bem como checar os seus distanciamentos em relação ao grupo dominante.

8) Resultado da pesquisa - será apresentado na sequência desta dissertação.

2.4 Análise dos dados do método Delphi

A análise dos dados foi realizada com a utilização de ferramentas estatísticas disponíveis em software, por meio do procedimento de estatística descritiva dos dados coletados e análises dos conteúdos das justificativas apresentadas pelos respondentes do questionário da pesquisa.

A análise de conteúdo versa sobre o tratamento da informação contida nas mensagens. Trata-se, portanto, de um procedimento analítico que surge como um conjunto de técnicas de análises das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Porém, isso não é suficiente para definir a especificidade da análise de conteúdo, é preciso complementar os seguimentos de definições, colocando em evidência a finalidade (implícita ou explícita) de qualquer análise de conteúdo. “A análise não se limita ao conteúdo, embora tome em consideração o continente” (BARDIN, 1977, p. 34, 38).

Análise de conteúdo surge como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza a descrição dos conteúdos das mensagens. Para Bardin (1977), o tratamento descritivo da análise constitui-se como primeira etapa do procedimento, no entanto, esta etapa não deve caracterizar-se como um processo exaustivo da análise do conteúdo. “A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores, sejam eles quantitativos ou não” (BARDIN, 1977, p. 32, 34 e 38).

Para realizar a análise dos dados, fazendo uso desta metodologia, inclui-se a pré-análise, a descrição analítica dos dados e a interpretação inferencial (LINO et al., 2009). A análise de conteúdo tem como referência principal um conjunto de técnicas de análises da comunicação, que permitem a utilização de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos apresentados nas mensagens analisadas (VIELA JUNIOR; CARVALHO, 2005). Nessa perspectiva, pretende-se averiguar de forma atenta os conteúdos revelados pelos sujeitos desta pesquisa. Dessarte, no processo de análise dos resultados foram considerados também os elementos contidos nos relatos dos participantes desta pesquisa.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Histórico de criação do Sistema Único de Saúde (SUS)

Durante o período militar (1964-1984), o Sistema Nacional de Saúde implantado no Brasil teve como característica o predomínio financeiro das instituições previdenciárias e a supremacia de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde. A lógica centralista dominante nesse período e a supressão do debate sobre alternativas políticas na sociedade, permitiram que o governo militar implantasse reformas institucionais que afetaram profundamente a saúde pública e a medicina previdenciária. Entre 1968 e 1984, o autoritarismo competiu para o controle inflacionário e para o *boom* do crescimento, que nessa época chegou à taxa média de 10,9% ao ano. Os benefícios do crescimento eram distribuídos de modo desigual, considerando que metade da população economicamente ativa estava fora do mercado de trabalho, portanto, sem acesso a qualquer direito previdenciário (SCOREL et al., 2005).

Anterior à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS), com o apoio dos estados e municípios, desenvolvia ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias. Todas essas ações eram desenvolvidas com caráter universal, ou seja, sem nenhum tipo de discriminação com relação à população beneficiária. Na área de assistência à saúde, o MS atuava apenas por meio de alguns poucos hospitais especializados, nas áreas de psiquiatria e tuberculose, além da ação da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) em algumas regiões específicas, com destaque para o interior do Norte e Nordeste. Essa ação, também chamada de assistência médico-hospitalar, era prestada à parcela da população definida como indigente, por alguns municípios e estados e, principalmente, por instituições de caráter filantrópico. Essa população não tinha nenhum direito e a assistência que recebia era na condição de favor ou caridade. A atuação do poder público nessa área ocorria através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que depois passou a ser denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social (SOUZA, 2003).

O INPS foi o resultado da fusão dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (os denominados IAPs) de diferentes categorias profissionais organizadas (bancários,

comerciários, industriários, entre outros), que posteriormente foi desdobrado em Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Este último, tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados, o que justificava a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também da contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos, onde estava a maioria dos seus beneficiários.

A assistência à saúde desenvolvida pelo INAMPS beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, com “carteira assinada”, e seus dependentes, ou seja, não tinha o caráter universal que passa a ser um dos princípios fundamentais do SUS. Desta forma, o INAMPS aplicava nos estados, através de suas Superintendências Regionais, recursos para a assistência à saúde de modo mais ou menos proporcional ao volume de recursos arrecadados e de beneficiários existentes (SOUZA, 2003).

O movimento da Reforma Sanitária representou um marco na luta pelos direitos à Saúde. A expressão foi utilizada para acenar o elenco de ideias para operar mudanças e transformações avaliadas como primordiais na área da saúde, cujo objetivo era a garantia de melhores condições de vida à população. Nessa direção, grupos de médicos e outros profissionais implicados com a saúde pública no Brasil se engajaram em discussões políticas e contribuíram com ideias e construções de teses sobre o tema (PONTE; FALLEIROS, 2010).

No decurso do processo de mudanças e transformações na área da saúde, várias correntes uniram-se ao movimento pela reforma sanitária como protagonistas. O movimento estudantil teve um desempenho imprescindível na difusão das ideias do movimento de reformas e contribuiu para que diversos jovens estudantes se incorporassem a essa nova maneira de enxergar a saúde. As Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária, realizadas pela primeira vez em 1974, e os Encontros Científicos dos Estudantes de Medicina, em particular, os realizados entre 1976 e 1978, foram essenciais nesse sentido, por serem espaços tácitos pela repressão militar, que não reconhecia o caráter político das discussões realizadas nos referidos eventos (PONTE; FALLEIROS, 2010).

Entre os vários atores do movimento sanitário, destacaram-se também, os médicos residentes que trabalhavam sem carteira assinada e com demasiada carga horária. Esse movimento de reformas entrou também nos conselhos regionais, no Conselho Nacional de Medicina e na Associação Médica Brasileira e, conseqüentemente, as entidades médicas iniciam seus processos de aprimoramento (PONTE; FALLEIROS, 2010).

A criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976, configura-se como um acontecimento importante na luta pela reforma sanitária. A entidade nasce com o desígnio de se engajar na luta pela democracia e de se constituir como um espaço de divulgação do movimento sanitário, bem como de reunir pessoas cujas ideias estavam em consonância com os processos democráticos defendidos pelo Cebes e que realizavam projetos inovadores. Quando a ditadura chegou ao seu esgotamento, o movimento já tinha propostas. Assim, ao articular-se, o movimento construiu um documento denominado “Saúde e Democracia” este documento foi enviado para aprovação do Poder Legislativo (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 7).

Uma conquista bastante significativa da sociedade nesse período, era a transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde. A proposta era fazer essa mudança por meio das conferências de saúde, uma vez que era possível convidar a sociedade para participar e discutir (PONTE; FALLEIROS, 2010).

No Brasil, em 1985, encerra-se o Regime Militar com a eleição indireta do então senador Tancredo Neves e posse de seu vice, José Sarney, devido à morte do primeiro, nesse mesmo ano, também se desfizeram algumas de suas estruturas políticas autoritárias e realizaram-se eleições diretas para prefeito das capitais; no ano seguinte (1986), o Congresso Nacional encarregou-se de criar uma nova constituição que levasse de volta o país à plena democracia. O processo de redemocratização, no entanto, transcorreu em meio a uma crise econômica, que levou a planos econômicos emergenciais que visavam tirar o país da hiperinflação e fomentar o crescimento econômico (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 11).

Nesse contexto, a grande mobilização da sociedade pela reforma do sistema de saúde teve como marco a Oitava Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Em seus grupos e assembleias foram discutidas e aprovadas as principais demandas do movimento sanitarista: fortalecer o setor público de saúde, expandir a cobertura a todos os cidadãos e integrar a medicina previdenciária à saúde pública, constituindo assim um sistema único (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu em março de 1986, promovida pelo Ministério da Saúde, e contou com a participação de diferentes setores organizados da sociedade (ANDRADE, 2001). A grande novidade dessa conferência, segundo o que ressaltam Noronha, Lima e Machado (2008), foi a participação, pela primeira vez, das entidades da sociedade civil organizada de todo país como delegados eleitos, incluindo as representações sindicais, das associações de profissionais de saúde, de movimentos populares em saúde, do Cebes, da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (OLIVEIRA;

GRABOIS; MENDES JUNIOR, 2009). Em seus grupos e assembleias foram discutidas e aprovadas as principais demandas do movimento sanitário: fortalecer o setor público de saúde, expandir a cobertura a todos os cidadãos e integrar a medicina previdenciária à saúde pública, constituindo assim um sistema único.

As propostas da Reforma Sanitária resultaram, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS (PAIVA; TEIXEIRA, 2009, p. 25). Dessa forma, a criação do SUS acende as expectativas para apoiar ações que remetem à questão social, antevendo o protagonismo da participação popular na gestão pública, mesmo não sendo por via institucional, de forma a garantir que a população seja atuante no processo de construção de um projeto comum, fundamentado nos ideais democráticos.

3.2 Marcos legais para a criação do SUS

O SUS surge com a Constituição Federal (CF) de 1988 e é regulamentado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e outras, que definem princípios e diretrizes norteadoras do SUS e os recursos para sua viabilização, essas leis federais se desdobram e são replicadas nos níveis estaduais e municipais. O Art. 196 da CF estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2005).

A Lei 8.080/90 estabelece diretrizes para que o Sistema Único de Saúde seja organizado com comando único em cada esfera de governo e definiu o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União. Essa mesma lei definiu os objetivos do SUS: identificar e divulgar os condicionantes e determinantes da saúde; formular a política de saúde para promover os campos econômico e social, para diminuir o risco de agravos à saúde; fazer ações de saúde de promoção, proteção e recuperação integrando ações assistenciais e preventivas (BRASIL, 1990).

O Capítulo II da Lei 8.080/90 art. 7º estabelece entre os princípios do SUS a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”. Com o estabelecimento desse princípio, o Brasil passou a contar com um sistema público de saúde único e universal. O Art. 198 da CF define que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade (BRASIL, 1990).

O SUS é constituído com base nos preceitos constitucionais de acordo com os seguintes princípios:

Universalidade: é a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão, independentemente de cor, raça, sexo ou outras características pessoais. O indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, da mesma forma aos serviços contratados pelo poder público para prestar assistência à saúde da população (BRASIL, 2005).

Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades, sem que haja privilégios ou preconceitos, ou seja o SUS deve disponibilizar recursos e serviços de forma justa de acordo com as necessidades de cada um. Dessa forma, o que determina o tipo de atendimento é a complexidade do problema de cada usuário. Implica em implementar mecanismos de indução de políticas ou programas para populações em condições de desigualdade em saúde. Apesar de os cidadãos possuírem direito iguais de acesso aos serviços, essas pessoas não são iguais e, por essa razão, apresentam necessidades distintas. Portanto, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior (BRASIL, 2009).

Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. O princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. As ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde não podem ser fracionadas, atendendo ao disposto na norma, os serviços de saúde precisam reconhecer na prática que cada pessoa se constitui em um todo indivisível e integrante de uma comunidade, as ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde também não podem ser compartimentalizadas, assim como as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, configuram um sistema capaz de prestar assistência integral (BRASIL, 2005).

A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os Municípios. A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços de urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, por meio dos conselhos de saúde e das conferências de saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Essa lei institui os Conselhos e Conferências de Saúde e, legitima esses espaços como instâncias de participação social na gestão do SUS nas três esferas de governo (BRASIL, 2009).

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, deliberativos e permanentes do SUS, que fazem parte da estrutura das secretarias de saúde dos municípios, dos estados e do governo federal e são compostos por representantes do governo, dos usuários, dos profissionais de saúde e dos prestadores de serviços. Os conselhos são compostos por representantes de usuários do SUS (50%), trabalhadores da saúde (25%) e prestadores e gestores (25%). O SUS garante aos estados, Distrito Federal e municípios a autonomia para administrar os recursos da saúde, todavia, é imprescindível que cada região possua o seu conselho de saúde funcionando adequadamente (BRASIL, 2009).

As conferências de saúde acontecem, de forma ordinária, a cada 4 anos, são espaços institucionais onde os representantes de todas as esferas de governo e representantes do controle social reúnem-se com o desígnio e compromisso de analisar as políticas de saúde vigentes, bem como propor mudanças nessas políticas e diretrizes para a formulação de novas políticas de saúde. Nas conferências municipais de saúde são eleitos os representantes que participarão das conferências estaduais de saúde e nas conferências estaduais os representantes que participarão das conferências nacionais de saúde. Isto posto, apreende-se que a participação da comunidade nas ações de saúde nasce conectada à diretriz de universalização da saúde e anseia funcionar como mecanismo para garantir a aplicabilidade dessa mesma diretriz (BRASIL, 2009).

3.3 Competências do SUS

De acordo com o disposto no Artigo 200 da Constituição da República:

Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte,

guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 2005).

A vigilância sanitária tem por finalidade extinguir, reduzir e prevenir os riscos à saúde, bem como intervir nos problemas oriundos do meio ambiente, da produção de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, como: fazer o controle de bens de consumo que, de forma direta ou indireta, está relacionado com a saúde, nessa ação, são consideradas todas as etapas dos processos de produção, acesso e consumo; fazer o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde (BRASIL, 2009).

Algumas atividades de competência da vigilância sanitária são: ações de controle de pesquisa, registro e fiscalização de medicamentos, cosméticos, produtos de higiene pessoal, perfumes, equipamentos, prestação de serviços, produção e comercialização de alimentos.

Entende-se por vigilância epidemiológica o conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a capacidade de detectar ou prevenir “qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”. A finalidade das ações de vigilância epidemiológica é fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde, que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos (AITH, 2019).

3.4 Recursos humanos no SUS

No que diz respeito ao tema dos recursos humanos no SUS, a Lei n. 8.080/90 definiu em seu artigo 27 que a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal; valorização da dedicação exclusiva aos serviços do SUS (BRASIL, 1990).

Para ampliar o debate sobre recursos humanos no SUS, várias discussões foram realizadas com a participação de representantes dos diversos segmentos que integram a gestão participativa do SUS, cujos documentos produtos das discussões foram utilizados para

fundamentar as propostas da agenda de recursos humanos na saúde. De acordo com Ferraz et al. (2012), os aspectos discutidos na I e II Conferências Nacionais de Recursos Humanos da Saúde, realizadas em outubro de 1986 e setembro de 1993, embasaram a construção do documento propositivo que compôs a NOB/RH/SUS, apresentada na 10ª Conferência Nacional de Saúde.

A elaboração da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH/SUS), que estabeleceu os princípios e diretrizes para a NOB que teve como objetivo a discussão da centralidade do trabalho, do trabalhador, da valorização profissional e da regulação das relações de trabalho em saúde, foi um importante acontecimento para nortear os debates sobre os recursos humanos no SUS. Entretanto, apesar de se tratar de instrumentos normativos com definição de competências de cada esfera de governo e orientações para que estados e municípios pudessem assumir outras atribuições no processo de implantação do SUS, as Normas Operacionais do SUS (NOB/SUS e Normas Operacionais de Assistência à Saúde - NOAS/SUS), instituídas por meio de portarias ministeriais, pouco contribuíram na organização da área de recursos humanos nas três esferas de gestão. A partir da realização da 10ª Conferência Nacional de Saúde, a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), deu início às discussões para a elaboração dos “Princípios e Diretrizes para Gestão do Trabalho no SUS” e, no ano de 2003, o CNS¹ aprovou resolução para “aplicar os Princípios e Diretrizes da NOB/RH-SUS como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS (BRASIL, 2003, p 23).

A NOB/RH/SUS (2003), de acordo com os princípios e diretrizes nela descritos, estabelece ser da competência dos Gestores do SUS das três esferas de gestão: a elaboração de um diagnóstico da situação dos recursos humanos existentes em sua área de atuação; a elaboração de quadro de necessidades de recursos humanos para a implementação do respectivo Plano de Saúde e para a manutenção da estrutura gestora do SUS em cada esfera de governo; a realização de concurso público; a negociação da quantidade e do tipo de profissionais necessários e obrigatórios para a execução dos serviços conveniados/contratados, em acordo com os Conselhos das Profissões de Saúde; a nomeação de comissão paritária (governo e trabalhadores) para a elaboração ou revisão do respectivo Plano de Carreira, Cargos e Salários;

¹ As Conferências e os Conselhos de Saúde são instâncias colegiadas do SUS em cada esfera de governo, por expressa disposição legal. A lei conferiu ao Conselho o caráter permanente e deliberativo, cabendo-lhe a formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde, cujas decisões são homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do poder legislativo correspondentes. (BRASIL, 2003).

o encaminhamento de projeto de lei de criação ou reformulação do respectivo Plano de Carreira, Cargos e Salários ao Poder Legislativo (BRASIL, 2003).

Dando continuidade ao parágrafo anterior: a implementação do Plano de Carreira, Cargos e Salários do setor de saúde; a implementação da prática de incorporar tecnologias e equipamentos; a implementação da gestão e da gerência colegiadas (governo e trabalhadores) no respectivo sistema e nos serviços de saúde; a organização de Banco de Dados, Sistema de Informação e Comunicação dos Recursos Humanos da respectiva esfera de gestão do SUS; o estabelecimento de Acordo Coletivo de Trabalho com os trabalhadores da administração direta e indireta de sua esfera de atuação; a instauração de Processos Administrativos para apurar a responsabilidade de trabalhadores; a pactuação do financiamento da Política Nacional de Recursos Humanos do SUS na Comissão Intergestores Tripartite (CIT); o estabelecimento, de forma pactuada, na CIT, das decorrências para os casos de descumprimento da NOB/RH-SUS, por parte dos gestores; a definição de recursos financeiros específicos, nas leis de diretrizes orçamentárias e leis orçamentárias, para os respectivos fundos de saúde, que garantam o funcionamento de Núcleos ou Centros Formadores de Recursos Humanos para o SUS (BRASIL, 2003).

Ainda pode-se citar os seguintes princípios: a busca de cooperação técnica e financeira junto às instituições e organismos nacionais e internacionais; a negociação junto aos outros órgãos da respectiva esfera de governo; recursos dos respectivos orçamentos anuais, para a implementação e funcionamento dos Serviços de Saúde Ocupacional dos Trabalhadores Públicos; a providência de condições dignas de trabalho, implementando ações de biossegurança específicas; a instituição e manutenção de Comissões Locais de Saúde Ocupacional do Trabalhador do SUS (por local de trabalho); a instituição de normas e protocolos para garantir a assistência integral à saúde dos trabalhadores do SUS no sistema; a apresentação ao respectivo Conselho de Saúde, para discussão e deliberação, da política de Gestão do Trabalho da respectiva esfera de gestão do SUS; a indicação de representantes para participar da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH) do respectivo Conselho de Saúde; a convocação das Conferências de Recursos Humanos, na respectiva esfera de gestão (BRASIL, 2003).

4 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (PNEPS)

4.1 De onde vem o termo Educação Permanente em Saúde?

Os conceitos de educação na saúde e educação em saúde conforme definido no glossário eletrônico da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS): a educação na saúde, versa sobre a produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular; a educação em saúde, diz respeito às ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde. Ressalta-se, portanto, que a educação em saúde deve contribuir para o incentivo à gestão social da saúde, na medida em que potencializa o exercício do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde para que esses respondam às necessidades da população (BRASIL, 2013, p. 21).

De acordo com Feuerwerker (2014) a ideia da educação permanente foi produzida na Europa no campo da educação nos anos 30 e, ganhou força nos anos 60, a ideia estava sempre associada a iniciativas que envolviam a aprendizagem de adultos em momentos de reestruturação produtiva e necessidade de reposicionar grandes contingentes de pessoas no mercado de trabalho em função da intensificação da industrialização e da urbanização. Feuerwerker (2014) afirma que, nos anos 60, Pierre Furter foi um dos educadores a trabalhar densamente na construção dessa ideia, reconhecendo que já havia várias formulações em torno da educação permanente, ele destacava como ideias-força de um novo tempo:

O homem está em permanente construção e em suas relações no cotidiano sempre produzem conhecimentos/sabedoria que interferem em suas possibilidades de conduzir a vida. O saber científico é somente uma parte desse universo de saberes possíveis e válidos. E a aprendizagem escolar é somente uma das possibilidades para a construção de saberes. Os adultos mobilizam-se por buscar novos saberes quando se deparam com problemas que consideram relevantes - para o trabalho ou para a vida. Qualquer processo educativo, dirigido a adultos, que se pretenda efetivo, deve ser desencadeado a partir da identificação de necessidades de aprendizagem por parte dos “educandos” e precisa dialogar com seus saberes prévios, tenham sido eles adquiridos sistematicamente por meio de processos educativos formais ou por meio de sua experiência cotidiana (FEUERWERKER, 2014, p. 92, 93).

Essa concepção dialoga com a formulação de Paulo Freire (1996 e 1974) “Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção”. (FREIRE, 2015, p. 25).

Lemos (2016) afirma que termo “educação permanente” surge pela primeira vez na França em 1955, e a oficialização do termo se deu no ano seguinte por meio de um documento do Ministro Educacional sobre o prolongamento da escolaridade obrigatória e da reforma do ensino público. No final da década de 1960 a educação permanente passou a ser difundida pela Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), fundamentada na teoria do capital humano, que considera a qualificação do fator humano como um dos meios mais importantes para a produtividade econômica e o desenvolvimento do país. A denominada Educação Permanente em Saúde (EPS) surge na década de 1980, cuja disseminação se deu por meio do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan Americana de Saúde (LEMOS, 2016).

Nas décadas de 80 e 90, estavam surgindo experiências inovadoras nos sistemas de saúde da América Latina. Um grupo de consultores da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) assumiu o compromisso de organizar documentos com a estrutura teórico e conceitual da educação permanente em saúde a partir dessas experiências (SANTOS; TENÓRIO; KICH, 2011, p. 18). Ainda de acordo com esses autores, a concepção de Educação Permanente em Saúde (EPS) como “a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho” foi estabelecida por Rovère (1994 apud SANTOS; TENÓRIO; KICH, 2011). O processo de ensino-aprendizagem, quando desenvolvido no trabalho, tende a fazer mais sentido para os trabalhadores, tendo em vista que as situações e desafios do cotidiano se tornam também objeto de exploração e investigação. Para Davini (1994 apud SANTOS; TENÓRIO; KICH, 2011), pensar a prática não deve ser um ato individual, mas sim, coletivo. A aprendizagem é moderada pela interação com as equipes de trabalho, pelas contradições sociais que ocorrem em dois níveis: em nível interior, quando o indivíduo relaciona imagens mentais do saber com as que provêm de sua experiência e, em nível exterior, quando confronta suas próprias ideias com outras diferentes (BRASIL, 2015).

Para Ceccim e Feuerwerker (2004), a possibilidade de transformar as práticas profissionais existe porque perguntas e respostas são construídas a partir da reflexão de trabalhadores e estudantes sobre o trabalho que realizam ou para o qual se preparam. Nessa direção, a educação permanente, pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações e é feita a partir dos problemas enfrentados na

realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já possuem (BRASIL, 2015). Já os autores Jaeger e Ceccim, (2004), afirmam que:

A lógica ou marco conceitual, de onde se parte para propor a educação permanente, é o de aceitar que formação e o desenvolvimento devem ser feitos de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, para que propiciem: a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem; o desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações de saúde; o trabalho em equipes matriciais; a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde; a constituição de práticas tecnológicas, éticas e humanísticas (BRASIL, 2004b, p. 10).

A definição de EPS adotada pelo Ministério da Saúde conforme estabelecida nos seus instrumentos legais, consiste na “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho”. A EPS fundamenta-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais e acontece no cotidiano do trabalho (BRASIL, 2007). As denominadas capacitações pontuais, na educação permanente em saúde, não exauram a noção e o conceito de educação para o trabalho técnico, posto que elas acontecem no cotidiano das equipes de trabalho e da gestão do trabalho. Portanto, é necessário promover a discussão “as novidades tecnológicas ou epidemiológicas e a integralidade da atenção à saúde, os protocolos de atenção à saúde e a clínica ampliada, criando, continuamente, processos de análise e de problematização” (JAEGER; CECCIM, 2004).

A educação permanente em saúde deve ser adotada como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde. Maria Alice Roschke (1997) traz para a roda a seguinte afirmação: o aprendizado pode ser comparado a um movimento dialético (papel do meio, da experiência) de evolução em espiral, que ajuda na transformação das estruturas cognitivas para a realização de novos e mais complexos processos de aprendizagem. Com essa assertiva, pode-se concluir que, o produto desse processo, “é sempre transitório, porque não tem fim, porque se justificam os processos de Educação Permanente e, finalmente, porque se pode trabalhar na perspectiva de processos de mudança com as pessoas e instituições” (BRASIL, 2015, p. 21).

A Educação Continuada é definida como: processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele (BRASIL, 2009, p. 130). A equipe responsável pela formulação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no ano 2003 destacou algumas diferenças entre Educação Permanente e Educação Continuada, conforme Quadro 1.

Quadro 1 - Proposta Política do DEGES/SGTES/MS

	Educação continuada	Educação Permanente
Pressuposto Pedagógico	O “conhecimento” preside/define as práticas.	As práticas são definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, organização do trabalho, etc.); a aprendizagem dos adultos requer que se trabalhe com elementos que “façam sentido” para os sujeitos envolvidos (aprendizagem significativa).
Objetivo principal	Atualização de conhecimentos Transformação das práticas.	Atualização de conhecimentos Transformação das práticas.
Público	Profissionais específicos, de acordo com os conhecimentos a trabalhar.	Equipes (de atenção, de gestão) em qualquer esfera do sistema
Modus operandi	Descendente. A partir de uma leitura geral dos problemas, identificam-se temas e conteúdos a serem trabalhados com os profissionais, geralmente sob o formato de cursos	Ascendente. A partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) enfrentados na atenção ou na gestão; possibilita a construção de estratégias contextualizadas que promovem o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e pessoas.
Atividades educativas	Cursos padronizados – carga horária, conteúdo e dinâmicas definidos centralmente. As atividades educativas são construídas de maneira desarticulada em relação à gestão, à	Muitos problemas são resolvidos/equacionados em situação. Quando necessárias, as atividades educativas são construídas de maneira ascendente, levando em conta as necessidades específicas de profissionais e equipes. As atividades educativas são construídas de maneira articulada com as medidas para reorganização do sistema (atenção – gestão – educação – controle social articulados), que

	<p>organização do sistema e ao controle social.</p> <p>A atividade educativa é pontual, fragmentada e se esgota em si mesma.</p>	<p>implicam acompanhamento e apoio técnico.</p> <p>Exemplos: constituição de equipes de especialistas para apoio técnico às equipes da atenção básica em temáticas específicas prioritárias; instituição de processos de assessoramento técnico para formulação de políticas específicas.</p>
--	--	---

Fonte: Brasil (2004, p. 14-15).

Com base nos conceitos de Educação Permanente em Saúde e de Educação Continuada e conforme as diferenciações apresentadas pelos autores responsáveis pela formulação da Política Nacional de Educação Permanente em 2003, pode-se apresentar a seguinte distinção: ao passo que a Educação Continuada destina-se ao aporte de conhecimentos técnico-científicos, administrativos e operacionais aos trabalhadores, por meio de cursos previamente estruturados, a Educação Permanente em Saúde considera o mundo do trabalho como escola, ou seja, que “as experiências no trabalho são fonte sistemática de formação, de geração de novas ideias e proposições, de (re)elaboração de estratégias e de conhecimentos a partir da prática” (BRASIL, 2015, p. 8).

4.2 Linha do tempo para a institucionalização da Pneps

O Ministério da Saúde no ano de 2003, reformulou a estrutura e o status da área de recursos humanos no seu âmbito e criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com dois departamentos: Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde e Departamento de Gestão da Educação na Saúde. De acordo com as competências definidas no Decreto Nº 9.795/2019 (BRASIL, 2019), compete à SGTES: promover a ordenação da formulação de recursos humanos na área de saúde; elaborar e propor políticas de formação e desenvolvimento profissional para a área de saúde, acompanhar a sua execução e promover experiências inovadoras em gestão e educação na saúde, incluída a formação de uma rede estratégica de educação e gestão com o uso de recursos inovadores; planejar, coordenar e apoiar as atividades relacionadas ao trabalho e à educação na área de saúde, à organização da gestão da educação e do trabalho em saúde, à formulação de critérios para as negociações e o estabelecimento de parcerias entre os gestores do SUS e ao ordenamento de responsabilidades

entre as três esferas de governo; promover a integração dos setores de saúde e de educação, a fim de fortalecer as instituições formadoras de profissionais atuantes na área; planejar e coordenar ações, com vistas à integração e ao aperfeiçoamento da relação entre a gestão do SUS nos âmbitos federal, estadual, distrital e municipal.

No que se refere aos Planos de formação, qualificação e distribuição das ofertas de educação e trabalho na área de saúde; planejar e coordenar ações destinadas à promoção da participação dos trabalhadores de saúde do SUS, e à formação, à qualificação e à distribuição das ofertas de educação e trabalho na área de saúde; cooperar internacionalmente, inclusive por meio da instituição e da coordenação de fóruns de discussão, com vistas à solução dos problemas relacionados à formação, ao desenvolvimento profissional, à gestão e à regulação do trabalho em saúde, especialmente quanto à solução das questões que envolvam os países vizinhos do continente americano, os países de língua portuguesa e os países do hemisfério sul; e participar na análise técnica de projetos de lei e de outras propostas normativas que disponham sobre o trabalho e a educação em saúde (BRASIL, 2019).

O Departamento da Gestão do Trabalho em Saúde (DEGTS), é o Departamento responsável por: planejar estudos de análise das necessidades quantitativas e qualitativas de profissionais com perfil adequado às necessidades de saúde da população; atuar junto aos gestores estaduais, municipais e do distrito Federal para a solução dos problemas de pessoal do setor privado pertinentes ao SUS; promover e participar da articulação de pactos entre as gestões federal, estaduais, municipais e do distrito Federal, no que se refere aos planos de produção, à qualificação e à distribuição dos profissionais de saúde do SUS (BRASIL, 2019).

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) é o departamento responsável pela proposição e acompanhamento da educação dos profissionais de saúde e da Pneps no SUS. Portanto, compete ao DEGES: participar da proposição e do acompanhamento da educação dos profissionais de saúde e da Política Nacional de Educação Permanente no SUS e no Ministério da Saúde; buscar a integração dos setores de saúde e educação para o fortalecimento das instituições formadoras no interesse do SUS e a adequação da formação profissional às necessidades da saúde; promover o desenvolvimento da rede de escolas de governo vinculadas ao Ministério da Saúde e às secretarias de saúde estaduais, distrital e municipais e de redes colaborativas de educação em saúde coletiva; estabelecer políticas para que a rede de serviços do SUS seja adequada à condição de campo de ensino para a formação de profissionais de saúde e para os processos formativos na rede de serviços do SUS para todas as categorias profissionais; estabelecer políticas e processos para o desenvolvimento

profissional em programas institucionais, interprofissionais e com ênfase no trabalho colaborativo, observados os princípios da atenção integral à saúde; e promover processos inovadores na educação em saúde (BRASIL, 2019).

A política de educação dos profissionais da saúde ganhou destaque no ano de 2003 com a criação da SGTES/MS, que possibilitou a institucionalização da política de educação na saúde e o estabelecimento de iniciativas relacionadas à reorientação da formação profissional, com ênfase na abordagem integral do processo saúde-doença, na valorização da Atenção Básica, na integração entre as Instituições de Ensino Superior (IES), serviços de saúde e comunidade, com a finalidade de propiciar o fortalecimento do SUS (BRASIL, 2018, p.10). A proposta para a criação da “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” com a estratégia para a criação dos espaços, denominados por “Polos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde” foi apresentada pelos gestores do Departamento de Gestão da Educação na Saúde ao Conselho Nacional de Saúde (CNS). A Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho para o SUS, hoje denominada Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho para o SUS, assessora o CNS nas questões ligadas à Pneps para os trabalhadores do SUS. Essa Comissão emitiu parecer favorável à proposta, sendo posteriormente aprovada pelo pleno do Conselho, originando a Resolução CNS nº 335, de 27 de novembro de 2003.

A Pneps foi regulamentada por meio da Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Essa Política configurou o campo de ação estratégica da “educação na saúde” SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, o modelo de gestão dessa política, em âmbito nacional, consolidou-se de forma distinta das outras políticas de saúde e desenvolveu-se por meio de espaços de articulação interinstitucional e intersetorial, como os “Polos de Educação Permanente em Saúde - Polos de EPS” (BRASIL, 2004b).

Os Polos de EPS também conhecidos como rodas e instancias locais regionais de articulação interinstitucional para a gestão da educação na saúde, deveriam funcionar como dispositivo de gestão para a condução colegiada da Política nas regiões do país e foram implantados na concepção de “Quadrilátero da Formação”. Para Ceccim e Feuerwerker (2004), a imagem do quadrilátero serve de orientação para a construção e organização de uma gestão da educação na saúde que integre o sistema de saúde, os serviços de atenção, a participação e controle social e a formação técnica e política dos trabalhadores.

Ressalta-se que a participação de todos os atores da política de saúde no território possibilita a identificação das dificuldades e potencialidades da gestão, da formação, do serviço e da população.

De acordo com o disposto na portaria de regulamentação da Pneps, no tocante à composição dos Polos de Educação Permanente, a orientação é de que esses espaços sejam compostos por gestores estaduais e municipais de saúde e de educação, Escolas Técnicas, Escolas de Saúde Pública e demais Centros formadores das Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde, Instituições de Ensino com cursos na área da saúde, Hospitais de Ensino e Serviços de Saúde do SUS, Movimentos Sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde, estudantes da área de Saúde, trabalhadores da saúde, Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e Núcleos de Saúde Coletiva.

A educação permanente em saúde apresenta-se como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde. Partindo desse pressuposto, entende-se que os serviços de saúde e as instituições formadoras têm o compromisso de promover o ordenamento da formação, o desenvolvimento permanente dos trabalhadores da saúde e de evitar a oferta de um mero menu de cursos. Com isso, foi possível introduzir o sentido de roda nos territórios locorregionais, promover o debate para definir o conteúdo, metodologia e ação mais adequada para responder às necessidades de formação dos recursos humanos do SUS (BRASIL, 2004b, p.13).

A Educação Permanente em Saúde foi definida como “a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2007). Com base nessa premissa, propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomassem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tivessem como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e fossem estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004b).

Entende-se que a Educação Permanente em Saúde surge como uma proposta de ação capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas em saúde, para a organização dos serviços e a transformação das práticas de atenção, empreendendo um trabalho articulado entre o Sistema de Saúde, em suas várias esferas de gestão e as instituições formadoras. Essa proposta privilegia o processo de trabalho como essencial para a aprendizagem e reconhece a capacidade humana de produzir conhecimento

novo a partir das discussões, análises conjuntas e implicações com os problemas reais, em um processo constante de investigação das suas causas e busca de alternativas de solução.

As diretrizes para a implementação da Pneps foram posteriormente estabelecidas na Portaria GM/MS 1.996, de 20 de agosto de 2007. Esta normativa traz como avanço o fomento à condução regional da política e a participação interinstitucional, por meio das Comissões de Integração Ensino-Serviço – CIES previstas na Lei Orgânica da Saúde, Lei federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990):

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

A condução da Pneps é realizada no nível federal pela SGTES/DEGES/MS, em nível estadual, municipal e distrital pelas Secretarias de Saúde e no nível regional, se dá por meio das instâncias de pactuação do SUS, Colegiados de Gestão Regional, com a participação das CIES.

A constituição de cada CIES deve ser inclusiva, de modo que se possa garantir a participação de todas as representações institucionais (atores envolvidos com a Pneps), Nessa direção, essas comissões assumem o compromisso de indutoras de mudanças e promotoras da articulação entre as esferas de gestão e as instituições formadoras, tendo, também, o compromisso de garantir a participação de seus representantes de forma efetiva e comprometida com os princípios da gestão colegiada e democrática do SUS.

5 A EVOLUÇÃO DA PNEPS

Passados 16 meses da publicação da Portaria nº 198/2004, que balizou o ordenamento, a organização e o desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde (EPS) como Política Nacional do SUS, Ceccim (2005) realizou um estudo que disserta sobre a descentralização e disseminação de capacidade pedagógica em saúde e apresenta o panorama da produção quantitativa proveniente da Pneps. O estudo se embasou no período de 16 meses de implantação da Pneps. Para o referido autor, o setor do trabalho precisa de espaço para a atuação crítica, reflexiva, propositiva, comprometida e tecnicamente competente. Nesse sentido a EPS surge como estratégia fundamental para viabilizar esses espaços no setor do trabalho.

O autor mapeou 96 instâncias de articulações interinstitucionais e localregional que reuniu 1.122 entidades da sociedade dos seguimentos ensino, gestão do trabalho e participação social. Cabe destacar que, além das 96 instâncias mapeadas, foram identificadas mais 9 localregiões, que não foram computadas, em razão de não terem enviados seus projetos de ação até a data da conclusão do estudo.

Ressalta-se que a criação das instâncias de articulação interinstitucionais e localregionais, também chamadas de Polos de Educação Permanente em Saúde, foi estabelecida pela Portaria nº 198/2004. O elenco de instâncias mapeadas no período do estudo, estão relacionadas no Quadro 2.

Quadro 2 - Polos de Educação Permanente em Saúde: composição

Instituição/Entidades Participantes	Nº
Instituições de ensino superior	236
Gestores municipais (27 COSEMS + capitais + municípios referência na região)	239
Gestores estaduais (Regionais de Saúde, Coordenações de Áreas, Diretorias etc.)	135
Instâncias de controle social (Conselhos de Saúde)	111
Escolas Técnicas de Saúde	90
Serviços de saúde (unidades, centros e hospitais escola, centros de referência e laboratórios centrais etc.)	88

Movimento estudantil (centros e/ou diretórios e acadêmicos, 47 núcleos estudantis, diretórios centrais etc.)	47
Entidades de trabalhadores de saúde (associações de ensino das profissões de saúde, sociedades e associações profissionais, sindicatos etc.)	43
Movimentos sociais (MST, Morhan, Rede Feminista, Rede Nacional das Parteiras.	92
Movimentos sociais (MST, MORHAN, Rede Feminista, Rede Nacional das Parteiras, MOPS, Movimento LGBT+, MMC, FETAG, Movimento Negro, CONAM e ANEPS) Outros (diversas ONG, Centros de Educação e/ou Assessoramento Popular etc.)	41
Total	1.122

Fonte: Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Ministério da Saúde: Caminhos e Produtos da Política Nacional de Educação na Saúde, 2004.

No período do estudo, foram mapeadas 414 ações de qualificação, distribuídas em diversas áreas e diferentes temáticas, com 77.995 vagas; 3.679 ações de formação, cujo número de vagas foi de 246.374. De acordo com Ceccim, (2005), os Projetos de Atividades (documentos apresentados ao MS) foram pensados e construídos como planos de ações educativas, nestes, seriam indicadas as instituições executoras que contariam com o apoio financeiro do Ministério da Saúde para viabilizar o desenvolvimento das ações programadas. Os projetos eram construídos de acordo com as pactuações internas realizadas nos Polos de EPS e apresentados ao MS.

Ceccim (2005) conclui que a disseminação dos Polos e, por consequência, da descentralização da capacidade pedagógica, originou novos atores para o SUS, para contribuir com a produção da saúde nos atos, nos pensamentos e no desejo de protagonismo pelo SUS, envolvendo seus princípios e diretrizes. Os novos atores aos quais o autor se refere são: tutores, facilitadores e operadores de EPS, entre outros que compunham os Polos de EPS distribuídos por todo o país. “Assim como esses atores não existiam e existem agora, a Política não existia, apresentou-se inédita e existiu ineditamente colocando a formação e o desenvolvimento como educação viva, em ato, na saúde”.

Ressalta-se que uma das orientações da Pneps era de que os atores nos Polos desenvolvessem recursos de educação que contemplassem todas as dimensões e fatores que

regulam, qualificam e modificam o trabalho. Nesse sentido, observa-se que, apesar de o estudo ter sido feito no início da execução das ações da Pneps, houve um número significativo de Polos instituídos e de projetos apresentados ao MS, com um quantitativo expressivo de ofertas de ações de EPS.

Em estudo realizado no município de Florianópolis, no Estado de Santa Catarina, publicado no ano de 2009, cujo objetivo foi analisar a realidade da educação permanente dos serviços públicos de saúde daquele município, Lino et al. (2009) constataram que os processos de desenvolvimento da educação permanente nos serviços de saúde desse município eram orientados de acordo com as demandas enviadas pelas direções em nível central de gestão ou pelas necessidades pontuais, que surgiam no cotidiano. As autoras identificaram que “muitas vezes esta educação é vista apenas como adequação de técnicas, revisão de protocolos, instituição de diretrizes ou capacitação de novos servidores”. Ressaltaram ainda, que há predomínio da adoção da metodologia tradicional de ensino, bem como da realização de palestras e de aulas expositivas, sem processos avaliativos formais.

Essas constatações originaram da pesquisa realizada a partir de entrevistas semiestruturadas com 16 atores (coordenadores ou gestores responsáveis pelo setor de educação permanente dos serviços públicos de saúde), do município de Florianópolis/SC. Os serviços de saúde escolhidos para o estudo foram: quatro hospitais públicos, quatro unidades locais de saúde e dois órgãos de gestão (Secretaria Municipal de Saúde - SMS e Secretaria Estadual de Saúde - SES), responsáveis pelas iniciativas de educação permanente no município e no estado. Dos quatro hospitais escolhidos para o estudo, três estavam ligados à SES e o quarto era Hospital Federal de Ensino. Todas as unidades locais de saúde eram coordenadas pela SMS. Foram envolvidos nesse estudo os profissionais das seguintes categorias: enfermeiros, médicos e nutricionistas (LINO et al., 2009).

Lino et al. (2009), por definirem como importante compreender as estratégias empregadas na operacionalização da Pneps, organizaram o estudo em três categorias: planejamento das propostas de EP em saúde; metodologia e técnicas de ensino-aprendizagem utilizadas nas ações de EP; e avaliação do processo e dos resultados das ações de EPS. Da primeira categoria analisada, planejamento das propostas de educação permanente em saúde, as autoras identificaram que os entrevistados apresentaram discursos contraditórios. Algumas vezes, destacavam a existência de iniciativas de planejamento, mesmo que estanques e orientadas pelo imediatismo da necessidade, e em outras ocasiões, relatavam não haver propostas.

Para a segunda categoria pesquisada, metodologia e técnicas de ensino-aprendizagem utilizadas nas ações de EPS, os resultados apresentados demonstravam que o método adotado pelos serviços de saúde de Florianópolis ocorre, principalmente, “segundo o modelo tradicional, visto que as iniciativas são descendentes e padronizadas, legitimando-se enquanto educação continuada, segundo a Pneps”. De acordo com as autoras, alguns sujeitos, expressaram em suas falas um movimento que apontava para um processo de transformação metodológica orientado de modo participativo, ascendente e articulado ao contexto em que se situava, denotando características próprias da compreensão de EPS, apregoada pela Pneps:

[...] essa mudança se expressa na minoria da realidade dos serviços e de forma latente, porém significativa do ponto de vista do processo de transformação das ações de educação permanente em saúde, que parte de um sistema normativo para um sistema dialético, como consequência natural da movimentação histórica, política, social dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde (LINO et al., 2009 p. 126).

Por fim, a terceira categoria investigada dizia respeito à avaliação do processo e dos resultados das ações de educação permanente em saúde, no tocante à realização de avaliação do processo de educação permanente nos serviços de saúde pública de Florianópolis, os resultados encontrados, conforme descreveram as autoras, revelavam “que não há avaliação formal com indicadores sobre os processos educativos realizados, bem como se houve transformações daqueles que participaram, tanto do ponto de vista pessoal quanto profissional”.

As autoras identificaram em linhas gerais, a partir do estudo realizado, que a Política de Educação Permanente em Saúde praticada no município mostrava-se aquém daquela orientada pelo Ministério da Saúde, e que o processo de desenvolvimento da EPS, na realidade verificada no setor hospitalar analisado, mostra-se relegado a um plano secundário diante dos problemas e enfrentamentos considerados prioritários, como falta de pessoal, desmotivação, sobrecarga de trabalho, entre outros. Concluem, contudo, que, “Florianópolis encontra-se caminhando a passos lentos, mas progressivos, na busca de melhorias no descompasso realidade versus teoria” (Lino et al., 2009).

Portanto, embora tratando-se de um estudo realizado em um único município, retratou uma realidade que pode se repetir em vários outros municípios no país, servindo de base para uma análise reflexiva sobre a evolução da Pneps.

Outro estudo realizado no estado de Santa Catarina, em 2011, cujo objetivo foi fazer uma análise comparada entre os gestores de saúde, sobre a estruturação estabelecida no âmbito da Educação em Saúde e a evolução da articulação e pactuação das diretrizes da Política de Educação Permanente em Saúde, a partir das deliberações dos órgãos colegiados.

Conforme relatam as autoras da pesquisa, a escolha pelo estado de Santa Catarina foi em razão da totalidade de adesão dos municípios ao Termo de Compromisso de Gestão e a disponibilidade online dos dados oficiais para a pesquisa. Foram consultados documentos disponíveis na Divisão de Educação Permanente da Escola de Saúde Pública da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, nos registros online dos Termos de Compromisso de Gestão firmados pelos gestores de saúde e disponíveis junto ao Núcleo de Gestão do Pacto da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, bem como os documentos oficiais disponíveis para consulta pública do Conselho Estadual de Saúde (CES) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do Estado da Saúde de Santa Catarina. As informações foram coletadas nos registros (atas de reuniões) dos órgãos deliberativos no período de 2007 a 2010 (ANDRADE; MEIRELLES; LANZONNI, 2011).

Conforme Andrade, Meirelles e Lanzonni (2011), das 71 atas disponíveis online no período que o estudo foi realizado (das quais 35 CIB e 36 CES), foram selecionadas 43 para análise, por conterem informações sobre Educação Permanente em Saúde, sendo 25 (58,13%) CIB e 18 (41,86%) CES.

Os achados foram organizados e analisados tendo em vista as convergências de ideias. Foram formadas três categorias temáticas: Atribuições das esferas gestoras em Educação Permanente em Saúde; Estrutura para Fomento da Educação Permanente: os Colegiados de Gestão Regional e as Comissões de Integração Ensino-Serviço; e Deliberações dos órgãos colegiados sobre a Educação Permanente em Saúde.

O estudo foi desenvolvido com a sistematização das seguintes informações: as atribuições dos gestores da saúde com relação à educação em saúde; a caracterização da evolução da Política de Educação Permanente em Saúde no Estado de Santa Catarina e as principais deliberações dos órgãos colegiados estaduais no tema da Educação permanente em Saúde.

No que diz respeito aos Colegiados de Gestão Regional (CGR) e as Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), conforme informações descritas no estudo, em dezembro de 2010, os 293 (100%) gestores municipais haviam firmado com os gestores estadual e federal o Termo de Compromisso de Gestão estabelecido no Pacto pela Saúde. Simultaneamente ao início do processo de pactuação pela saúde no País, iniciou-se a implantação dos CGR, que possuem como atribuições: a proposição de Planos Regionais de Educação na Saúde, pautados pelas necessidades específicas constantes nos Planos Municipais e Estadual de Saúde.

O estado de Santa Catarina concretizou a estruturação dos CGR em 2010, quando criou 16 colegiados. Ainda no ano de 2010, por deliberação da CIB, foi criada a CIES estadual, sediada junto à Diretoria de Educação Permanente da SES/ SC. A CIES estadual tem como principais atribuições: fazer articulação com as demais CIES; emitir pareceres sobre criação de cursos (residências, por exemplo); monitorar e avaliar o andamento dos projetos aprovados descentralizadamente (ANDRADE; MEIRELLES; LANZONNI, 2011).

Convém ressaltar que as atividades coordenadas pela CIES estadual são debatidas na Câmara Técnica de Recursos Humanos do Conselho Estadual de Saúde, órgão de deliberação. Os 16 CGR possuem suas CIES estruturadas. Todavia, há situações dissonantes, enquanto algumas CIES estavam em fase bastante avançada de funcionamento, outras estavam funcionando de forma incipiente.

A criação da CIES e a distribuição regional de recursos financeiros para Educação Permanente em Saúde constituíram os primeiros pontos de pauta dos órgãos colegiados no ano de 2007. No mesmo ano, discutiu-se sobre os antigos Polos de Educação, constando-se que sua extinção, aliada à estruturação das CIES, não provocariam mudanças significativas, já que os polos operavam de forma regionalizada.

As autoras do estudo em tela, trazem para discussão as seguintes questões: a constituição de Comissões (CIES) para sua operacionalidade torna-se estratégia central de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Não por acaso, a pauta da criação da CIES, constituiu o primeiro ponto de pauta para deliberação dos órgãos colegiados estaduais, na atual estruturação da educação permanente em saúde e destacam que as atividades educativas, estruturadas de acordo com as peculiaridades do cenário no qual estão inseridos os trabalhadores, incluindo suas necessidades, podem possibilitar mudanças potenciais nas práticas de saúde e que as pessoas em formação conseguem construir novos conhecimentos e desenvolver suas habilidades com base em suas experiências vivenciadas e estratégias participativas.

Nas considerações finais do estudo, as autoras destacam que: o panorama estadual de consolidação dos CGR e de suas respectivas CIES apresenta-se concluído quanto à sua estrutura, ainda que incompleta no funcionamento. A tendência é de que haja avanço para a consolidação das diretrizes da Política de Educação Permanente em Saúde, considerando a inclusão dos CGR e CIES como espaços de formulação e execução de suas ações. O conhecimento sobre responsabilidades e atribuições das esferas gestoras em Educação Permanente em Saúde contribui para dar visibilidade e possibilitar uma avaliação dos processos

de gestão e execução das ações em cada nível de atuação. A avaliação dos processos melhor se desenvolverá quando estruturas efetivas de gestão e integração ensino-serviço se constituírem e materializarem as possibilidades de realização da educação permanente enquanto política pública (ANDRADE; MEIRELLES; LANZONNI, 2011).

Com o desígnio de avaliar a Institucionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na esfera estadual, no mês de junho de 2015, a equipe técnica do DEGES/SGTES/MS² encaminhou para os coordenadores estaduais dos 26 estados e do Distrito Federal, um formulário eletrônico (FormSus) com perguntas semiestruturadas. A pesquisa teve por objetivo obter informações sobre as CIES, no que diz respeito às suas relações com as instâncias gestoras do SUS e com os atores da Política. As questões formuladas e os resultados apurados estão relacionadas no Quadro 3.

Quadro 3 - Questões e resultados da pesquisa com os coordenadores da Pneps sobre as CIES

Ordem	Questões	Resultados			
		Sim	%	Não	%
1	No seu Estado tem CIES Estadual?	23	88.46	03	11.44
2	Ocorrem reuniões regulares?	17	73,91	06	26.09
3	Acontecem reuniões extraordinárias?	14	60.87	09	39.13
4	A CIES se articula com a CIB, CES e outros atores?	21	91.30	02	8.70
5	A maioria dos atores participa efetivamente	19	82.61	04	17.39
6	Na avaliação da coordenação a CIES está funcionando?	18	78.26	05	21.74

Fonte: Relatório Diagnóstico do DEGES/SGTES/MS de 2015.

Análise dos resultados: 25 Estados e o Distrito Federal responderam ao questionário, somente 01 (um) estado (Amapá) não respondeu.

Articulação da CIES com a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e outros atores: 05 estados apresentaram os seguintes comentários:

A implementação da EP só ocorreu com maior celeridade a partir de 2013, no momento a CIB passa por reestruturação organizacional e física o que possibilitará a

² A atividade consta em documento não publicado e foi realizada e pelos técnicos do DEGES/SGTES/MS no ano de 2015: Maria Aparecida Timo de Brito, Mauro Pioli Rehbein e Daniel Márcio Pinheiro de Lima (*in memoria*).

CIES estadual cumprir o seu real papel”; “todos os projetos de Educação permanente e outros de formação e capacitação obedecem a um fluxo obrigatório das três comissões”; “Existe um fluxo de projetos de educação permanente aprovado em CIB (Resolução) e as demandas chegam estruturadas a partir de discussão na CIES Estadual e Câmara Técnica da CIB; “Participa da Comissão Intergestores Regionais”; “As reuniões aconteciam de forma regular até fevereiro de 2015, após este período, houve mudança de gestores e interrupção das reuniões (RELATÓRIO DIAGNÓSTICO DEGES, 2015).

Quanto à existência de CIES Regionais, no período do estudo, foi constatado que 08 estados e o Distrito Federal não possuíam CIES Regionais, os resultados apresentados no período estão elencados no Quadro 4 e no Gráfico 5.

Quadro 4 - Quantitativo de CIES Regionais por estado brasileiro – 2015

Estados	Nº CIES Regionais	Estados	Nº CIES Regionais
Acre	00	Paraíba	04
Alagoas	02	Paraná	00
Amazonas	04	Pernambuco	12
Bahia	01	Piauí	10
Ceará	03	Rio de Janeiro	09
Distrito Federal	00	Rio Grande do Norte	01
Espirito Santo	04	Rio Grande do Sul	19
Goiás	17	Rondônia	00
Maranhão	00	Roraima	00
Mato Grosso	16	Santa Catarina	16
Mato Grosso do Sul	00	São Paulo	05
Minas Gerais	13	Sergipe	00
Pará	13	Tocantins	00

Fonte: autora

Nota-se, portanto, que no período de realização do estudo, os estados do Acre, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Paraná, Rondônia, Roraima, Sergipe e o Distrito Federal não possuíam CIES Regionais. Vale lembrar que o Estado do Amapá não respondeu ao questionário dessa pesquisa, conforme dito anteriormente, por essa razão não foram apresentadas no gráfico e na tabela, informações sobre a existência ou não de CIES Regionais no Amapá.

No tocante à dinâmica de funcionamento das CIES Regionais nos estados, os resultados apurados estão descritos no Quadro 5.

Ordem	Questões	Resultados			
		Sim	%	Não	%
1	Existem CIES Regionais em seu Estado	17	65.38	09	34.62
2	Ocorrem reuniões regulares	14	82.35	03	17.65
4	Articulam com a CIR	15	88.24	02	11.76
4	A maioria dos atores participa efetivamente	10	58,82	07	41.18
5	Na avaliação da coordenação as CIES regionais estão funcionando	13	76.47	04	23.53

Quadro 5 - Dinâmica de funcionamento das CIES nos estados brasileiros – 2015

Fonte: Relatório Diagnóstico do DEGES/SGTES/MS de 2015.

Os resultados encontrados nessa pesquisa evidenciaram que as CIES foram identificadas como importantes espaços para a viabilizar processos de articulação com as instituições e setores envolvidos com o desenvolvimento da Política, constatou-se também que nos lugares onde as CIES estavam desarticuladas e/ou desativadas, os representantes da gestão estadual relataram estratégias para reativá-las e/ou estruturá-las (Equipe Técnica do DEGES/SGTES/MS, 2015).

Outra pesquisa que abordou o tema das CIES, foi realizada por França et al. no ano 2015 e publicada em 2017, o objetivo do estudo foi analisar o papel das CIES na implantação da Pneps. O método utilizado nesse estudo foi a abordagem quali-quantitativa, a coleta de dados foi feita por meio da utilização de questionário online autoaplicável e entrevista semiestruturada. Os respondentes da pesquisa foram as gestões responsáveis pela Política de EPS das 27 Secretarias Estaduais de Saúde e 7 coordenadores das CIES das cinco Regiões do Brasil.

A seleção das CIES participantes da pesquisa foi feita por sorteio, cujo resultado contemplou: uma CIES da Região Sul, uma da Região Sudeste e uma do Centro-Oeste, duas na Região Norte e duas na Região Nordeste. Os questionários foram aplicados e respondidos entre os meses de junho e agosto de 2015 e as entrevistas realizadas entre agosto e novembro do mesmo ano. As entrevistas foram por meio da análise de conteúdo temático. Conforme

descrevem as autoras, o estudo investigou aspectos sobre o perfil dos gestores e no tocante às dimensões organizacional e operacional da implementação da política (FRANÇA et al., 2017).

Nas análises sobre a conformação da Pneps nas Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil foram apresentados os seguintes resultados: perfil dos gestores estaduais de EPS, a pesquisa revelou a predominância de mulheres (74%); alto grau de escolarização e formação na área da saúde. França et al. (2017) chamam atenção para o crescimento do número de mulheres na função de gestoras; no aspecto relacionado ao vínculo dos gestores, o estudo assinalou que 62% dos respondentes são do quadro permanente das SES, em regime estatutário, com tempo médio de permanência no cargo entre três e oito anos, e com experiência anterior em Educação Permanente em Saúde. Na concepção das autoras, esses achados sugerem maior estabilidade nos processos desenvolvidos, maior qualificação da gestão e valorização dos profissionais de carreira no âmbito das secretarias; setor específico de EPS, o estudo apontou que 20 das 27 SES dispunham de setor específico de EPS em sua estrutura organizacional.

No que diz respeito à participação das instâncias coletivas gestoras nas definições das prioridades de EPS, o estudo destacou que 85% dos respondentes declararam que realizaram o planejamento de ações e elegeram a clientela que participante das ações e que seguiram critérios definidos e pactuados na Comissão Intergestora Bipartite (CIB). Conforme descrito no estudo, o monitoramento das ações de EPS nas Secretarias Estaduais foi feito com a utilização de diferentes modalidades, a saber: controle do total de concluintes das modalidades educativas ofertadas, utilização dos recursos financeiros, relatórios de cursos e outros instrumentos da prestação de contas. “Percebe-se que, embora as avaliações se encontrem fortemente ancoradas nos aspectos quantitativos, movimentos no sentido de qualificar e institucionalizar os processos avaliativos vem sendo estimulados dentro das SESs” (FRANÇA et al., 2017).

Com base nas informações coletadas por meio da pesquisa, as autoras anteriormente mencionadas constataram também que as principais competências do setor de EPS nas SES, de acordo com os gestores respondentes, foram: a identificação das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, os principais problemas de saúde enfrentados pela gestão e pelos serviços da região e a promoção da integração da saúde e da educação no sentido de fortalecer as instituições formadoras de profissionais atuantes na área. Em relação aos benefícios das ações de EPS, os entrevistados destacaram os seguintes pontos: engrandecimento pessoal do trabalhador, a progressão na carreira, o pagamento de gratificações, melhorias e mudanças nos processos de trabalho (FRANÇA et al., 2017).

Para realizar a análise sobre as Comissões de Integração Ensino Serviço e o desenvolvimento da Política de EPS implementada pelas SES, as autoras entrevistaram sete coordenadores das CIES estaduais, cujos eixos foram:

Histórico, criação e composição das CIES - os conteúdos das entrevistas revelaram que o processo de instituição das CIES ocorreu em diferentes movimentos, tais como: realização de um movimento de sensibilização das instituições; realização de seminários para debate e esclarecimentos da política; reuniões com diferentes atores e até a formação de um coletivo. Foi relatado a realização de um trabalho em parceria com os Colegiados Intergestores Regionais de saúde para implantação das CIES regionais;

Relação CIES/SES e instituições formadoras - neste ponto, todos os entrevistados relataram alguma aproximação da CIES com as instituições formadoras, de diferentes naturezas jurídicas, amplitude e intensidade. Integram essa relação IESs públicas e privadas, de âmbito federal e estadual, além de escolas técnicas da rede do SUS;

Repasse e utilização dos recursos - os entrevistados discordaram quanto à utilização e manejo dos recursos destinados à EPS, referenciaram as seguintes dificuldades: há limitações para o uso desses recursos, baixa capacidade de gasto por parte dos estados, recursos carimbados, com pouca flexibilidade de utilização, limites impostos pela Lei nº 8.666, além dos questionamentos feitos pelo Tribunal de Contas.

Como resultados do estudo, França et al. (2017) destacaram os seguintes pontos: existência de setor específico de EPS na maioria das SES; alta escolarização, experiência e vínculo estável dos gestores. Concluíram que nos focos organizacional, operacional e de controle, 88% das SES dispunham de Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde, estrutura de EPS formalizada e capacidade instalada para o desenvolvimento de ações de formação. No tocante às CIES, as autoras constataram que, 92,6% dos gestores avaliaram essas instancias como estratégicas em abrangência regional, e apontaram também: existência de CIES na maioria dos estados; diversidade de seus processos de criação; composição plural; regularidade de reuniões; boa relação com instituições formadoras; dificuldades na utilização e manejo dos recursos destinados à EPS.

A pesquisa assinalou avanços quanto à importância das CIES como espaços de negociação, pactuação e desenvolvimento da EPS e identificou quais desafios ainda precisam ser superados para que se consolidem os projetos de fortalecimento da Pneps nas SES. O estudo elegeu algumas dimensões de análise que são muito importantes para avaliar a implementação

da Pneps nos estados e municípios. No entanto, avalia-se pertinente consultar e realizar estudos elegeo outros recortes e abordagens, tendo em vista a necessidade de analisar os impactos da institucionalização da Pneps por meio da criação/atuação dos espaços de articulação interinstitucional e intersetorial (FRANÇA et al., 2017).

Em 2017, Cardoso et al. (2017), realizaram uma pesquisa sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública, cujo objetivo foi analisar aspectos da implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. O referencial utilizado no estudo foram as experiências das Escolas de Saúde Pública a partir de análise das bases conceituais e organizacionais da política. Para a seleção das escolas foram utilizados critérios regionais, a participação das escolas na discussão em EPS no âmbito da RedEscola e a atuação nos Polos de Educação Permanente ou nas Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES). As instituições escolhidas foram: Escola de Saúde Pública do Paraná, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, Escola de Saúde Pública de Goiás, Escola Tocantinense do SUS e Escola de Saúde Pública de Pernambuco.

Cardoso et al. (2017) ressaltaram que os convites contemplaram a participação de instituições locais parceiras, o que agregou à pesquisa a Escola de Saúde Pública do Município de Aparecida de Goiânia, a Escola de Saúde Pública do Município de Goiânia, a Escola de Saúde Pública do Município de Palmas e o Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz-PE. Dessa forma, o estudo foi composto por nove Escolas de Saúde Pública.

Para a efetivação da pesquisa, no período de 2014 a 2016, foram realizadas cinco oficinas em escolas de saúde pública situadas em diferentes regiões do país, cada encontro teve duração de 12 horas, o método utilizado consistiu na análise dos aspectos identificados e os significados das experiências em educação permanente em saúde (EPS), vivenciadas nessas instituições. Optou-se por utilizar uma metodologia, em que a reflexão pudesse ser desenvolvida conjuntamente, partiu-se da premissa de que os significados são construídos na interação e que as intencionalidades das ações produzidas nos processos sociais constituem um aspecto central. O desígnio pelo grupo de discussão apoiou-se na valorização da interação entre os participantes da pesquisa e na visibilidade para o processo relacional de produção. Dessemelhante de partir de uma hipótese de pesquisa a ser comprovada ou refutada, a finalidade desse estudo foi provocar uma reflexão sobre a implementação da EPS a partir das experiências identificadas, de acordo com os contextos narrados pelos participantes do estudo (CARDOSO et al., 2017).

Os resultados do estudo, conforme análise dos autores, demonstraram que apesar dos avanços, permanecia uma crítica ao modelo hegemônico da educação baseado em cursos pontuais que objetivavam atualizar, capacitar ou mesmo especializar uma categoria profissional específica; os processos ocorriam fora do ambiente de trabalho e utilizavam métodos transmissivos do conhecimento. Nas oficinas da pesquisa foi solicitado aos participantes que selecionassem experiências identificadas como de EPS, ao final das cinco oficinas, foram coletadas de 25 experiências, dessas 15 fizeram referência a cursos, enquanto quatro trataram de articulações políticas e seis de processos institucionais das Escolas ou Secretarias Estaduais de Saúde.

EPS nos Cursos - os cursos destacados foram: de aperfeiçoamento, formação, capacitação pedagógica, residência, especialização e mestrado. Tais cursos atendiam a públicos também variados, composto por profissionais das secretarias estaduais e municipais de saúde, Agentes Comunitários de Saúde, Agentes de Controle de Endemias, conselheiros municipais e estaduais, movimentos sociais, tutores, preceptores de residências. No tocante ao formato, foram citados cursos presenciais, de educação à distância, cursos regionalizados (de algumas residências) e ainda no formato de oficina.

No tocante aos aspectos que caracterizam os cursos descritos como experiências de EPS, os dados coletados permitiram que fossem agrupados em três blocos: relação com o serviço, práticas pedagógicas e regionalização.

Relação com o serviço - de acordo com as análises dos autores, a relação com o serviço apareceu em todas as experiências apresentadas, muitos cursos criados a partir da demanda do serviço ou de grupos específicos, como o Movimento Sem Terra, em Minas Gerais. O trabalho foi considerado eixo estruturante da EPS e a reflexão a partir da prática foi destacada como um aspecto fundamental desses cursos. A formação no trabalho, no período do estudo, enfrentava três grandes desafios: o desconhecimento e desvalorização da EPS por parte dos gestores; a falta de compreensão por parte de tutores e professores acerca dos princípios pedagógicos da EPS, fatores que dificultavam os processos de inovações e, conduziam com frequência a práticas pedagógicas transmissivas, com conteúdos pré-determinados e não adequados ao contexto local; e a precarização das relações de trabalho que levava à descontinuidade da presença nos postos de trabalho, tanto dos estudantes-trabalhadores quanto de tutores e preceptores.

Práticas pedagógicas - ficou evidenciado na pesquisa que as práticas pedagógicas utilizadas nos cursos configuraram-se como a principal identificação da EPS. As denominadas

“metodologias ativas de conhecimento”, baseadas na pedagogia problematizadora que busca a reflexão crítica a partir de questões práticas, discutidas em equipe, em diálogo com a teoria, e na aprendizagem significativa que considera o conhecimento anterior e a experiência dos participantes são a marca de todos os cursos. Essas metodologias levam a propostas de intervenção na prática. A Educação a Distância (EaD) foi ressaltada como uma modalidade de ensino que apresenta um potencial de troca e integração. Os processos de monitoramento e avaliação foram citados como ausentes dos cursos, especialmente quando solicitado aos participantes informações sobre impactos constatados na prática, da mesma forma como constatado em relação aos indicadores de saúde da população assistida, em contradição com o que é disposto nas duas normativas que embasam a implementam a política de EPS. O trabalho com equipes multidisciplinares foi um aspecto pouco encontrado nas experiências de curso analisadas.

Cardoso et al. (2017) afirmaram que ainda persistiam as capacitações para categorias específicas de trabalhadores, especialmente aquelas que se encontravam nos extremos da valorização social, como é o caso dos Agentes Comunitários de Saúde e médicos. Outro aspecto destacado também foi a frequência com que foram encontrados profissionais de gestão separados dos profissionais da saúde. Já em relação aos médicos, estes dificilmente participavam de propostas pedagógicas multidisciplinares. E citaram como exemplo as residências multiprofissionais. No que concerne aos profissionais médicos, estes não estavam incluídos, pois havia uma residência específica para a categoria. Observou-se também alguns esforços para trabalhar a multidisciplinariedade, e citou-se como exemplo, as oficinas de Cuidadores de Instituições de Longa Permanência para Idosos, em Goiás. Essas oficinas foram relatadas como uma estratégia que mereceu mais atenção nos processos avaliativos das experiências.

Regionalização – houve destaque para a existência de ofertas de muitos cursos regionalizados, ou parcialmente regionalizados, como as residências que dividiam o tempo entre a capital e as demais regiões de saúde. A adequação à realidade regional se, por um lado, foi muito ressaltada nas experiências, por outro foi criticada, sobretudo no tocante aos cursos que chegavam prontos do Ministério da Saúde, com material didático único e currículos fechados, pois não permitem uma adequação a realidades e necessidades locais ou regionais. Os autores pontuaram a necessidade de considerar as condições locais e a diversidade cultural, esses ficavam por conta da metodologia e dos professores, tutores ou preceptores, que nem sempre foram preparados para essa concepção pedagógica. Um impasse apontado foi a questão

da certificação, visto que esta é necessária para a valorização do currículo dos trabalhadores, mas que, por outro lado, está atrelada a princípios pedagógicos que entram em conflito com os da Educação Permanente, como currículos fechados, controle externo, carga-horária, tipo de avaliação, entre outros (CARDOSO et al., 2017).

Ainda em relação aos resultados do estudo realizado por Cardoso et al. (2017), foram analisadas as seguintes questões:

EPS nas Articulações Políticas e no Desenvolvimento Institucional - nas concepções de Cardoso et al. (2017), os processos políticos vivenciados pelas escolas identificados como experiências de EPS se constituíram de ações variadas, como exemplos foram citados: a participação da escola de Curitiba na Conferência de Desenvolvimento Local e na execução do Programa de Pesquisa no SUS, e a elaboração do Plano Estadual de EPS e o Movimento de Resistência pelo Funcionamento da CIES, em Pernambuco. Outras iniciativas voltadas para o desenvolvimento institucional das próprias Escolas também foram relatadas como práticas de EPS, a saber: em Goiânia, a gestão de processos de trabalhos e a atualização sobre legislação; em Palmas, oficinas pedagógicas; em Curitiba, o processo de seleção de projetos de EPS; em Recife, a estruturação da Escola de Pernambuco e a coordenação de programa de pesquisa para o SUS no estado. Houve destaque para o fato de o controle social representar a parte mais frágil nesse processo. Poucas experiências incluíram a articulação entre gestores e profissionais da saúde, e algumas poucas consideraram a instâncias de controle social.

Institucionalidade da Política - para compreender, à luz dos resultados desta pesquisa, de que forma as Escolas vivenciaram em seus estados e em suas práticas educativas e de gestão a implementação da Política Nacional de EPS, bem como de que modo se apropriaram e processaram, em seus territórios, os princípios e conceitos da EPS, é preciso antes entender como se deu – ou como primeiro se tentou – a formulação e a implantação nacional de tal política.

Ressalta-se que a descentralização das CIES nas regiões de saúde foi identificada nesse estudo como uma dificuldade, isso porque a gestão estadual estava enfrentando dificuldades para adequar-se à nova proposta de regionalização oriunda do Pacto pela Saúde. Nesse aspecto, duas constatações ficaram evidentes: o enfraquecimento das CIES como espaço de pactuação ou cogestão solidária; e a substituição desse papel pela CIB, que conforme ponto de vista dos respondentes da pesquisa, acabou por se transformar em um “caminho mais fácil” para pactuação e financiamento de ações (CARDOSO et al., 2017).

De acordo com os autores do estudo, ficou constatado, por unanimidade, a falta de monitoramento e avaliação de impactos das ações. Da mesma forma, os participantes afirmam que as ações de Educação na Saúde não recebem do gestor municipal ou estadual a mesma importância que as ações de assistência. Por outro lado, embora o financiamento tenha sido considerado um aspecto importante, a escassez ou ausência de recursos não foi caracterizada como o principal problema para a execução de ações. Cardoso et al. (2017) destacaram que:

Em que pesem os entraves e os desafios colocados para a implementação da Pneps em seus princípios e diretrizes, identificou-se que há amplo domínio do conceito e compromisso com seu ideário político-pedagógico para a formação na saúde. Mais que isso, há também apreensão quanto ao futuro e aos rumos da política, assim como da própria Educação Permanente em Saúde.

Nas considerações finais do estudo, Cardoso et al. (2017) apresentaram as seguintes ponderações: as oficinas da pesquisa foram vistas pelos participantes como uma atividade de EPS; a metodologia e o seguimento das oficinas aconteceram segundo os princípios da EPS. Coube destaque para a boa notícia de que “os princípios, as bases e os conceitos da EPS pegaram, colaram-se definitivamente às práticas e atividades das Escolas em seus territórios”, de um modo tal que mesmo ações antes não consideradas como sendo de EPS terminaram por ser executadas segundo os princípios da problematização, da dialogia entre ensino e serviço, do compartilhamento de saberes e experiências, da aprendizagem significativa. “As Escolas parecem ter acreditado mais na EPS do que os próprios formuladores da Política no nível nacional”. Essas Escolas não pararam de fazer EPS porque o financiamento minguiu até ser totalmente suspenso, ao contrário, “elas assimilaram os conceitos e os métodos, apropriaram-se deles e os transformaram segundo suas próprias e singulares necessidades e possibilidades” (CARDOSO et al., 2017). Ademais, as referidas autoras assinalam ainda que:

[...] ao confrontarmos com a ‘vida das Escolas’ em seus contextos locais, podemos perceber que essas Escolas vêm trilhando o caminho para se tornarem instituições cada vez mais democráticas, proporcionando os espaços necessários de enfrentamentos criativos dos problemas na realidade do trabalho. E isso que informalmente temos chamado de “cultura da Educação Permanente em Saúde” nas Escolas de Saúde do Brasil.

Verifica-se por meio dos relatos dos autores que as experiências de EPS apresentadas pelos representantes das Escolas nas oficinas demonstraram que essas instituições adotaram a EPS como prática pedagógica não somente nos processos formativos, mas também na gestão e no desenvolvimento institucional.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

6.1 Análise dos Planos Estaduais de Educação Permanente nos estados brasileiros

Em 2017, foi lançado o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde - PRO EPS-SUS, cujos objetivos são: estimular, acompanhar e fortalecer os processos de qualificação profissional dos trabalhadores da área, visando à transformação das práticas de saúde, com vistas ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho; promover a formação e desenvolvimento dos trabalhadores no SUS, a partir dos problemas cotidianos referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho em saúde; contribuir para a identificação de necessidades de Educação Permanente em Saúde dos trabalhadores e profissionais do SUS, para a elaboração de estratégias que visam qualificar a atenção e a gestão em saúde, tendo a Atenção Básica como coordenadora do processo e fortalecer a participação do controle social no setor, de forma a produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva; fortalecer as práticas de Educação Permanente em Saúde nos estados, Distrito Federal e municípios, em consonância com as necessidades, para qualificação dos trabalhadores e profissionais de saúde; promover a articulação intra e interinstitucional, de modo a criar compromissos entre as diferentes redes de gestão, de serviços de saúde e educação e do controle social, com o desenvolvimento de atividades educacionais e de atenção à saúde integral, possibilitando o enfrentamento criativo dos problemas e uma maior efetividade das ações de saúde e educação; e estimular o planejamento, a execução e a avaliação dos processos formativos, compartilhados entre instituições de ensino, programas de residência em saúde e serviços de saúde, tendo os Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino Saúde – COAPES, conforme Portaria Interministerial nº 1.127/MS/MEC, de 4 de agosto de 2015, como dispositivo norteador para favorecer a integração das ações de formação aos processos de Educação Permanente da rede de saúde.

As diretrizes para adesão ao PRO-EPS-SUS foram estabelecidas na Portaria nº 3.194, de novembro de 2017, destacando-se que uma das principais diretrizes diz respeito ao fortalecimento da Atenção Básica e integração com os demais níveis de atenção, para a qualificação dos profissionais e obtenção de respostas mais efetivas na melhoria do cuidado em saúde. No tocante ao incentivo financeiro para implementação, execução e gestão, conforme descrito no artigo 5º, da referida Portaria: “Fica instituído incentivo financeiro de custeio para

a elaboração de Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde”. Assim, para a construção dos planos, os gestores devem considerar as seguintes orientações: a) prever a duração de, no mínimo, um ano; b) o plano deve ser elaborado com a participação dos municípios e da respectiva CEIS; c) precisa ter, como eixo central, as bases teóricas e metodológicas da Educação Permanente em Saúde; d) o plano deve ser pactuado na Comissão Intergestores Bipartite – CIB.

O valor do incentivo financeiro foi definido de acordo com o número de Regiões de Saúde existentes no estado ou Distrito Federal, e o repasse dos recursos foi feito em parcela única, observadas as seguintes faixas: de 1 a 10 regiões de saúde: R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais); de 11 a 20 regiões de saúde: R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais); de 21 a 30 regiões de saúde: R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais); ou acima de 31 regiões de saúde: R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais). Ressalta-se que todos os estados e o Distrito Federal aderiram ao PRO-EPS-SUS e enviaram seus respectivos Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde ao DEGES/SGTES/MS no período de 2019.

O Planejamento no Sistema Único de Saúde está previsto na Lei federal nº 8080/90, no Decreto Federal nº 7508/2011 e na Lei nº 8.142/90, no seu Art. 4º, entre os requisitos para o recebimento dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde, essa legislação fixa que os municípios, estados e o Distrito Federal devem contar com plano de saúde e relatório de gestão (BRASIL, 1990b).

Os Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) e os Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) representam a sistematização do planejamento regional e estadual das ações de Educação Permanente em Saúde. A construção desses planos deve ocorrer de forma contínua, participativa, articulada, integrada e solidária, entre estado, município e região de saúde. Para realizar o planejamento, é mister considerar as especificidades do território, as necessidades de saúde da população, definir diretrizes, objetivos e metas a serem alcançadas por meio do desenvolvimento de ações e serviços programados para responder às demandas de ações de educação na saúde.

De acordo com os pressupostos da Pneps, os Planos de EPS devem ser construídos na lógica operacional ascendente, ou seja, a partir das necessidades de ações educativas diagnosticadas nos territórios. Nesse cenário, a CIR e a CIES têm papéis fundamentais na elaboração dos PEEPS. Ressalta-se a importante contribuição das CIES, também, na elaboração dos PAREPS.

No período de 2007 a 2011, a maioria dos estados da federação construiu os seus PEEPS tendo, como referência, os PAREPS. A partir do ano 2012, quando o repasse dos recursos financeiros para o Pneps foi suspenso, o DEGES deixou de solicitá-los aos estados. Nesse ínterim, os estados, em maior ou menor grau, continuaram com suas programações, porém sem o monitoramento do DEGES.

Com a implantação do PRO EPS-SUS, que instituiu o repasse de incentivo financeiro de custeio para a elaboração de Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), conforme mencionado no início deste capítulo, os recursos do programa PRO EPS – SUS foram repassados para os 26 estados e para o Distrito Federal. À vista disso, no final de 2018 e início de 2019, os gestores estaduais e do Distrito Federal encaminharam os seus respectivos PEEPS ao DEGES/SGTES/Ministério da Saúde e ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Ressalta-se que o envio dos Planos objetivou, também, a prestação de contas da utilização dos recursos recebidos por meio do PRO EPS-SUS.

Para conhecer o elenco de ações de EPS planejadas, nos 26 estados e no Distrito Federal, bem como as estratégias e metodologias utilizadas pelos gestores da Pneps para a construção dos seus PEEPS, optou-se por consultar os 27 (vinte e sete) Planos referentes ao período de 2019. Durante o processo de leitura e apropriação das informações contidas nos citados documentos, decidiu-se fazer uma análise comparativa das informações oriundas dos PEEPS. Nessa perspectiva, realizou-se o agrupamento das informações em nove categorias, a saber: caracterização do estado; perfil epidemiológico da população; conceito de Educação Permanente em Saúde; caracterização da força de trabalho; ações de EPS previstas no plano; indicação/descrição dos mecanismos de acompanhamento e avaliação do plano/ações de EPS; estimativa de custo total para o desenvolvimento do plano; integração ensino serviço; existência de CIES estadual/regional; relação entre os problemas de saúde e as ações educativas programadas. Os quantitativos de PEEPS/estados que apresentaram informações conforme as categorias selecionadas para esta análise, bem como os percentuais por categoria, estão descritos no Quadro 6.

Quadro 6 - Análise das ocorrências categóricas encontradas nos PEEPS dos estados brasileiros – Ano 2019-2020

Ordem	Categorias	Número de PEEPS	%
1	Indicação/descrição dos mecanismos de monitoramento e avaliação	23	85%
2	Caracterização do estado	22	81%
3	Conceito de EPS	17	63%
4	Perfil epidemiológico da população	17	63%
5	Caracterização da força de trabalho	15	56%
6	Existência de CIES estadual/regional	15	56%
7	Relação entre os problemas de saúde e as ações educativas programadas	15	56%
8	Integração ensino serviço	10	37%
9	Estimativa de custos para a Execução dos PEEPS	08	30%

Fonte: autora

Detalhamento das categorias e das informações verificadas:

1) Indicação/descrição dos mecanismos de monitoramento e avaliação do PEEPS buscou-se verificar a existência de informações referentes aos processos de monitoramento e avaliação das ações de EPS no estado e as propostas para operacionalização de atividades de monitoramento e avaliação das ações previstas no PEEPS.

2) Caracterização do estado – verificou-se as seguintes informações: população do estado, sua distribuição nos municípios e, conseqüentemente, nas regiões de saúde; o processo de regionalização, as características sanitárias das regiões de saúde, os municípios que compõem as regiões; a estrutura organizacional da saúde no estado.

3) Conceito de Educação Permanente em Saúde – nesta categoria, efetuou-se uma análise no sentido de verificar a existência de alinhamento conceitual de EPS. Assim, coube observar se havia, nas abordagens pedagógicas adotadas para a construção e desenvolvimento dos PEEPS, a relação entre os problemas diagnosticados nos territórios e as necessidades de EPS para os trabalhadores da saúde apontadas nos respectivos instrumentos.

4) Perfil epidemiológico da população – observou-se informações referentes à situação de saúde da população, a saber: taxa de mortalidade materna e infantil, principais doenças recorrentes no estado, dentre outras informações relacionadas a dados epidemiológicos do estado.

5) Caracterização da força de trabalho – observou-se informações referentes ao quadro de trabalhadores da área da saúde vinculados à SES, à forma de contratação e aos vínculos institucionais.

6) Existência de CIES estadual/regional – as informações observadas foram: a estrutura; a institucionalização, a articulação dessas instâncias, a participação efetiva dos seus representantes na discussão de EPS e a inserção dos profissionais das CIES nos processos de qualificação.

7) Relação entre os problemas de saúde e as ações educativas programadas - nesta categoria, observou-se a correlação feita entre os problemas apontados e as ações educativas programadas pelos gestores e trabalhadores responsáveis pelo planejamento do PEEPS.

8) Integração ensino-serviço – as informações verificadas nesta categoria foram: os processos de articulação entre as instituições de ensino, a gestão, os estabelecimentos de saúde e o controle social; a participação desses atores nas atividades de planejamento e nas discussões sobre a operacionalização das ações de EPS; a existência de Programas de Residências Profissionais na área da Saúde nos estados; oferta de campos de práticas e estágios na rede de serviços de saúde.

9) Estimativa de custos para a execução dos PEEPS – custo parcial e/ou total para o desenvolvimento das ações programadas nos PEEPS – verificou-se a previsão orçamentária prevista nos respectivos planos.

Chama a atenção o baixo número de estados que apresentaram a estimativa de custos para a execução das ações delineadas nos seus respectivos PEEPS. É sabido que, para desenvolver algumas ações de EPS, os custos não são elevados, no entanto, para outras, há, sim, a necessidade de um volume maior de investimentos. Essa constatação da necessidade de investimentos justifica o repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde aos Estados e municípios para oportunizar a execução de ações de EPS no SUS.

De posse das informações, observou-se que, das cinco regiões do País, quais sejam: Sul, Norte, Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste, em três categorias, uma região ficou de fora, ou seja, nenhum dos estados que a integra apresentou informações sobre os temas: integração ensino-serviço, perfil epidemiológico da população e sobre a estimativa de custo total para o desenvolvimento dos PEEPS. As regiões ausentes nas categorias foram: Região Sul (perfil epidemiológico da população e integração ensino-serviço), Região Centro-Oeste (estimativa de custo total para o desenvolvimento dos PEEPS).

Após leitura e análise dos PEEPS dos 27 estados da federação, constatou-se que 23 estados, o que corresponde a 85%, das SES, inseriram atividades de monitoramento e avaliação das ações de EPS nos respectivos PEEPS. Já as características dos estados foram descritas em 22 PEEPS (81% das SES). Ratifica-se que as informações localizadas nos planos sobre as principais características dos estados já foram mencionadas neste documento, no item (1).

Em referência ao conceito de Educação Permanente em Saúde, constata-se a existência de muita teorização, há evidências quanto à adoção da lógica ascendente. Entretanto, em alguns PEEPS, não há consonância entre os conceitos de EPS e as ações propostas. Uma hipótese para explicar essa contradição pode estar diretamente ligada aos pressupostos da EPS: a aprendizagem significativa e a problematização, pressupostos estes que favorecem a proatividade, a partilha de saberes respeitando os diversos pontos de vista de todos os envolvidos nas discussões e, por conseguinte, apresentarem os seus entendimentos sobre EPS de forma horizontal, o que pode repercutir em situações de disputa de poder no momento de definir as ações que deverão compor os PEEPS.

Dos 63% dos PEEPS que apresentaram o perfil epidemiológico da população, a maioria denotou informações sobre taxas de natalidade e mortalidade, já outros trouxeram informações sobre perfil nutricional da população, fatores de risco à saúde, doenças e agravos não transmissíveis, doenças transmissíveis, as doenças mais recorrentes nas regiões de saúde do estado, dados do programa de imunização e da violência no estado. Quanto ao detalhamento do quadro de profissionais de saúde atuante nas SES, ressalta-se que são informações importantes e necessárias tanto para subsidiar o processo de planejamento local das ações de educação em saúde quanto para o Ministério da Saúde planejar e ofertar ações de acordo com o quadro e as categorias de profissionais existentes nos estados.

No que diz respeito às CIES, constatou-se a existência dessas comissões, no âmbito estadual e/ou regional, em 56% das SES, apesar de haver informações quanto à participação de membros das CIES nos processos de planejamento dos PEEPS, percebe-se a ausência de informações sobre o funcionamento, a institucionalização e a efetividade dessas comissões, ou seja, não é possível afirmar se, de fato, as CIES estão institucionalizadas e em funcionamento de forma a garantir o seu protagonismo no desenvolvimento da Pneps no estado.

No tocante à relação entre os problemas de saúde e as ações educativas programadas, 56% dos PEEPS apresentaram a correlação entre os problemas diagnosticados e as ações planejadas. Verificou-se, ainda, os seguintes aspectos: as ações foram planejadas seguindo qual lógica? Foram planejadas seguindo a Rede de atenção? Foram classificadas por eixos? Foram

classificadas por regiões? Nas ações educativas programadas, houve priorização dos elementos: espaços que aquiesçam a problematização dos processos de trabalho no sentido de promover melhoria dos respectivos processos, as ações planejadas ocorreram e/ou serão desenvolvidas em espaços coletivos na perspectiva de garantir a participação das equipes na construção e na operacionalização das ações? Foi assegurado o protagonismo dos atores implicados com a EPS nos processos de planejamento e de execução das ações educativas?

Destaca-se que as ações mais recorrentes foram: rodas de conversa, seminários, oficinas, simpósios, capacitações, cursos de atualização, de especialização e de aperfeiçoamento. Observou-se que constam em alguns PEEPS, ainda, além das ações educativas e de qualificação profissional, atividades para a implementação de núcleos de educação permanente em saúde, instituição de grupo de trabalho para implementação da Pneps. É importante ressaltar que, de posse do elenco de ações propostas nos PEEPS e a forma como foram planejadas, é possível complementar a análise constatando-se à existência de alinhamento conceitual de EPS na equipe responsável pela condução da Pneps no estado.

Tendo por base as informações contidas nos PEEPS em relação às ações propostas, depreende-se que, quando executadas, poderão contribuir para o incremento da formação dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, com a qualificação da gestão da Política de EPS, dos serviços e do Sistema de Saúde. Constatou-se, ainda, que as linhas de ação, os objetivos e as metas foram estabelecidas com a pretensão de responder às necessidades educativas e que poderão contribuir para a redução dos nós críticos identificados. Todavia, percebe-se que há propostas de ações que fogem à lógica da EPS, como exemplo, cita-se a quantidade expressiva de cursos de pós-graduação, especialização e mestrado, que respondem à demanda por qualificação profissional, no entanto, nem sempre estão voltados para solucionar os problemas diagnosticados no cotidiano do trabalho em saúde.

As informações sobre integração ensino-serviço foram encontradas em 10 PEEPS (30% das SES). Observou-se, também, que apenas 6 destes apresentaram informações referentes aos cenários de práticas para o ensino na saúde. Convém assinalar que foram encontradas ações para contribuir com o fortalecimento da integração ensino-serviço no estado, em 7 PEEPS.

Em referência à estimativa de custos para a execução dos PEEPS, consoante com as previsões orçamentárias verificadas nos planos, nota-se que alguns estados não apresentaram as previsões de custos para o desenvolvimento das ações planejadas, já em outros poucos planos, os gestores afirmaram dispor de saldos remanescentes dos repasses de recursos recebidos do Ministério da Saúde pela Pneps. Com base nessas informações, pode-se inferir

que os recursos empregados nos planos podem representar um valor relativamente pequeno para um orçamento público e que é possível executar várias ações sem gastos relevantes, dada a natureza das ações de EPS.

Fundamentado nas afirmações dos gestores e trabalhadores responsáveis pela construção dos 27 PEEPS, constatou-se que, no processo de elaboração, a maioria utilizou informações sobre os indicadores de saúde, os problemas verificados no cotidiano dos serviços, adotou a metodologia da problematização e garantiu a participação dos atores implicados com a EPS nos estados. Cabe destacar que, em alguns PEEPS, foram envolvidos representantes da Comissão Estadual de Integração Ensino-Serviço Estadual (CIES) estadual, CIES regionais, Conselho Estadual de Saúde e Conselho de Secretários Municipais de Saúde, além disso, as informações das regiões de saúde descritas nos seus respectivos PAREPS foram utilizadas nesses planos.

Ainda referente às metodologias adotadas para a elaboração dos PEEPS, cabe destacar que um estado realizou entrevistas individuais e coletivas para fazer o diagnóstico pré-planejamento e, conforme as informações relatadas no PEEPS do referido estado, foram entrevistados, individualmente, 36 ocupantes de cargos de gestão e assessoria, e constituídos grupos focais, nos quais foram ouvidos, coletivamente, 59 profissionais.

De posse dessas informações, identificou-se o empenho dos gestores em apontar dados reais, bem como a necessidade de apoio técnico do Departamento de Gestão Educação na Saúde, da SGTES/Ministério da Saúde, no sentido de auxiliar os gestores na implementação da Pneps nos estados. A partir do elenco de informações verificadas nos PEEPS, pode-se deduzir que, nos processos de planejamento das ações, a maioria dos estados garantiu o protagonismo do coletivo de atores da política de saúde nos territórios e respeitou a lógica ascendente.

Isto posto, observa-se que a maioria dos respectivos planos foi elaborada seguindo as orientações estabelecidas na Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que traz as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e na Portaria nº 3.194, de novembro de 2017, que dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. Essa normativa traz um elenco de informações quanto aos temas que deverão ser considerados na elaboração dos PEEPS.

Ademais, apesar de haver, no Manual do PRO EPS – SUS (2017), as orientações para a elaboração dos PEEPS, estas não foram localizadas em todos os planos. Nota-se a necessidade

de construção e estabelecimento de um roteiro com o elenco de informações que deverão compor todos os planos. Sugere-se que, nos PEEPS, sejam inseridas as informações consideradas essenciais para embasar os gestores das três esferas de gestão, na tomada de decisão, no que concerne às ofertas de apoio e financiamentos de ações da Pneps.

6.2 Aplicação do Método Delphi na Avaliação da Política Pública de Educação Permanente no Brasil

Conforme os objetivos propostos, com esta pesquisa, pretendeu-se identificar as potencialidades, fragilidades, conquistas e desafios da Pneps a partir do ponto de vista dos atores implicados com a gestão e o desenvolvimento de ações de EPS. A aplicação do questionário ocorreu no período de agosto a novembro de 2020. O questionário aplicado foi composto por 14 (catorze) questões com perguntas fechadas, contendo as seguintes opções de respostas: 1. Discordo totalmente; 2. Discordo parcialmente; 3. Não concordo nem discordo; 4. Concordo parcialmente; 5. Concordo totalmente; 6. Não se aplica. Ademais, solicitou-se, também, em todas as questões, a justificativa para cada resposta (opcional).

A primeira questão delineada no gráfico exposto, na Figura 1, referiu-se ao planejamento das ações de educação permanente em saúde, cuja afirmativa foi: para que o planejamento das ações educativas possibilite o envolvimento de trabalhadores, gestores, usuários e membros das instituições formadoras e ocorra de forma ascendente, é preciso garantir que: as discussões ocorram nas Comissões de Integração Ensino-Serviço em Saúde; a construção e execução de propostas contem com ampla participação de todos os atores previstos; as ações educativas sejam definidas a partir dos problemas de saúde identificados no território, considerando a informação demográfica e epidemiológica local e regional e respeitando o Plano Municipal de Saúde. Nessa questão, obteve-se a concordância de 100% dos participantes dos 3 (três) grupos, quais sejam: gestores federais, gestores estaduais e acadêmicos (Figura 1).

Figura 1 – Avaliação da dimensão Articulação da Política Nacional de Educação Permanente pelos Atores Selecionados – Brasil - 2020



Fonte: dados da pesquisa

Em análise qualitativa, verificou-se que, apesar de haver 100% de concordância dos integrantes dos três grupos (gestores federais, gestores estaduais e acadêmicos), foi constatada a necessidade do trabalho coletivo, em equipe, com envolvimento de todos os atores trabalhadores, gestores, usuários e membros das instituições formadoras, para que essa discussão possa avançar na prática, desde o planejamento até o acompanhamento do desenvolvimento das ações. Alguns participantes da pesquisa pontuaram que:

Concordo ser preciso, mas ainda falta profundidade de participação do usuário nestes espaços. O usuário por vezes vem sendo representado por meio de outros que falam a sua percepção das necessidades do usuário, pois nem ele mesmo se percebe como o usuário (Participante 5).

Mas a EPS não se expressa somente por ações educativas formais, que podem ser planejadas desse modo. Muito da aprendizagem pela experiência acontece no cotidiano do trabalho, favorecida ou desfavorecida pela abertura de espaços coletivos de debate, fortalecimento do trabalho em equipe, aproximação mais porosa ao território, escuta ativa aos usuários e problematização do que é recolhido/produzido nesses espaços (Participante 3).

Constata-se que houve consenso entre o grupo de especialistas participantes desta pesquisa no entendimento de que a Pneps necessita do envolvimento de todos os seguimentos implicados com as ações de EPS no território. De acordo com o disposto na Portaria nº 3.194, de novembro de 2017, que dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS, nos processos de elaboração dos planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde, devem ser observados

os requisitos: o plano deverá ser elaborado com a participação dos municípios e da respectiva CIES; ser pactuado na CIB; e ter, como eixo central, as bases teóricas e metodológicas da Educação Permanente em Saúde.

Na concepção de um dos participantes desta pesquisa, além das orientações dispostas nas normativas da Pneps referentes aos Planos de Ação de EPS, é necessário, ainda, criar mecanismos para medir a sua eficácia e efetividade no alcance de seus objetivos. Na atividade de análise dos PEEPS realizada para embasar esta pesquisa, constatou-se que 85% das SES inseriram atividades de monitoramento e avaliação das ações de EPS nos seus respectivos PEEPS, observou-se, também, a inexistência de atividades de monitoramento dos PEEPS pela gestão federal. Outro fato que corroborou essa constatação foi o empenho dos gestores em pautar a necessidade de apoio técnico do DEGES/SGTES/MS, no sentido de auxiliá-los na implementação da Pneps nos estados.

Referente à atuação da EPS no sentido de promover reflexão e eleger melhores alternativas para garantir a reorganização da rede de assistência à saúde, a questão 2, exposta no gráfico da Figura 1, a baixa concordância do grupo de gestores federais participantes desta pesquisa chama a atenção: apenas 50% concordou com a afirmação, cujas justificativas apresentadas foram: “não é a EPS que garante a (re) organização da rede de assistência à saúde. É a gestão da rede em si” (participante 11); “tenho dúvidas quanto a essa garantia da reorganização da rede” (participante 2). O posicionamento do grupo de gestores estaduais, que resultou em 92% de concordância, manteve-se muito próximo do grupo de acadêmicos, no qual, 100% dos participantes concordaram que a EPS atua no sentido de garantir a reorientação da rede.

Considerando que os gestores estaduais/municipais são os principais atores diretamente implicados com a organização da rede de saúde no estado/município, assim denominados: gestores e trabalhadores da saúde que atuam na ponta, possuem propriedade para falar sobre a conformação da rede de assistência à saúde nos seus respectivos territórios. Destacam-se algumas justificativas elaboradas pelos participantes desta pesquisa pertencentes ao grupo de gestores estaduais/municipais:

[...] quando elaborado de forma ascendente a partir dos diversos territórios; executado de forma não cartorial de cumprimento protocolar; revisitada ao longo do tempo, como documento orientador e de representação dos problemas e demonstrativo de soluções" (Participante 5).

Quando se envolve os trabalhadores do SUS, Instituições de Ensino, gestores e representantes do controle social na elaboração do Plano, as possibilidades de mudanças das práticas aumentam (Participante 18).

Na Portaria nº 2.436, de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), no componente que aborda a formação e educação permanente em saúde, como parte do processo de trabalho das equipes que atuam na Atenção Básica, consta a orientação para que a EPS se desenvolva, essencialmente, em espaços institucionalizados que sejam parte do cotidiano das equipes, devendo ter espaço garantido na carga horária dos trabalhadores, e que possa contemplar a qualificação da equipe multiprofissional e dos gestores. Ainda de acordo com a PNAB:

Algumas estratégias podem se aliar a esses espaços institucionais em que equipe e gestores refletem, aprendem e transformam os processos de trabalho no dia-a-dia, de modo a potencializá-los, tais como Cooperação Horizontal, Apoio Institucional, Tele Educação, Formação em Saúde (BRASIL, 2017).

Ante o conjunto de argumentos aqui apresentados pelos especialistas participantes da pesquisa e tendo como base as normativas da Pneps, depreende-se que é imprescindível que o planejamento das ações de EPS ocorra de forma ascendente, com a participação de representantes de instituições de ensino, gestores, equipes e representantes do controle social. Constata-se, também, a necessidade de ampliar os espaços de discussão entre os gestores estaduais, gestores federais e membros das instituições de ensino, no sentido de aprofundar a discussão e a compreensão acerca do papel da Pneps na prática nos cenários estaduais.

Na questão que abordou a criação dos espaços de articulação, também conhecidos como “instância intersetorial e interinstitucional permanente para a formulação, condução e desenvolvimento da Pneps”, como sendo um espaço essencial para a garantir a efetividade das ações de EPS, a afirmação foi: “a efetividade das ações de EPS só é possível mediante processos de planejamento articulados de modo interinstitucional, intersetorial e locorregional”. Dos participantes que concordaram com essa afirmação, obteve-se os seguintes resultados conforme os grupos: gestores federais: 25%, gestores estaduais: 83% e acadêmicos 75%.

Nota-se, mais uma vez, o distanciamento entre o posicionamento do grupo de gestores federais frente aos outros grupos de especialistas participantes da pesquisa (acadêmicos e gestores estaduais). Conforme posicionamento de alguns gestores federais, destacam-se os seguintes argumentos:

Entendo que é a melhor forma, mas tenho dúvidas se a efetividade das ações SÓ É POSSÍVEL com os processos de planejamento citados (Participante 2).

Tenho minhas dúvidas sobre se é essencial essa articulação para acontecer a Pneps, apesar de defender e achar importante essa articulação, pois acredito que a Pneps ocorre na micropolítica do trabalho, que é difícil de ser mensurada (Participante 12).

As justificativas apresentadas pelos participantes do grupo dos gestores estaduais foram:

É fundamental que seja desenvolvida de forma articulada de modo interinstitucional, intersetorial e locorregional. Mas é possível fazer EP, também de forma setorial (Participante 10).

[...] estes espaços nos permitem a interlocução e olhar diferenciado no processo de implementação da EPS (Participante 5).

[...] a depender de como o Secretário Estadual de Saúde e seus assessores estratégicos conduzam a política de quatro anos de seu governo, uma articulação bem feita nesses espaços de articulação pode perdurar por muito tempo e servir como uma política de estado e não de governo; no entanto se este Secretário não estimular e apoiar estes espaços de articulação, e execuções da política andam mais devagar (Participante 18).

Dentre os argumentos apresentados pelos participantes pertencentes ao grupo de acadêmicos, destacam-se os relatos feitos pelos participantes 1 e 3:

A grande virada da EPS é fazer um sistema de saúde marcado pelas necessidades locais, linguagem local, sotaques locais, genuíno interesse pelas populações, pelas pessoas e pelos processos criativos, inventivos e inovadores (Participante 1).

Esses espaços, se democráticos, ajudam. Mas há também uma EPS construída no cotidiano do trabalho, muito mais capilar e significativa, que não depende desses espaços (Participante 3).

Verifica-se que houve alinhamento entre as opiniões dos gestores estaduais, no que concerne aos processos de articulação, interlocução na condução da Pneps. Conforme referido anteriormente no corpo deste documento, as CIES, previstas na Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/1990, no artigo 14, estabelece que deverão ser criadas as CIES e que terão, por finalidade, propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições. Ancorada no que estabelece a Pneps, essas comissões devem assumir o compromisso de indutoras de mudanças e promotoras da articulação entre as esferas de gestão e as instituições formadoras, tendo também o compromisso de garantir a participação de seus representantes, de forma efetiva e comprometida com os princípios da gestão colegiada e democrática do SUS (BRASIL, 2007).

Em 2015, a equipe técnica do DEGEGES/SGTES/MS aplicou um questionário para obter informações sobre a relação das CIES com as instâncias gestoras do SUS e com os atores da Pneps. Os resultados encontrados evidenciaram que as CIES são importantes espaços para viabilizar processos de articulação com as instituições e os setores envolvidos com o

desenvolvimento da Política, ficou constatado, também, que nos lugares onde as CIES estavam desarticuladas e/ou desativadas, os representantes da gestão estadual relataram que havia estratégias para reativá-las e/ou estruturá-las (Equipe Técnica do DEGES/SGTES/MS, 2015).

França et al. (2017), em estudo realizado no ano 2015, com o objetivo de analisar o papel das CIES na implantação da Pneps, concluíram que, apesar de o estudo ter assinalado avanços quanto à importância das CIES como espaços de negociação, pactuação e desenvolvimento da EPS, desafios ainda precisam ser superados para que se consolidem os projetos de fortalecimento da Pneps nas Secretarias Estaduais de Saúde. Ademais, percebe-se que os resultados apurados com a aplicação do questionário desta pesquisa corroboram os resultados obtidos no estudo (diagnóstico) realizado pela equipe do DEGES/SGTES/MS.

No último questionamento da dimensão "Articulação", conforme gráfico apresentado na Figura 1, cuja afirmativa foi: "a orientação para a criação e funcionamento das CIES garante o componente participação, que é relativo ao chamado controle social no SUS". Nessa questão, obteve-se o seguinte resultado: 50% de concordância no grupo de gestores federais, 83% no grupo de gestores estaduais e 75% no grupo de acadêmicos. Nota-se, portanto, ao comparar os três grupos participantes desta pesquisa, que os membros do grupo de gestores federais apresentaram o menor índice de concordância quanto à garantia da participação do controle social estar atribuída às CIES.

Na percepção do participante 2, do grupo de gestores federais, a palavra "garante" traz um peso de responsabilidade que, em tese, pode não ocorrer na prática. "A palavra garantir traz uma conotação muito forte. Não sei se garante. Entendo que é o objetivo, mas não sei se garante". O participante 5, representante do grupo de gestores estaduais, afirma que garante, "pois são olhares diferentes sobre o processo de implementação da EPS". Conforme argumento apresentado pelo (a) participante 3, representante do grupo de acadêmicos: "as CIES, em sua maioria, se tornaram espaços burocratizados, distantes da vida cotidiana das equipes e dos usuários" (Participante 3). Com base nesses relatos, constata-se que essa é uma questão que divide opiniões.

A participação da sociedade, na gestão do sistema de saúde, está amparada na Constituição de 1988, em seu artigo 198:

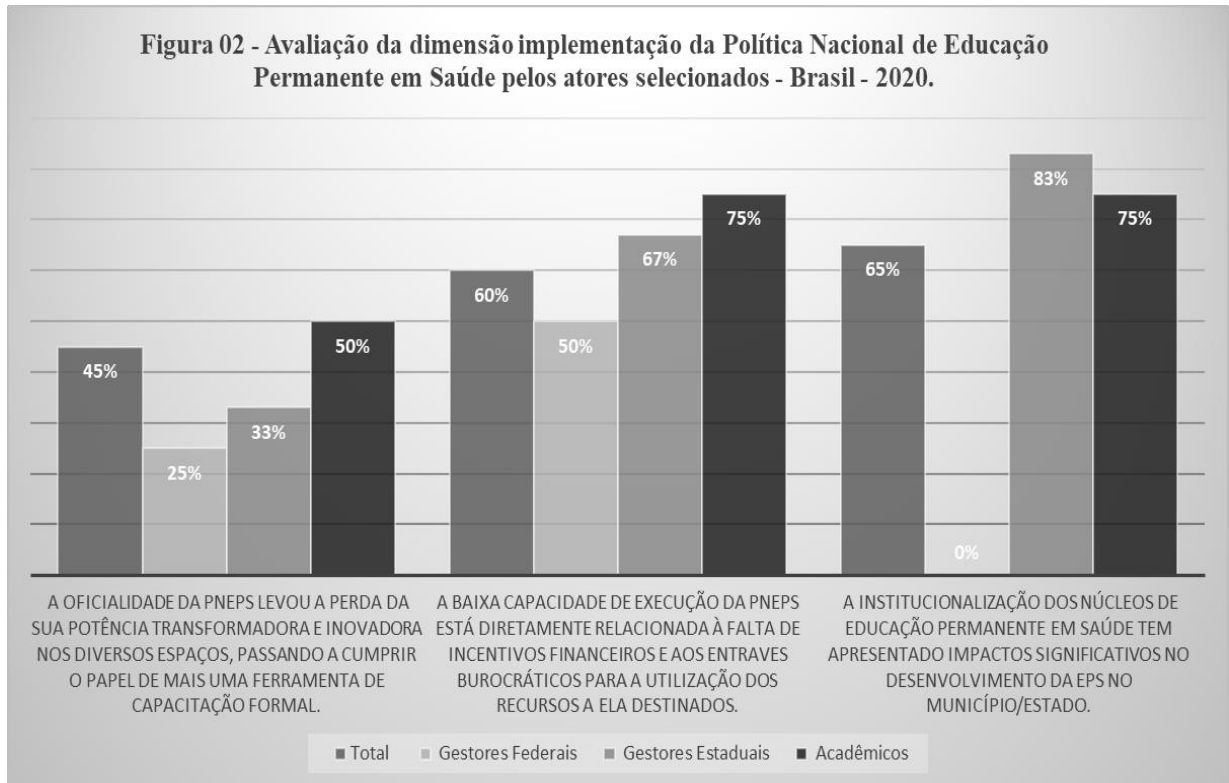
As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes": I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 2005).

Ressalta-se que, de acordo com o disposto no Anexo II, da Portaria nº 198/GM, de fevereiro de 2004, que 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, a implantação da Pneps, implica em trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições de ensino, colocando, em evidência, a formação e o desenvolvimento para o SUS como construção da EPS: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre ações e serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social (BRASIL, 2004a).

Na análise da dimensão Articulação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, ancorada nos relatos trazidos pelos atores selecionados para esta pesquisa, chegou-se à conclusão que as instituições com representações nas CIES deverão garantir a participação de seus representantes, de forma efetiva e comprometida com a produção coletiva, com a gestão colegiada e democrática dessa instância e com a construção de arranjos interinstitucionais, para a execução das ações propostas nos instrumentos de planejamento. Além disso, as CIES deverão ser compostas por membros da formação, da gestão e do controle social, de forma a ampliar a discussão de propostas pautadas na melhoria nos processos de trabalho, conforme estabelecido nas normativas da Política. Conclui-se, portanto, que apesar de haver amparo legal para assegurar a participação do controle social no planejamento das ações de EPS, é preciso que haja empenho da gestão no sentido de propiciar que essa participação ocorra, de fato, na prática. No tocante ao monitoramento dos PEEPS, sugere-se, à gestão federal, a realização de encontros presenciais/virtuais com os gestores federais, estaduais e demais envolvidos com as ações dos PEEPS, no sentido de monitorar as ações programadas nos respectivos instrumentos, bem como apoiar, tecnicamente, os gestores no desenvolvimento de ações de EPS.

Para compor a análise da dimensão Implementação da Pneps, questionou-se sobre a oficialidade das Pneps aos atores participantes desta pesquisa, para saber se essa oficialidade resultou na perda da sua potência transformadora e inovadora nos diversos espaços, passando a cumprir o papel de mais uma ferramenta de capacitação formal. Nessa questão, apurou-se os seguintes percentuais de concordância: 25% no grupo de gestores federais, 33% no grupo composto por gestores estaduais e 50% no grupo de acadêmicos (Figura 2).

Figura 2 – Avaliação da dimensão Implementação da Política Nacional de Educação Permanente pelos atores selecionados – Brasil - 2020



Fonte: dados da pesquisa

De acordo com os relatos dos participantes desta pesquisa, a institucionalização da Pneps está na dependência da concepção pedagógica praticada nos serviços, bem como no compromisso do Secretário de Estado da Saúde em implementar os princípios e as diretrizes dessa política, assinalam ainda que os locais de trabalho possuem demandas reais de formação, os gestores têm urgência para tudo e os órgãos de controle querem uma relação custo-benefício imediata. Portanto, a maneira mais burocrática de dimensionar, pagar e avaliar uma formação é obtendo o número de cursos e o número de alunos, desconsiderando, assim, a avaliação da aprendizagem, a composição de coletivos e a transformação do pensamento. Outros membros participantes pontuaram que:

A educação permanente em saúde institucionalizou-se em discurso e conhecimento, sua fragilidade está na confusão que se cria sobre o que é educação permanente em saúde. Pois por vezes confunde-se a EPS com educação continuada (Participante 5).

A perda de seu potencial transformador não advém de sua oficialidade (Participante 2).

Para os participantes 3, do grupo de acadêmicos, e 18, de gestores estaduais, que discordaram da afirmativa, as narrativas apresentadas foram:

Afirmção muito genérica. A Política se institucionalizou? Em termos. A política foi criada, modificada, não foi revogada, mas foi muito modificada por grandes mudanças de prioridade e de estratégias em diferentes momentos de governo (Participante3).

Ainda há necessidade de consolidação da concepção pedagógica trazida pela política nacional de educação permanente, onde entre os atores e gestores não assimilaram a diferença entre o que seja de fato educação permanente e educação continuada (Participante 18).

Com base nas justificativas pontuadas pelos participantes, nota-se que ainda há uma confusão entre os conceitos de educação permanente e educação continuada. A Educação Continuada é definida como processos de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele (BRASIL, 2009, p. 22). Ressalta-se que, na Educação continuada, o ‘conhecimento’ define as práticas. Já na educação permanente, as práticas são definidas por múltiplos fatores, quais sejam: conhecimento, valores, relações de poder, organização do trabalho. Ademais, a aprendizagem dos adultos requer que se trabalhe com elementos que “façam sentido” para os sujeitos envolvidos ou seja, “aprendizagem significativa” (BRASIL, 2015, p. 8).

O segundo ponto de discussão, na dimensão Implementação, abordou a questão dos repasses de recursos financeiros, cuja afirmação foi: “a baixa capacidade de execução da Política está diretamente relacionada à falta de incentivos financeiros e aos entraves burocráticos para a utilização dos recursos a ela destinados”. Apurou-se os seguintes resultados entre os concordantes dos respectivos grupos: 50% no grupo de gestores federais, 67% no de gestores estaduais e 75% nos acadêmicos. Constatou-se que os grupos manifestaram posicionamentos bem próximos quanto ao grau de concordância nesse ponto de discussão. Dentre as falas trazidas pelos participantes, destacam-se:

O entrave burocrático dificulta a execução das ações, porém ele apresenta demanda para os gestores e trabalhadores que é compreender que a EPS se coloca de forma transversal aos processos de trabalho. Desta forma ela pode e deve operar com os recursos existentes nas áreas técnicas. A falta de repasse impacta na questão da institucionalização da Educação na Saúde no cotidiano (Participante 5).

O que mais trava a EPS é a burocracia, os tipos de controle dos órgãos financeiros, a falta de autonomia das instâncias locais, o excesso de papéis, processos formais e critérios de fiscalização, a questão da institucionalização da Educação na Saúde no cotidiano (Participante 1).

Concordo, mas ressalto que o repasse de incentivos financeiros não garante a execução da política (Participante 2).

O problema principal é que não há aposta para construção criativa do SUS e das práticas de saúde nos diferentes territórios. Ao invés de favorecer a interrogação das práticas e a construção coletiva, as estratégias adotadas levam mais à transmissão de conceitos, fortalecem o governo por meio de normas e portarias, buscam instituir o controle do trabalho vivo, desvalorizam os saberes que não são técnicos, burocratizam espaços coletivos (Participante 3).

A falta de recurso fragiliza a Pneps no território e por outro lado os entraves burocráticos para a utilização do recurso, faz com que vários municípios não utilizem o recurso nas ações de EPS. Algo que exige maior apoio técnico dos estados e Ministério da Saúde (Participante 10).

A baixa capacidade de execução da Pneps, acredito que esteja muito mais voltado na dificuldade de compreender o que é esta ferramenta, qual a sua essência, sua proposta metodológica e ideológica, do que diretamente relacionada à falta de incentivos financeiros (Participante 10).

Claro que o incentivo financeiro é fundamental para o desenvolvimento dessa política, e os entraves burocráticos dificultam sim a utilização dos recursos a ela destinados. (Participante 13).

O participante 4 (acadêmicos) cujo posicionamento foi discordante, afirmou que outros fatores contribuem para a baixa execução da política, como a desqualificação dos gestores da saúde traduzida na ausência de investimento local para as ações de educação em e na saúde (Participante 4). O participante 7 (grupo gestores estaduais) afirmou não acreditar que a baixa capacidade está ligada somente à falta de incentivo financeiro.

Tendo por base os argumentos apresentados pelos participantes desta pesquisa, observa-se que foi consenso, para a maioria, a alegação de que há vários fatores desfavoráveis à execução dos recursos, principalmente, no tocante às legislações locais que engessam essa execução. Como exemplo, relatam a impossibilidade legal de pagamento de hora aula aos servidores públicos, sob a alegação de que o servidor já recebe o seu salário. No documento Relatório Diagnóstico do DEGES/2015, no qual obteve-se informações sobre estratégias adotadas pelos gestores estaduais da Pneps para enfrentar os nós críticos por eles identificados, verificou-se que um dos estados enfrentou essa dificuldade lançando mão do “Decreto hora-aula”, para possibilitar a remuneração de pessoa física, tanto a servidores estaduais e municipais como a convidados externos, para desenvolver ações de EPS. O referido instrumento legal possibilita, ainda, a contratação de professores a partir da elaboração dos projetos educativos que atendam às necessidades de formação (RELATÓRIO DIAGNÓSTICO, DEGES/2015).

Ainda, em relação às questões relativas à dimensão Implementação da Pneps, buscou-se a opinião dos participantes referente à institucionalização dos Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEPS). Nessa direção, formulou-se a seguinte questão: “a institucionalização dos NEPS tem apresentado impactos significativos no desenvolvimento da EPS no município/estado”. Concordaram com essa afirmativa: 83% dos representantes do grupo de gestores estaduais e 75% pertencentes ao grupo de acadêmicos. Nenhum integrante do grupo de gestores federais concordou com a existência de impactos significativos no

desenvolvimento da Pneps associados à presença/existência/institucionalização dos NEEPS. Esses mesmos gestores não apresentaram justificativas, infere-se, portanto, que os participantes do grupo de gestores federais não se sentiram confortáveis para comentar a respeito dos NEEPS, talvez, por não disporem de informações atualizadas acerca dos seus funcionamentos e contribuições para o desenvolvimento da Pneps.

Dos 20 participantes desta pesquisa, 13 concordaram que os NEPS têm impactado significativamente para o desenvolvimento da Pneps nos territórios e acreditam que a única maneira de tornar e manter a EPS como uma política é por meio dessas estruturas formais de gestão da própria educação. O participante 3 pontua que: “quando foram construídos ajudaram, embora, em geral, só contem com a participação dos gestores”. Outros relatos apresentados pelos participantes integrantes dos grupos de gestores e acadêmicos foram:

A partir dos NEPS a Pneps está melhor organizada dentro das unidades de saúde, e participantes no planejamento das ações de EPS junto a cada instituição de saúde (Participante 6).

Aqui no Estado no nosso Planejamento estão previstos a implantação de 24 núcleos de educação permanente nos serviços. Atualmente alguns poucos serviços da Secretaria possuem núcleos de educação permanente e aqueles serviços que os têm funcionam melhor (Participante 18).

Os núcleos municipais têm contribuído bastante no processo de qualificação da prática profissional dos trabalhadores; Tem contribuído na mobilização local de pessoas para trabalhar as ações problemáticas do território; Tem valorizado a expertise dos trabalhadores locais e mapeamento de profissionais para contribuir nas atividades; Tem favorecido planejamento coletivo para o desenvolvimento das ações; tem articulado o processo da intersetorialidade com adesão significativa ao processo; O gestor municipal tem sensibilizado de forma positiva sobre a importância dos NEPS municipais (Participante 13).

De fato, uma vez criado o Núcleo de Educação Permanente consegue dar voz e mais autonomia na promoção de ações de planejamento e gestão; além de dar mais protagonismo aos servidores. Paralelamente, parece ser interessante almejar que não se “garanta” poder de decisão aos Núcleos, apenas se conseguir atrelá-lo a um cargo em comissão. Mas, preferencialmente, a uma função gratificada que se vincule a um servidor efetivo do Estado/município e, por consequência, conferindo-lhe uma existência e ações mais “perenes” no âmbito das SES, apesar da sazonalidade dos ciclos políticos nos Estados e municípios (Participante 16).

Ante ao conjunto de argumentos trazidos pelos participantes, pode-se inferir que os NEPS têm favorecido o desenvolvimento da Pneps no que diz respeito às ações de planejamento, articulação e intersetorialidade, e que a existência desses espaços, no âmbito da SES, possibilita o desenvolvimento contínuo das ações de EPS. Com base nas falas dos participantes deste estudo, observa-se, ainda, que a gestão municipal tem reconhecido também a importância dos NEPS municipais.

Ao analisar a dimensão Implementação da Pneps, infere-se que um dos motivos para justificar a fragilidade no tocante à oficialidade dessa Política pode ser em consequência desta apresentar-se frágil para regulamentar as ações de EPS, apesar de possuir princípios e diretrizes para orientar a formação. Os conteúdos das falas dos interlocutores que responderam a esta pesquisa demonstram que, na prática, a Pneps expõe fragilidade na regulamentação de ações de EPS. Fica nítida, também, a confusão existente entre os conceitos de Educação Permanente e de Educação Continuada. No que concerne à execução da Pneps, constata-se a necessidade de repasses de recursos financeiros, embora a inexistência de recursos para essa Política impacte na questão de sua institucionalização, no entanto, a existência e/ou repasses de recursos regulares não garante a sua execução. A fragilidade na execução da Pneps pode ser consequência da dificuldade de compreender a sua potência enquanto ferramenta que possui proposta metodológica e ideológica que contribui para interrogar as práticas e auxilia na construção coletiva dos saberes.

Quanto aos impactos referentes à contribuição dos NEEPS, consta-se que, em alguns lugares, esses espaços estão instituídos e vêm desenvolvendo ações de articulação, mobilização, além de promover o reconhecimento e a valorização dos conhecimentos dos trabalhadores locais, no que diz respeito à estratégia de mobilização de profissionais para trabalhar as ações de EPS nos respectivos territórios.

Para analisar a dimensão Impactos da Pneps, tendo por base o olhar dos atores selecionados para responder a esta pesquisa, questionou-se acerca dos impactos positivos em relação à execução da Pneps nos lugares onde está estabelecida a lógica da regionalização e que possuem instituídos os colegiados de gestão. Obteve-se, para essa questão, os seguintes percentuais de concordância entre os 3 (três) grupos: 50% do grupo de gestores federais, 90% dos gestores estaduais e 75% no grupo de acadêmicos, conforme gráfico disposto na Figura 3.

Figura 3 – Avaliação da dimensão Impactos da Política Nacional de Educação Permanente pelos atores selecionados – Brasil – 2020

Figura 03 - Avaliação da dimensão impactos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde pelos atores selecionados - Brasil - 2020.



Fonte: dados da pesquisa

Em resposta à questão abordada no primeiro gráfico da Figura 3, o participante 1 pontuou que: “a EPS funciona melhor onde integra a lógica de gestão do município/estado ou de uma política assistencial ou do serviço onde ela acontece”. O Participante 5 afirmou que gera impactos se a lógica da regionalização for compreendida como ferramenta de organização dos processos de trabalho e de gestão. Destaca-se outras narrativas apresentadas pelos participantes integrantes dos 3 três grupos:

[...] ela não é potencializada dessa forma porque as gestões não compreendem e por ser, na maioria médicos criados pelo modelo hospitalocêntrico visa apenas construção de unidades sem o menor interesse na prevenção e no desenvolvimento dos trabalhadores envolvidos. O pessoal da EPS sempre trabalha sozinho e só consegue avançar desde que o plano não necessite de apoio da gestão (Participante 17).

A EPS materializa uma plataforma de disputas e de construção permanente e que a Gestão não aposta na democratização das relações só adota EPS= capacitação e rejeita EPS=aprendizagem compartilhada (Participante 3).

Sim. Mas nem todo secretário de estado da saúde com sua equipe estratégica assimilam e ajudam a desenvolver os princípios e diretrizes da Pneps e muitas vezes não os colocam em prática (Participante 18).

Conforme entendimento do participante 11 (grupo de gestores federais), que se posicionou em desacordo com a afirmação da questão em análise:

[...] a interferência pretendida é na lógica de gerir a gestão do trabalho e da Educação na Saúde, é na forma de conduzir, é ouvindo todos os atores, considerando as necessidades de saúde da população, os problemas advindos do processo de trabalho. E não no achismo de uns poucos iluminados determinando as ações educativas necessárias aos profissionais e trabalhadores (Participante 11).

Com base nas narrativas acima, pode-se inferir que é preciso que haja uma melhor compreensão acerca da essência da EPS. Assim, conclui-se que a EPS, quando vista e compreendida como uma ferramenta pedagógica para promover análise crítica dos processos de trabalho e impulsionar a produção do conhecimento, tendo como elemento balizador as necessidades verificadas nos diversos territórios de atuação das equipes de Saúde, exerce o seu papel de importante ferramenta para a produção de conhecimento e de aprendizagem compartilhada.

Para analisar os impactos produzidos com a implantação das orientações da Pneps no que concerne ao estreitamento da relação entre os serviços de saúde e as instituições de ensino, buscou-se saber se a Pneps promoveu esse estreitamento. Os percentuais de concordância obtidos nos respectivos grupos foram: 25% no grupo de gestores federais, 83% de gestores

estaduais e 100% de acadêmicos. Em resposta a essa questão, os participantes desta pesquisa apresentaram as seguintes justificativas:

Embora a política de educação permanente tenha afirmado essa pauta pelo lado da saúde, também as diretrizes curriculares nacionais dos cursos da saúde contribuíram de modo importante para colocar esse debate e várias experimentações em pauta (Participante 3).

Concordo, pois, ela vem sendo pautada nos espaços institucionais, porém ainda de forma embrionária ou atrelada a características personificadas em alguns trabalhadores que compreendem a relevância da educação permanente em saúde como ferramenta de gestão democrática do trabalho. Desta forma percebo que ampliou-se, porém, ainda de forma pontual (Participante 5).

De fato, na prática está havendo um estreitamento da relação entre os serviços de saúde e as instituições de ensino. Tanto no ensino público como no setor privado está presente essa discussão, de forma que passou a integrar os currículos nas escolas em todo o país (Participante 7).

A Política Nacional trouxe no seu bojo a instituição das comissões permanentes de integração ensino-serviço, que no estado está constituída nas quatro regiões de saúde do estado, com reuniões ordinárias mensais onde as Instituições de ensino são atores que participam juntamente com os gestores, trabalhadores do SUS e representantes do controle social (Participante 18).

O debate vem ocorrendo entre as esferas de governo, com o objetivo de implementar a Pneps, ampliando a discussão entre áreas técnicas e instituições de ensino como: escola de saúde pública, núcleos de educação permanente na reformulação e elaboração dos planos de Educação Permanente em Saúde (Participante 19).

Na questão em análise, obteve-se um baixo índice de concordância no grupo de gestores federais, fato já constatado em questões anteriores, destaca-se a justificativa apresentada por um participante deste grupo, que se posicionou em desacordo com a afirmação que a Pneps promoveu o estreitamento da relação entre os serviços de saúde e as instituições de ensino: “Concordo um pouco com a primeira frase. Mas em relação à segunda, não acho que seja a Pneps a causadora da ampliação da discussão das questões do SUS nos espaços de formação”.

Com base nas afirmações feitas pela maioria dos participantes, conforme acima referidas, a pauta da integração ensino-serviço vem sendo discutida nas esferas de governo, nas CIES, e a Pneps tem contribuído para efetivar o estreitamento da relação entre os serviços de saúde e as instituições de ensino. Cabe destacar que são eixos fundamentais dessa Política: a formação de profissionais de saúde e o desenvolvimento dos trabalhadores que atuam no SUS. Convém, ainda, sobrelevar que esses processos formativos devem ser planejados a partir das necessidades de saúde da população e considerar as singularidades existentes em cada território. Nessa direção, além da importante contribuição das CIES, destaca-se, também, a criação do COAPES, o referido instrumento foi instituído pela Portaria Interministerial nº 1.127, de 04 de agosto de 2015, que estabelece as diretrizes para a celebração dos contratos, com o objetivo de

promover o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS.

Ressalta-se que o COAPES é um dispositivo da Pneps ofertado aos atores do SUS, quais sejam: gestores, trabalhadores e usuários, e da Educação Superior da área da saúde (gestores, docentes e estudantes), para promover processos participativos de construção da formação e do desenvolvimento profissional no SUS e para o SUS. O referido instrumento foi pensado e instituído para facilitar os processos de negociação e tomada de decisão que envolvam ações de integração ensino-serviço-comunidade. A celebração desse contrato visa garantir o acesso do ensino superior aos estabelecimentos de saúde como cenário de prática e direcionar esforços para que os programas de formação contemplem compromissos da educação superior, com a melhoria dos indicadores de saúde e do desenvolvimento dos trabalhadores de saúde do território (BRASIL,2015).

Com o intuito de conhecer possíveis impactos produzidos pela Pneps, no que concerne às mudanças ocorridas nos processos de trabalho, foi feita a seguinte afirmação: “com a concepção de aprendizagem significativa e em ato no cotidiano do trabalho, a Pneps possibilitou o fortalecimento e a transformação nos processos de trabalho”. Sendo este um dos maiores impactos dessa Política, principalmente, no que diz respeito ao trabalho em equipe de forma Interprofissional, apresenta-se algumas justificativas trazidas pelos participantes dos três grupos a seguir. Os percentuais de concordância apurados nos grupos participantes da pesquisa foram: gestores federais 25%, gestores estaduais 83% e acadêmicos 75%.

Concordo no que se refere à atenção primária, pois ela possibilitou condições de se pensar o território. Porém ainda há uma limitação no que se refere ao espaço da atenção secundária e terciária de média e alta complexidade (Participante 5).

Com muitas limitações, mas ainda é a estratégia mais importante que temos (Participante 8).

A Pneps só acontece em equipe e envolvendo todas as profissões e níveis de formação, portanto incentiva a interprofissionalidade, a interdisciplinaridade e as intercessões entre diferenças (Participante 1).

Sim, devido a implantação nas unidades de saúde dos núcleos de educação permanente os NEPS, tivemos um avanço de uma aprendizagem significativa onde todos os atores estão envolvidos neste processo (Participante 6).

[...] acredito que ela também é verdadeira no que concerne ao trabalho em equipe, mesmo que não interprofissional. Digo isso, porque eu já vivenciei fortalecimento e transformação dos processos de trabalho de uma equipe de enfermagem, a partir da utilização das diretrizes e princípios da Política (participante 2).

Referente ao exposto pelo participante 5, ressalta-se que o argumento está ancorado na Política Nacional de Atenção Básica, conforme disposto no seu artigo 2º, Parágrafo 1º, estabelece que a atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e dos serviços disponibilizados na rede. Nessa direção, compreende-se que a APS reúne condições que favorece a reorientação dos processos de trabalho, considerando a composição das equipes de saúde da família, que reúne profissionais de diferentes categorias e, por conseguinte, privilegia o exercício da problematização e análise crítica dos seus processos de trabalho, a partir dos diversos olhares dos respectivos integrantes das equipes.

Ademais, corroborando a afirmação feita pelo participante 1, no que diz respeito à interprofissionalidade, interdisciplinaridade e a EPS acontece em equipe e privilegia o diálogo, os questionamentos e a problematização dos processos de trabalho. Consta-se que as equipes de trabalho, por abrigarem diversos profissionais de categorias distintas, favorecem o exercício da EPS, uma vez que, ao reunir diversos profissionais para discutir e pensar estratégias de intervenção nos problemas identificados, potencializa o compartilhamento de diferentes saberes no cotidiano do trabalho.

Na concepção do participante 2, a contribuição da Pneps, no tocante ao fortalecimento e à transformação nos processos de trabalho, pode ser verificada, também, no trabalho em equipe, mesmo naquela que não possua, em sua composição, a interprofissionalidade. Ele apresenta, como alicerce para a afirmação, o fato de já ter vivenciado o fortalecimento e a transformação dos processos de trabalho de uma equipe de enfermagem, a partir da utilização das diretrizes e dos princípios da Pneps. Pode-se concluir que a EPS promove a transformação dos processos de trabalho nas equipes independentemente da sua composição, embora haja uma vertente que defende que a interprofissionalidade e a multiprofissionalidade potencializam a ampliação dos debates, considerando os diversos pontos de vista das diferentes categorias profissionais atuantes nessas equipes.

Na questão formulada para investigar aspectos relativos às trajetórias da Pneps, utilizou-se a seguinte afirmação: “a Pneps já está totalmente enraizada na cultura institucional do SUS. Suas trajetórias já não dependem tanto das mudanças de ciclos políticos que a alternância de poder traz para a administração pública”. Constatou-se que, nesta questão, o índice de concordância foi muito baixo, conforme resultados expostos no 4º gráfico da Figura 3, cujos percentuais foram: 25% de concordantes no grupo de gestores federais, 17% de concordantes no grupo de gestores estaduais e 25% no grupo de acadêmicos. Conforme o relato do

participante 1 (grupo de acadêmicos), “a Política tem sobrevivido a 5 mudanças na presidência e no ministério da saúde, assim como nas secretarias estaduais e municipais de saúde. Gestores tentaram derrubar a política, mas segue sendo defendida nas instâncias de governo e de controle social.”. Já o participante 5 relata que a Pneps passou a ser um eixo forte na instituição, e que essa conquista está creditada à institucionalização das Escolas Técnicas e aos processos de interação ensino e serviço relativos à formação técnica e de nível superior. No entanto, “há um desafio constante para a educação permanente em saúde, viva em ato” (Participante 5). Dentre as justificativas apresentadas pelos participantes que discordaram da conclusão descrita nessa questão, destaca-se:

A Pneps não está totalmente enraizada na cultura institucional do SUS e suas trajetórias não são independentes das mudanças políticas (Participante 2).

A EPS deixou sua marca cravada, principalmente pelo modo compartilhado como foi construída no começo. Atualmente ela mais simboliza um desejo de mudar, de fazer diferente, que ficou como aposta. Mas está muito distante de ser uma aposta institucionalizada (Participante3).

De maneira nenhuma, na verdade a alternância de poder implica em desarticulação do trabalho desenvolvido, tanto na gestão das escolas como nas atividades no território. Perdemos muito da memória de toda essa discussão e construção de saberes ao longo dos últimos 10 anos (Participante 8).

Diante das falas aqui apresentadas, observa-se que a Pneps encontra-se frágil quanto à sua institucionalização. Entretanto, é preciso considerar que a questão, aqui pontuada para discussão, trouxe um elemento delicado, qual seja: a afirmação de que as trajetórias da Pneps não dependem das mudanças políticas. Percebe-se que a institucionalização dessa Política está subordinada à vontade política para permanecer na agenda. No entanto, as ações de EPS acontecem na micropolítica do trabalho desde que as equipes adotem as ações de EPS como ferramenta de gestão dos seus processos educativos e percebam-se protagonistas desses movimentos.

A questão explanada no 5º gráfico, da Figura 3 refere-se às Residências em Área Profissional da Saúde, criadas por lei, em 2005, que tinham, por objetivo, formar profissionais alinhados aos princípios do SUS. A afirmativa para disparar a discussão foi: pode-se afirmar que as Residências que mais deram certo seguiram um currículo baseado na EPS. Nos três grupos, 25% gestores federais, 17% gestores estaduais e 50% acadêmicos concordaram que as residências que mais se destacaram foram aquelas que utilizaram a EPS para embasar os seus currículos, conforme comentários dos representantes dos grupos anteriormente citados:

Sim. Residência multiprofissional como dispositivo de mudança tem a EPS em seu coração: aprendizagem coletiva a partir de experiências compartilhadas (Participante 3).

Principalmente as residências multiprofissionais em saúde. Em especial as residências em saúde da família e comunidade e as residências médicas interligadas com as residências multi que transversalizam o processo formativo entre os níveis de atenção (Participante 5).

As residências em saúde são o padrão ouro de formação para todos os profissionais do SUS, pois elas foram instituídas para o aprendizado no trabalho e pelo trabalho (Participante 18).

Houve um relato apresentado pelo participante 1, que discordou da afirmação posta na questão em discussão:

As residências mais identificadas com o SUS seguem a EPS, mas muitas que "deram certo", simplesmente são dos HU e há uma enorme quantidade de residências uniprofissionais (Participante 1).

Constatou-se que apenas 08 dos 20 participantes concordaram. Cabe destacar que a maioria dos participantes desta pesquisa afirmou possuir pouca informação para responder a essa questão, por essa razão, obteve-se um baixo quantitativo de argumentos. Os que concordaram que as Residências que mais deram certo seguiram um currículo baseado na EPS creditaram o protagonismo às Residências Multiprofissionais. Nesse sentido, buscou-se estudos sobre a contribuição das Residências que utilizaram a EPS no desenvolvimento de suas atividades profissionais/formativas.

Silva et al. (2016) realizaram uma pesquisa qualitativa (estudo de caso que envolveu 16 profissionais) cujo objetivo foi compreender como a Educação Permanente em Saúde é desenvolvida no cotidiano dos profissionais de uma Residência Multiprofissional em Saúde, de um hospital de ensino, no Sul do Brasil. Segundo as pesquisadoras, os resultados obtidos com o estudo mostraram que a residência multiprofissional desponta como criadora de espaços coletivos, ao promover os encontros entre sujeitos que desenvolvem suas ações fundamentadas em uma formação pedagógica pautada na educação permanente. Ancorada nessa constatação, Silva et al. (2016) concluíram que os integrantes da Residência Multiprofissional em Saúde têm a possibilidade de pensar outros modos de produzir saúde, incentivando a busca pelas transformações das práticas profissionais para produzir novas ações em saúde.

Com o propósito de investigar possíveis mudanças provocadas pela Pneps nos processos de formação, formulou-se a seguinte questão: “a Educação Permanente em Saúde surge como um eixo norteador de uma nova prática pedagógica ao estimular a utilização dos serviços de saúde para atividades curriculares e extracurriculares dos cursos técnicos, de graduação e pós-

graduação na área da saúde e, ao articular, junto às Instituições de Ensino Técnico e Superior, mudanças em seus cursos técnicos, de graduação e pós-graduação, de acordo com as necessidades do SUS”. Mesmo com essas orientações descritas na Portaria GM/MS nº 1.996/2007, percebe-se que a Pneps pouco interferiu nas mudanças do ensino técnico, de graduação e pós-graduação das profissões da área da saúde. Os percentuais obtidos de acordo com os concordantes nos respectivos grupos foram: 50% correspondente ao grupo de gestores federais, 75% ao grupo de gestores estaduais e 75% de acadêmicos. Percebe-se que, nessa questão, o conjunto de especialistas distribuídos, nos três grupos, manteve-se muito próximo quanto ao grau de concordância e, também, em relação às justificativas que serão apresentadas, conforme os grupos, os acadêmicos trouxeram os seguintes argumentos:

“A formação docente e gestão universitária maior não compreendem o SUS e os sistemas de avaliação seguem o modelo da pesquisa e publicações em revistas indexadas” (Participante 1).

“Sim, mais comum isso nas residências multiprofissionais do que nos cursos de graduação, entretanto” (Participante 3).

“Os cursos ainda estão centrados no modelo do ato médico, apesar de algumas tentativas de mudança nos currículos da graduação” (Participante 4).

Os gestores federais e estaduais apresentaram as seguintes afirmações:

A institucionalização da EPS concorre com processos formativos sócio historicamente cristalizados (Participante 5).

Na minha opinião ainda falta maiores investimentos do governo federal na implementação da Pneps, pois a instituição de uma Portaria não basta para que a mesma seja implementada (Participante 12).

Vejo que a Pneps tem sido colocado em prática nos serviços. No campo da formação ela é transversal e consta na grade curricular, como mais uma política do SUS (Participante 13).

É preciso estratégias mais elaboradas para influenciar as instituições de ensino a inserirem em suas matrizes curriculares uma concepção pedagógica crítico reflexiva, que coloque no mercado profissionais de saúde alinhados ao Sistema Único de Saúde (Participante 18).

O participante 12, pertencente ao grupo de gestores federais, destacou que é preciso investir mais na implementação da Pneps. O Participante 11, que não concordou com a afirmação de que a Pneps pouco interferiu nas mudanças do ensino técnico, de graduação e pós-graduação das profissões da área da saúde, justificou a sua discordância com o seguinte relato:

Os serviços sempre foram utilizados como campo de prática para a formação, mesmo antes da existência da Pneps. Ela, a Pneps, propõe uma nova prática pedagógica para a qualificação profissional em serviço, que considere a necessidade dos profissionais, advindas da reflexão sobre o processo de trabalho e as demandas e necessidades dos

usuários. As mudanças no ensino são influenciadas pelas demandas do mercado de trabalho. No caso da saúde, temos o SUS como influenciador, dado que é o mais robusto empregador. Não menos importante, o modelo de atenção público e privado que ditam o perfil profissional requerido pelo mercado (Participante 11).

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), compete ao setor saúde contribuir para que a educação vincule-se ao mundo do trabalho e às práticas sociais em saúde e, para que esse setor cumpra a sua finalidade constitucional de desenvolvimento pleno dos educandos, pode-se afirmar que é consenso, entre os críticos da educação dos profissionais de saúde, o fato de ser hegemônica a abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada. Na concepção desses autores, o modelo pedagógico hegemônico de ensino é centrado em conteúdos, organizado de maneira compartimentada e isolada, fragmentando os indivíduos em especialidades da clínica, dissociando conhecimentos das áreas básicas e conhecimentos da área clínica, centrando as oportunidades de aprendizagem da clínica no hospital universitário, adotando sistemas de avaliação cognitiva por acumulação de informação técnico-científica padronizada, incentivando a precoce especialização e perpetuando modelos tradicionais de prática em saúde.

Consoante às informações oriundas dos campos de práticas, por meio de relatos, percebe-se que a EPS vem contribuindo, de forma significativa, com os processos de articulação entre ensino, serviço e comunidade, e tanto as SES como as instituições de ensino foram beneficiadas com implantação da EPS, por se tratar de uma ferramenta metodológica que possibilita estimular o exercício de reflexões sobre o papel das políticas de saúde. Os compromissos de profissionais de saúde e de educação com a saúde da população é uma forma de convidar os alunos e profissionais de saúde a pensar juntos os processos de trabalho em saúde. Considerando que os alunos não são meros “robôs” que estão ali apenas para receber informações, na lógica da EPS, eles são convidados a pensar o trabalho em saúde no coletivo e é importante que a EPS se faça presente nas etapas de formação.

Convém destacar que as Residências Profissionais da Área da Saúde e o PET- Saúde são estratégias que possuem habilidades para suprir essa demanda e estimular os questionamentos acerca dos processos de trabalho, como possibilidade de pensar o campo da saúde como campo pedagógico, campo terapêutico e campo técnico, que está mais ligado à organização dos processos de trabalho. Cabe destacar que as Residências Multiprofissionais podem ser vistas, também, como estratégias para suprir a demanda dos profissionais que, durante a formação, não tiveram oportunidade de vivenciar o território pela lógica da multiprofissionalidade. Ademais, cabe reforçar que, durante o exercício deste estudo,

constatou-se que o PET Saúde também tem contribuído para suprir essa necessidade de vivenciar o território durante os processos de formação.

O último ponto de discussão da dimensão Impactos refere-se ao protagonismo das equipes de atenção à saúde, o argumento disparador dessa discussão foi: “a Pneps tem garantido o protagonismo das equipes de atenção à saúde de forma mais abrangente que o protagonismo exercido pelas equipes de gestão. Portanto, conclui-se que os movimentos de EPS estão sendo gestados nos serviços de saúde”.

Nessa questão, obteve-se os seguintes percentuais conforme os grupos: 50% no grupo gestores federais, 58% no grupo gestores estaduais e 50% no grupo de acadêmicos.

Percebe-se que houve consenso entre os grupos participantes quanto aos seus posicionamentos para responderem a questão, os que concordaram trouxeram as seguintes narrativas:

O pessoal dos serviços também vem lendo, se informando e aprendendo o que é a EPS, assim, insere essa lógica nas reuniões de equipe, no apoio matricial, na supervisão clínico-institucional e até mesmo nos treinamentos da educação em serviço (Participante 1).

Concordo com a afirmativa e entendo que os movimentos de educação permanente em saúde não estão sendo exclusivamente gestados nos serviços de saúde (Participante 2).

Sim pois os profissionais de saúde ao lançar mão da EPS têm possibilitado por vezes a construção coletiva, com aprendizagem significativa e organização do trabalho. Os profissionais de gestão (administrativa) possuem maior limitação e pouco uso da EPS, sendo mais burocráticos-normativos-legalistas (Participante 5).

Daí parte dessa consequência é que os gestores nas SES ainda se sentem um pouco alijados ou mesmo desconhecedores do processo e com maiores dificuldades para defender a Educação Permanente com a importância e prioridade que tencionamos (Participante 16).

O participante 18, que discordou um pouco da afirmação contida na questão aqui em análise, trouxe a seguinte narrativa:

Atualmente o Secretário Estadual de Saúde implantou junto ao governo do estado, Lei, portarias e projetos, que protagonizaram ações de educação permanente, antes pensadas pelas áreas técnicas, mas não implementadas por estas. Dessa forma, as equipes de atenção estão sendo formadas na concepção pedagógica crítico-reflexiva, coisa que antes ficava apenas no discurso das equipes ou numa prática muito tímida que passava longe desta concepção adotada. Dessa forma os serviços de saúde estão percebendo uma nova forma de trabalhar e produzir conhecimento que tem efeitos significativos na forma de aprender trabalhando (participante 18).

Com base nesse relato, observa-se que, nesse estado, as equipes de gestão estão trilhando os caminhos da EPS ao lançarem mão de estratégias para legitimá-los enquanto protagonistas das ações de EPS. Corroborando a narrativa do participante 18, o participante 4 pontuou que tanto as equipes de atenção à saúde quanto às equipes de gestão possuem a mesma chance de atuação no âmbito da Pneps, nessa mesma linha de pensamento, o participante 13 afirmou que a ação de educação permanente em saúde tem ocorrido nos dois espaços tanto nas equipes de atenção à saúde quanto nas equipes de gestão. Embora, às vezes, essas equipes façam EPS sem necessariamente se darem conta que aquela atividade é em uma ação de EPS. O/a participante 12 traz a seguinte afirmação: “não sei se mais abrangente, mas acredito que a Pneps se dê mais nos pequenos espaços, entre os pares, na micropolítica do trabalho” (Participante 12).

Ancorada nas falas dos participantes deste estudo, conclui-se que a EPS vem sendo desenvolvida no cotidiano de trabalho das equipes e dos espaços de gestão, embora, aparentemente, de forma mais tímida, nos espaços de gestão e mais abrangente nas equipes de atenção. Para justificar essa constatação, considerou-se, como fator preponderante, a dinâmica do trabalho exercido pelos profissionais das equipes de atenção à saúde, cujos processos de trabalho demandam discussões, estudos de casos e compartilhamento de informações acerca dos problemas de saúde das populações, bem como as necessidades de conhecimento e intervenções nos respectivos territórios de atuação dessas equipes.

7 CONCLUSÃO

Com o propósito de identificar fatores que são entraves e impulsionadores na execução das ações da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, estabeleceu-se 3 (Três) dimensões para compor o processo de análise, a saber: Dimensão 1: Avaliação da Articulação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde pelos Atores Seleccionados; Dimensão 2, Avaliação da Implementação da Política Nacional de Educação Permanente pelos Atores Seleccionados; Dimensão 3, Avaliação dos Impactos da Política Nacional de Educação Permanente pelos Atores Seleccionados.

Na análise da dimensão Articulação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, com base nos relatos trazidos pelos atores selecionados para esta pesquisa realizada em 2020 e nas diretrizes da Pneps, chegou-se à conclusão que, para o efetivo desenvolvimento da Pneps, os espaços de articulação das ações de EPS deverão ser compostos por membros da formação, da gestão e do controle social, de forma ampliar a discussão de propostas pautadas na melhoria nos processos de trabalho. Para tal, faz-se necessária a participação dos vários segmentos envolvidos com a condução das práticas e com a construção do sistema de saúde e que as instituições com representações nas CIES garantam a participação de seus representantes, de forma efetiva e comprometida com a produção coletiva e com a gestão colegiada e democrática prevista nas normativas da Pneps.

Referente à participação social nos espaços de discussão da Pneps, concluiu-se que, apesar de haver amparo legal para assegurar a participação do controle social no planejamento das ações de EPS, é preciso que haja, também, empenho da gestão no sentido de propiciar que essa participação ocorra de forma efetiva na prática. No que diz respeito ao monitoramento dos Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), diante dos argumentos apresentados pelos participantes deste estudo, como estratégia de intervenção, sugere-se a realização de encontros presenciais/virtuais com os gestores federais, estaduais/municipais e demais envolvidos com as ações dos PEEPS, no sentido de monitorar e avaliar as ações programadas nos respectivos instrumentos.

Ao proceder a análise qualitativa da dimensão Implementação da Pneps, embasada nas narrativas dos participantes, inferiu-se que uma possível causa para elucidar a fragilidade verificada no aspecto “oficialidade da Pneps” diz respeito ao fato dessa Política ter demonstrado fragilidade na regulamentação das ações de EPS e que, apesar de se tratar de uma Política com princípios e diretrizes para orientar a formação, os argumentos pontuados pelos respondentes

desta pesquisa evidenciam que a Pneps encontra-se frágil no que concerne à regulamentação de ações de EPS. Outro aspecto observado nessa dimensão é que houve consenso, para o grupo de especialistas selecionados, que persiste a confusão entre os conceitos de Educação Permanente e de Educação Continuada.

Já no item que abordou a questão relacionada à execução da Pneps, constatou-se a necessidade de repasses de recursos financeiros. Embora, tendo em mente que a inexistência de recursos para a execução dessa Política impacta na sua institucionalização, por outro lado, a existência e/ou repasses de recursos regulares não garante a sua execução. Outro aspecto relevante observado nos relatos diz respeito à fragilidade quanto à execução da Pneps, percebeu-se que essa fragilidade está diretamente relacionada à dificuldade que alguns gestores têm demonstrado em enxergar a Pneps como importante proposta metodológica para interrogar as práticas e processos de trabalho e auxiliar na construção coletiva do conhecimento e no compartilhamento de saberes.

Ao realizar a análise da dimensão Impactos das Pneps baseada nas narrativas trazidas pelos participantes, chegou-se à conclusão que o aspecto mais importante para produzir impactos positivos quanto à execução dessa Política é a necessidade de que haja uma melhor compreensão acerca da essência da EPS. Qual seja: uma ferramenta pedagógica com potencial para colocar o cotidiano do trabalho em análise, por meio da problematização das situações concretas vivenciadas no mundo do trabalho, tendo, como elemento balizador, as necessidades verificadas nos diversos territórios de atuação das equipes de Saúde.

Como resultado da investigação sobre os aspectos referentes às trajetórias da Pneps, se estas ocorrerem de forma independente das mudanças políticas, constatou-se que a afirmação não é verdadeira. A Pneps encontra-se frágil quanto à sua institucionalização. Entretanto, é preciso considerar que a questão trouxe um elemento delicado, qual seja: a afirmação de que as trajetórias da Pneps não dependem das mudanças políticas. Com base nos relatos apresentados pelos participantes desta pesquisa, conclui-se que a institucionalização dessa Política está subordinada à vontade política para que possa permanecer na agenda. No entanto, as ações de EPS acontecem na micropolítica do trabalho, desde que as equipes a adotem como ferramenta de gestão dos seus processos educativos e percebam-se protagonistas desses movimentos. Referente ao protagonismo das equipes de atenção e de gestão, conclui-se que a EPS vem sendo desenvolvida no cotidiano de trabalho das equipes de saúde e das equipes dos espaços de gestão, embora, aparentemente, de forma mais tímida, nos espaços de gestão e mais abrangente nas equipes de atenção à saúde.

Em relação às mudanças identificadas nos campos de práticas, com o desenvolvimento deste estudo, que teve as falas dos atores atuantes nos territórios e de outros atores implicados com a operacionalização dessas ações como referência, constatou-se que a EPS vem contribuindo de forma significativa com os processos de articulação entre ensino, serviço e comunidade, e tanto as SES como as instituições de ensino foram beneficiadas com implantação da Pneps, tendo em vista a sua potência metodológica, que favorece o exercício de reflexões sobre o papel das políticas de saúde.

Nessa direção, convém destacar que as Residências Profissionais na Área da Saúde e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET- Saúde)³ são estratégias que possuem habilidades para problematizar os processos de trabalho e enxergar o campo da saúde como campo pedagógico, campo terapêutico e campo técnico. Nessa direção, ressalta-se, ainda, que a formação acontece nos níveis teórico, prático e vivencial, e que as Residências Multiprofissionais e o PET – Saúde são estratégias que podem suprir as lacunas dos profissionais que, durante a formação, não tiveram oportunidade de vivenciar o território na lógica da multiprofissionalidade.

Referente ao protagonismo das equipes de atenção e de gestão da saúde na implementação de ações de EPS, conclui-se que as referidas ações estão sendo desenvolvidas no cotidiano de trabalho das equipes de saúde e das equipes dos espaços de gestão, embora, aparentemente, de forma mais tímida, nos espaços de gestão e mais abrangente no cotidiano das equipes de atenção à saúde.

³ Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde, destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia Saúde da Família.

RECOMENDAÇÕES TÉCNICAS

Tendo por base as fontes consultadas para realizar o estudo, bem como os resultados obtidos com a aplicação do questionário da pesquisa, cujo propósito foi avaliar a Trajetória da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil, submetem-se as seguintes estratégias ao Departamento de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde:

1. Referente aos Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde (PEPS), sugere-se a construção e disponibilização de um instrumento padronizado com o elenco de informações essenciais para compor os PEEPS. A proposta ancora-se no entendimento de que os respectivos planos embasam os gestores das três esferas de governo na tomada de decisões concernentes às ofertas de apoio técnico e financiamentos para as ações de EPS nos estados e municípios. Cabe ressaltar que, apesar de haver orientações referentes ao planejamento/construção dos PEPS nas normativas da Pneps, percebeu-se que alguns estados não disponibilizaram essas informações nos seus respectivos planos.

2. Em relação ao apoio técnico do Ministério da Saúde aos gestores estaduais, propõe-se a realização de encontros presenciais/virtuais com o propósito de ampliar os espaços de diálogo entre a gestão federal e estadual/municipal da Pneps, para construir, coletivamente, estratégias para impulsionar a implementação dessa Política Pública no Brasil.

3. Para monitorar e avaliar a implementação da Pneps nas três esferas de governo, propõe-se a utilização de instrumento/dispositivo (padrão) de monitoramento e avaliação que possa ser aplicado nas três esferas de gestão, para viabilizar o monitoramento e avaliação dos processos de institucionalização e de desenvolvimento de ações da Pneps em todos os estados do País.

REFERÊNCIAS

AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Manual de direito sanitário com enfoque em vigilância em saúde**. Brasília, DF: CONASEMS, 2019. 116p. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/07/Manual-de-Direito-Sanit%C3%A1rio-1.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2020.

ANDRADE, L. O. M. Do nascimento da saúde pública ao movimento pré-SUS. In: **SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento**. São Paulo: Hucitec; Sobral: Edições UVA, 2001. p. 19-28.

ANDRADE, S. R. de; MEIRELLES, B. H. S.; LANZONI, G. M. M. Educação Permanente em Saúde: atribuições e deliberações à luz da Política Nacional e do Pacto de Gestão. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 373-381, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/educacao_permanente_saude_atribuicoes_deliberacao_pacto_gestao.pdf> Acesso em: 23 Mar. 2021.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria N° 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: Polos de educação permanente em saúde. Brasília, 2004a.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil: 1988**. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2005. 437 p.

_____. **Decreto nº 9.795, de 17 de março de 2019**. Presidência da República. Brasília, 2019.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1990a.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1990b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS**. 2. ed., rev. e atual., 2ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 112 p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: Polos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 68 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 73 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde.** 2. ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 44 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **O Trabalho como fonte de formação: um movimento em construção no Ministério da Saúde – Agenda 2015 de Desenvolvimento dos Trabalhadores.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 96 p.

_____. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007.** Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente. Diário Oficial da União Brasília, 2007.

CARDOSO, Maria Lúcia de Macedo et al. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1489-1500, Maio 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501489&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Mar. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.33222016>

CARVALHO, Monica Sampaio de; MERHY, Emerson Elias; SOUSA, Maria Fátima de. Repensando as políticas de Saúde no Brasil: Educação Permanente em Saúde centrada no encontro e no saber da experiência. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100285&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/interface.190211>.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000400020&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1413-8123. <https://doi.org/10.1590/S141381232005000400020>>. Acesso em: 04 maio 2020.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>.

CLEMENTE, Augusto Junior. Leonardo Secchi. Análise de Políticas Públicas: Diagnóstico de Problemas, Recomendação de Soluções. São Paulo: Cengage Learning, 2016. **Rev. Bras. Ciênc. Polít.**, Brasília, n. 26, p. 313-322, Ago. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-33522018000200313&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Mar. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-335220182608>.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81.

FERRAZ, Fabiane et al. Políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 113-128, 2012. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/1488/2601>> Acesso em: 24 Mar. 2021.

FEUERWERKER, L. C. M (Org.). **Micropolítica e saúde: Produção do Cuidado, Gestão e Formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p.

FRANCA, Tânia et al. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p.1817-1828, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601817&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Mar. 2021.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 59. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

JAEGER, M. L.; CECCIM, R. B. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

LEMOS, Cristiane Lopes Simão. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 913-922, Mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300913&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Mar. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.08182015>.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: uma pesquisa bibliográfica. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. spe, p. 37-45, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Mar. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802007000300004>.

LIMA, Waner Gonçalves. Política pública: discussão de conceitos. **Interface** (Porto Nacional), n. 5, Out. 2012. Disponível em: <<file:///C:/Users/Menu/Downloads/370-Texto%20do%20artigo-1278-1-10-20121114.pdf>> Acesso em: 24 Mar. 2021.

LINO, Mônica Motta et al. Educação permanente dos serviços públicos de saúde de Florianópolis, Santa Catarina. **Trab. educ. saúde**, v. 7, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462009000100006&lng=en&nrm=iso. ISSN 1981-7746. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462009000100006>>. Acesso em 23 fev. 2020.

LOURES, Carlos Augusto da Silva. **Delphi na Internet e Suas Implicações do Ponto de Vista Metodológico**, 2002. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/admin/pdf/enanpad2002-epa-1172.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2020.

- MARQUES, J. B. V; FREITAS, D de. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. **Proposições. Campinas**, v. 29, n. 2, p. 389-415, ago. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73072018000200389&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 fev. 2020.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, abr. 2017. Disponível em: <<https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>> Acesso em: 24 Mar. 2021.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza; COSTA, António Pedro. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**, Portugal, v. 40, n. 40, 2018. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34958005002>> Acesso em: 23 Mar. 2021.
- NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.
- OLIVEIRA, R.G.; GRABOIS, V.; MENDES JUNIOR, W.V. (Org.) **Qualificação de Gestores do SUS**. Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp, 2009.
- PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist. cienc. Saúde-Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-36, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104->. Acesso em: 30 jan. 2020.
- PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (org.). **Na Corda Bamba de Sombrinha: a Saúde no Fio da História**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.
- ROSCHKE, M. A. **Aprendizagem e conhecimento significativo nos serviços de Saúde**. Tradução livre do original publicado no livro de EPS de Honduras. OPAS/OMS: Honduras, 1997. p. 140-161.
- SANTOS, C. M.; TENÓRIO, F. P. S.; KICH, F. D. **Educação Permanente em Saúde no Estado de Sergipe** - Saberes e Tecnologias para Implantação de uma Política. Livro do Aprendiz 2 /Fundação Estadual de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. Aracaju: FUNESA, 2011. 112 p.
- SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D. de; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, n. 1, 2009. Disponível em: <<https://drive.google.com/drive/folders/1F4AVarPSG1co3cWjpfB2idMHSYuLZJHH>> Acesso em: 23 Mar. 2021.
- SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2014.
- SILVA, Cristiane Trivisiol da et al. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 1, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104->

07072016000100304&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 Fev. 2021.
<https://doi.org/10.1590/0104-0707201600002760014>. RP 04.02.21

SOUZA, C. "Estado do campo" da pesquisa em políticas públicas no Brasil. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo. v. 18, n. 51, p. 15-20. Feb. 2003. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092003000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Mar. 2020.

SOUZA, Renilson Rehem de. O sistema público de saúde brasileiro. In: **Seminário Internacional: Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas**, 2002, São Paulo, Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. 44 p.

VICHAS, R. P. **Complete Handbook of Profitable Marketing Research Techniques**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1982.

VIELA JUNIOR, G.B.; CARVALHO. A. S. **Análise de Conteúdo**, 2005. Disponível em:
<<http://www.cpaqv.org/epistemologia/analiseconteudo.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2020.

APÊNDICE

FORMSUS



Esta pesquisa é desenvolvida no âmbito do Mestrado em Gestão de Políticas públicas da Universidade Federal do Tocantins/UFT, em parceria com o Ministério da Saúde, em turma fora de sede, autorizado pela CAPES/MEC. A pesquisa proposta tem como objetivo, avaliar a trajetória da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil de acordo com a percepção dos atores representativos desta Política Pública.

Neste sentido, solicito a sua colaboração e parceria nesta atividade respondendo ao questionário.

Orientações:

Será necessário responder todas as questões para concluir a pesquisa e gravar o formulário, as justificativas são bem importantes, mas não são obrigatórias.

*** Preenchimento Obrigatório**

Atenção: nos campos marcados com 'Visível ao público' não devem ser colocados dados de sua intimidade e privacidade.

[Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.](#)

Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento:

Concordo em participar desta pesquisa e estou ciente de que, as informações por mim fornecidas serão confidenciais e que nos resultados divulgados não haverá a identificação dos entrevistados.

SIM

NÃO

DADOS PESSOAIS

Nome completo:

CPF:

Digite no campo abaixo o CPF, SEM ponto e traço.

E-mail:

Telefone celular:

Ano de nascimento:

Sexo:

Profissão:

Instituição:

Departamento:

Cargo:

Estado:

Município:

QUESTIONÁRIO

1. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) promoveu o estreitamento da relação entre os serviços de saúde e as instituições de ensino. Dessa forma, ampliou-se a discussão das questões do SUS nos espaços de formação.

	5 - Concordo totalmente	4 - Concordo	3 - Não concordo nem discordo	2 - Discordo um pouco	1 - Discordo totalmente	NSA - Não se aplica
Selecione:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1.1. Justifique sua resposta:

2. A Educação Permanente em Saúde institucionalizou-se e tornou-se uma política com princípios e diretrizes regulamentadores.

Essa oficialidade, entretanto, levou à perda da sua potência transformadora e inovadora nos diversos espaços, passando a cumprir o papel de mais uma ferramenta de capacitação formal.

	5 - Concordo totalmente	4 - Concordo	3 - Não concordo nem discordo	2 - Discordo um pouco	1 - Discordo totalmente	NSA - Não se aplica
Selecione:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.1. Justifique sua resposta:

3. No que diz respeito ao desenvolvimento das ações, a PNEPS tem garantido o protagonismo das equipes de atenção à saúde de forma mais abrangente que o protagonismo exercido pelas equipes de gestão.

Conclui-se que os movimentos de educação permanente em saúde estão sendo gestados nos serviços de saúde.

	5 - Concordo totalmente	4 - Concordo	3 - Não concordo nem discordo	2 - Discordo um pouco	1 - Discordo totalmente	NSA - Não se aplica
Selecione:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.1. Justifique sua resposta:

4. Com a concepção de aprendizagem significativa e em ato no cotidiano do trabalho, a PNEPS possibilitou o fortalecimento e a transformação nos processos de trabalho.

Isso foi verdadeiro no que concerne ao trabalho em equipe de forma interprofissional, sendo este um dos maiores impactos dessa política no SUS.

	5 - Concordo totalmente	4 - Concordo	3 - Não concordo nem discordo	2 - Discordo um pouco	1 - Discordo totalmente	NSA - Não se aplica
Selecione:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.1. Justifique sua resposta:

5. Para que o planejamento das ações educativas possibilite o envolvimento de trabalhadores, gestores, usuários e membros das instituições formadoras, ocorrendo de forma ascendente.

É preciso garantir que: as discussões ocorram nas Comissões de Integração Ensino-Serviço em Saúde; a construção e execução de propostas conte com ampla participação de todos os atores previstos; as ações educativas sejam definidas a partir dos problemas de saúde identificados no território, considerando a informação demográfica e epidemiológica locorregional e respeitando o Plano Municipal de Saúde.

	5 - Concordo totalmente	4 - Concordo	3 - Não concordo nem discordo	2 - Discordo um pouco	1 - Discordo totalmente	NSA - Não se aplica
Selecione:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5.1. Justifique sua resposta:

6. Em uma avaliação realizada pelo DEGES/SGTES/MS no ano de 2015.

Constatou-se que a maioria dos estados, municípios e Distrito Federal vinham enfrentando dificuldades para operacionalizar as diretrizes da PNEPS, em razão de vários fatores, entre os quais: a suspensão do repasse dos recursos federais e a inexistência de apoio local para a execução das ações. A baixa capacidade de execução dessa Política está diretamente relacionada à falta de incentivos financeiros e aos entraves burocráticos para a utilização dos recursos a ela destinados.

	5 - Concordo totalmente	4 - Concordo	3 - Não concordo nem discordo	2 - Discordo um pouco	1 - Discordo totalmente	NSA - Não se aplica
Selecione:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.1. Justifique sua resposta:

7. A elaboração do Plano de Educação Permanente em Saúde pode configurar-se em uma oportunidade de promover reflexão e eleger melhores alternativas para garantir a reorientação das práticas de saúde no SUS.

Tendo em vista o fortalecimento das ações de promoção, prevenção e proteção à saúde, a EPS atua no sentido de garantir a reorganização da rede de assistência à saúde.

	5 - Concordo totalmente	4 - Concordo	3 - Não concordo nem discordo	2 - Discordo um pouco	1 - Discordo totalmente	NSA - Não se aplica
Selecione:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.1. Justifique sua resposta:

8. A criação dos espaços de articulação também conhecidos como "instância intersetorial e interinstitucional permanente para a formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS" é essencial para a execução das ações da Política.

A efetividade das ações de EPS só é possível com processos de planejamento articulados de modo interinstitucional, intersetorial e locorregional.

	5 - Concordo totalmente	4 - Concordo	3 - Não concordo nem discordo	2 - Discordo um pouco	1 - Discordo totalmente	NSA - Não se aplica
Selecione:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8.1. Justifique sua resposta:

9. A PNEPS já está totalmente enraizada na cultura institucional do SUS. Suas trajetórias já não dependem tanto das mudanças de ciclos políticos que a alternância de poder traz para a administração pública.

	5 - Concordo totalmente	4 - Concordo	3 - Não concordo nem discordo	2 - Discordo um pouco	1 - Discordo totalmente	NSA - Não se aplica
Selecione:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Selecione:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

9.1. Justifique sua resposta:**11. A Educação Permanente em Saúde é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para realizar articulações entre formação, atenção, gestão e participação.**

A orientação para a criação e funcionamento das CIES garante o componente participação, que é relativo ao chamado controle social no SUS.

	5 - Concordo totalmente	4 - Concordo	3 - Não concordo nem discordo	2 - Discordo um pouco	1 - Discordo totalmente	NSA - Não se aplica
Selecione:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11.1. Justifique sua resposta:**12. As Residências em Área Profissional da Saúde, criadas por lei em 2005, tinham por objetivo formar profissionais alinhados aos princípios do SUS. Pode-se afirmar que as Residências que mais deram certo seguiram um currículo baseado na EPS.**

	5 - Concordo totalmente	4 - Concordo	3 - Não concordo nem discordo	2 - Discordo um pouco	1 - Discordo totalmente	NSA - Não se aplica
Selecione:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.1. Justifique sua resposta:**13. A PNEPS, por ter expectativas interinstitucionais, intersetoriais e locais regionais interfere em lógicas de gestão; por outro lado, por ter como pressuposto o desenvolvimento dos trabalhadores e do trabalho também atende aos interesses da gestão:**

	5 - Concordo totalmente	4 - Concordo	3 - Não concordo nem discordo	2 - Discordo um pouco	1 - Discordo totalmente	NSA - Não se aplica
Selecione:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13.1. Justifique sua resposta:**14. Em relação aos processos de mudança na formação.**

A Educação Permanente em Saúde surge como um eixo norteador de uma nova prática pedagógica ao estimular a utilização dos serviços de saúde para atividades curriculares e extracurriculares dos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação na área da saúde e ao articular, junto às Instituições de Ensino Técnico e Superior, mudanças em seus cursos técnicos, de graduação e pós-graduação de acordo com as necessidades do SUS. Mesmo com essas orientações descritas na Portaria GM/MS nº 1.996/2007, percebe-se que a PNEPS pouco interferiu nas mudanças do ensino técnico, de graduação e pós-graduação das profissões da área da saúde.

	5 - Concordo totalmente	4 - Concordo	3 - Não concordo nem discordo	2 - Discordo um pouco	1 - Discordo totalmente	NSA - Não se aplica
Selecione:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14.1. Justifique sua resposta:

15. Quanto à atuação dos Núcleos de Educação Permanente em Saúde, são espaços institucionais que possuem como atribuições planejar, estruturar e fornecer apoio ao desenvolvimento de ações de EPS.

A institucionalização desses Núcleos tem apresentado impactos significativos no desenvolvimento da EPS no município/estado.

	5 - Concordo totalmente	4 - Concordo	3 - Não concordo nem discordo	2 - Discordo um pouco	1 - Discordo totalmente	NSA - Não se aplica
Selecione:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15.1. Caso concorde, destaque os principais efeitos: