

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

AMANDA WANDERLEY LOPES GARCIA GONZAGA

**A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA V REGIONAL DE SAÚDE DE
PERNAMBUCO: O PAPEL DA CIES**

RECIFE

2018

AMANDA WANDERLEY LOPES GARCIA GONZAGA

**A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA V REGIONAL DE SAÚDE DE
PERNAMBUCO: O PAPEL DA CIES**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^aDr.^a Kátia Rejane de Medeiros

RECIFE

2018

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

G642p Gonzaga, Amanda Wanderley Lopes Garcia.
A Política de Educação Permanente na V Regional de Saúde de Pernambuco: o papel da CIES / Amanda Wanderley Lopes Garcia Gonzaga. — Recife: [s. n.], 2018.

147 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.
Orientadora: Kátia Rejane de Medeiros.

1. Educação em Saúde. 2. Educação Continuada. 3. Descentralização. 4. Regionalização. 5. Políticas Públicas de Saúde.
I. Medeiros, Kátia Rejane de. II. Título.

CDU 37:61

AMANDA WANDERLEY LOPES GARCIA GONZAGA

**A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA V REGIONAL DE SAÚDE DE
PERNAMBUCO: O PAPEL DA CIES**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Data da aprovação: 2/ 2/ 2018

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Katia Rejane de Medeiros

IAM/Fiocruz

Prof. Dr. Francisco de Assis da Silva Santos

UFPE/Centro Acadêmico do Agreste

Prof.^a Dr.^a Raquel Moura Lins Acioli

Secretaria Municipal de Saúde do Recife

Dedico este trabalho aos meus queridos Maria, Rafael, Elias, Marly e Sofia que sempre estiveram presentes no meu coração em todos os momentos. A vocês todo o meu amor e gratidão.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e pela saúde, e por ter designado anjos que me acompanharam durante toda a caminhada do mestrado, auxiliando-me a transformar dificuldades em ações.

A minha mãe, Maria de Jesus, que sempre está ao meu lado me incentivando e apoiando com muito amor e compreensão. A você, fonte de inspiração, minha eterna gratidão e amor.

Ao meu esposo Rafael, que esteve presente em todas as etapas do mestrado me apoiando e incentivando. Cujo amor, companheirismo e paciência sempre me foi oferecido quando mais precisei. Obrigada por me proporcionar alegria e sorrisos diários.

A minha sogra, Ivanise, pelo apoio e incentivo. Obrigada pelo constante carinho e disponibilidade em me ajudar.

Aos familiares e amigos, que entenderam as ausências, e que estiveram aplaudindo e incentivando com amor.

A minha carinhosa orientadora Katia, que sempre me recebeu de braços abertos e um sorriso largo no rosto. Obrigada pela paciência e orientação na construção desta dissertação.

Aos meus colegas de turma do mestrado, pela convivência prazerosa e pela troca de experiências que levarei para sempre comigo. Obrigada pela amizade.

Aos funcionários da FIOCRUZ-PE, pelo respeito e cordialidade. Agradeço em especial a Semente, que sempre esteve disponível para ajudar no que fosse preciso. Obrigada pela solidariedade.

A FIOCRUZ-PE, por proporcionar boas condições físicas e estruturais em busca do constante aprendizado.

Aos professores que ministraram disciplinas ao longo do mestrado, obrigada por compartilhar o conhecimento.

Aos funcionários da V regional de Pernambuco, em especial Lílian e Eliel, que foram muito solícitos em ajudar no que fosse preciso no momento da pesquisa documental. Obrigada pela atenção.

“A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.”

(Fernando Birri)

GONZAGA, Amanda Wanderley Lopes Garcia. **A Política de Educação Permanente na V Regional de Saúde de Pernambuco**: o papel da CIES. 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

RESUMO

O objetivo do estudo foi analisar a implementação da Política de Educação Permanente na V regional de saúde de Pernambuco. A metodologia baseou-se na análise de documentos da V regional de PE, dos Planos Estaduais de Saúde de PE, do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde da V regional de PE, dos Relatórios Anuais de Gestão da Saúde de PE e de atas de reunião da CIES da V regional. Ao final foi realizada uma análise de política parcial, focando em um aspecto específico do ciclo da política: a implementação. A análise baseou-se nos modelos clássicos *top down* e *bottom up*: no primeiro tem-se uma visão objetiva e concreta da política, centra-se na questão de mecanismos de controle sobre os agentes implementadores para que os objetivos da política sejam atingidos; no *bottom up* o processo de negociação mantém-se durante a fase de implementação, provocando efeitos de baixo para cima, modificando a própria concepção de partida. Utilizou-se uma abordagem integrada dos dois modelos clássicos por considerar que ambos contribuem para a compreensão do processo de Implementação. Constatou-se que a implementação da política não está concluída, ela está em processo, diante disso é preciso que se dê atenção aos seguintes pontos para que os desafios sejam superados: descentralização da Política de Educação Permanente em relação aos recursos financeiros e à gestão, maior apoio técnico da Secretaria Estadual de Saúde de PE e fortalecimento das CIES regionais.

Palavras-Chave: Educação em Saúde. Educação Continuada. Descentralização. Regionalização. Políticas Públicas de Saúde.

GONZAGA, Amanda Wanderley Lopes Garcia. **The Permanent Education Policy in the Regional Health of Pernambuco: the role of CIES**. 2018. Dissertation (Professional Master in Public Health) - Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2018.

ABSTRACT

The purpose of this study was to analyze the implementation of Policy on Permanent Education in the V regional health of Pernambuco. The methodology was based on the analysis of documents from V Regional of PE, State Health Plans of PE, Regional Plan of Permanent Education in Health of the Regional V of PE, Annual Health Management Reports of PE and minutes of meeting of CIES of Regional V. At the end a partial policy analysis was carried out, focusing on a specific aspect of the policy cycle: the implementation. The analysis was based on the classic top-down and bottom-up models: the first one has an objective and concrete view of the policy, focuses on the issue of mechanisms of control over the implementing agents so that the objectives of the policy are achieved; in the bottom up the negotiation process remains during the implementation phase, taunting effects from the bottom up, modifying the starting conception itself. An integrated approach of the two classic models was used because they both contribute to the understanding of the Implementation process. It was found that the implementation of the policy is not complete, it is in process, in front of this it is necessary to pay attention to the following points so that the challenges are overcome: decentralization of the Permanent Education Policy in relation to financial resources and management, greater technical support from the State Health Department of PE and strengthening of regional CIES.

Keywords: Health Education. Education Continuing. Decentralization. Regional Health Planning. Public Health Policy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Distribuição das macrorregiões de saúde	37
Figura 2 - Regiões de Saúde	37
Figura 3 - O ciclo da Política segundo Howlett e Ramesh	45
Figura 4 - Mapa da V Região de Saúde de Pernambuco	54
Quadro 1 - Matriz de Estratégias do PAREPS da V Regional	66
Figura 5 - Linha do tempo sobre a PEP na V regional	72
Quadro 2 - Ações destinadas à formação de trabalhadores e/ou qualificação do trabalho no e para o SUS na V regional de PE em parceria com o setor de EP da SES/PE	73
Quadro 3 - Levantamento Estrutural da CIES da V GESES	92
Quadro 4 - Quantidade de atas da CIES regional encontradas entre 2010 e 2016 na V regional de saúde de PE	96

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Execução da despesa da Secretaria de Saúde por linha de ação do Plano Estadual de Saúde por origem dos recursos nos anos de 2008 a 2016	87
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS.....	Agente Comunitário de Saúde
AESGA.....	Autarquia do Ensino Superior de Garanhuns
CAPS.....	Centros de Atenção Psicossocial
CIES.....	Comissão de Integração Ensino-Serviço
CIB.....	Comissão Intergestora Bipartite
CIR.....	Comissão Intergestores Regional
CGR.....	Colegiado de Gestão Regional
CNS.....	Conferência Nacional de Saúde
CNRH.....	Conferência Nacional de Recursos Humanos
COAP.....	Contrato Organizativo da Ação Pública e da Saúde
CREAS.....	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
EaD.....	Educação à Distância
EC.....	Educação Continuada
EP.....	Educação Permanente
EPS.....	Educação Permanente em Saúde
ESF.....	Estratégia de Saúde da Família
ESPPE.....	Escola de Saúde Pública de Pernambuco
GAGM.....	Gerência de Acompanhamento da Gestão Municipal
GERES.....	Gerência Regional de Saúde
GERUS.....	Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde
HRDM.....	Hospital Regional Dom Moura
IBGE.....	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH.....	Índice de Desenvolvimento Humano
IFPE.....	Instituto Federal de Pernambuco
LAFEPE.....	Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco
MS.....	Ministério da Saúde
MST.....	Movimento Sem Terra
NASF.....	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONG.....	Organização Não Governamental
PAREPS.....	Planos de Ação Regional em Educação Permanente
PDR.....	Plano de Regionalização da Saúde
PEEPS.....	Política Estadual de Educação Permanente em Saúde

PEP.....Política de Educação Permanente
PEPS.....Política de Educação Permanente em Saúde
Pits.....Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PNEPS.....Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPSUS.....Programa de Pesquisa para o SUS
Profae.....Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PROMED.....Incentivo às mudanças curriculares nos cursos de graduação de
Medicina
PSF.....Programa de Saúde da Família
RAG.....Relatório Anual de Gestão
RH.....Recurso Humanos
RMS.....Residência Multiprofissional em Saúde
SES/PE.....Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
SGTES.....Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS.....Sistema Único de Saúde
UFRPE.....Universidade Federal Rural de Pernambuco
UPA.....Unidade de Pronto Atendimento
UPAE.....Unidade Pernambucana de Atenção Especializada
UPE.....Universidade de Pernambuco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVOS	20
2.1	Geral	20
2.1	Específicos	20
3	REFERENCIAL TEÓRICO	21
3.1	As conferências nacionais de saúde no caminho da qualificação profissional	21
3.2	O SUS e a educação na saúde	25
3.3	Educação Permanente	29
3.4	Análise de Políticas Públicas	40
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	53
4.1	Tipo do estudo	53
4.2	Local do estudo	53
4.3	Período do estudo	55
4.4	Coleta de dados	55
4.5	Análise dos dados	56
4.6	Plano de Intervenção	57
4.7	Considerações éticas	57
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
5.1	Descrição da Política de Educação Permanente da V regional de saúde de PE	58
5.1.1	Características da V regional de saúde de PE	58
5.1.2	Política de Educação Permanente na V regional de PE	62
5.2	Caracterização dos processos e resultados da Educação Permanente da V regional de saúde de Pernambuco	72
5.2.1	Ações destinadas à formação de trabalhadores e/ou qualificação do trabalho no e para o SUS na V regional de PE	72
5.2.1.1	<i>Cursos de curta duração</i>	78
5.2.1.2	<i>Especializações e Residências</i>	80
5.2.2	Recursos Financeiros envolvidos para implementação da Política de Educação Permanente no Estado de Pernambuco	86

5.3	Analisar o papel da CIES no desenvolvimento da implementação da Política de Educação Permanente da V regional de saúde de Pernambuco	90
5.3.1	Caracterização da CIES da V regional	90
5.3.2	Análise das atas de reunião da CIES da V regional	95
5.3.2.1	<i>Apoio Técnico Estadual</i>	96
5.3.2.2	<i>Dificuldades da CIES da V regional de saúde de Pernambuco</i>	100
5.4	Análise da implementação da Política de Educação Permanente na V regional de saúde de Pernambuco	105
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
	REFERÊNCIAS	110
	ANEXO A - Plano de Intervenção	124
	ANEXO B - Edital Chamada Pública	144

1 INTRODUÇÃO

A implementação das políticas públicas de recursos humanos em saúde, na perspectiva de um sistema político democrático no Brasil contemporâneo, vem colocando em pauta a necessidade de entender o binômio trabalho e educação, sob um novo prisma. Em geral, as interpretações sobre essa dinâmica, no que se refere à política de educação permanente dos trabalhadores da saúde, têm focado a educação como eixo transformador e como estratégia mobilizadora de recursos e poderes. À luz dessas visões, as iniciativas trazem o Sistema Único de Saúde (SUS) como reorientador das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva e tem sido capaz de provocar importantes repercussões nas estratégias e modos de ensinar e aprender (FRANÇA, 2016).

Parte-se da ideia de que a educação pode contribuir para os problemas de saúde que envolvem o acesso, a qualidade do atendimento prestado e a resolutividade, os quais comprometem o modelo de atenção proposto e sua legitimidade. Busca-se, assim, explicar como a educação pode contribuir com esses problemas e provocar transformações (SARRETA, 2009).

Com o intuito de obter uma gestão competente de recursos humanos, em todas as suas dimensões, a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003, marcou a valorização da educação na área da Saúde. A SGTES assumiu a responsabilidade de formular políticas públicas orientadoras da gestão, formação e, qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional da área no Brasil (BRASIL, 2008).

Conforme Quintana, Roschke e Ribeiro (2008), o Brasil tomou por base as ações desenvolvidas pela Organização Pan-americana de Saúde que, desde 1984, buscou estabelecer vínculos entre a educação e o trabalho, duas dimensões inseparáveis no que se refere à vida e às instituições.

Tradicionalmente, as atividades educativas realizadas nos serviços de saúde eram organizadas tendo como base a proposta da educação continuada (COSTA, 2006). Nessa proposta, a dimensão trabalhada diz respeito à atualização de saberes requerida pelos avanços técnico-científicos, desenvolvida de forma pontual, fragmentada e com base em metodologias tradicionais (FALKENBERG, 2014).

Além disso, as tradicionais estratégias educativas não vinham apresentando resultados desejáveis, principalmente, por serem, exclusivamente, baseadas na

transmissão de conhecimentos e realizadas de maneira descontextualizada. Desta forma, não viabilizavam as condições para que novos conceitos e princípios pudessem ser incorporados às práticas de atenção à saúde, centradas na atenção à demanda de doenças, fragmentadas e, excessivamente, biomédicas. Ceccim (2005) salienta que a vivência e/ou reflexão sobre as práticas vividas é que podem produzir o contato com o desconforto e, depois, a disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos, para enfrentar o desafio de produzir transformações.

Motta et al. (2001) enfatiza que os avanços alcançados na gestão do sistema de saúde no Brasil tornaram necessária a revisão dos processos formativos em saúde, de forma que se orientassem pelos princípios e pelas diretrizes do SUS. Dessa forma, os autores criticam processos orientados apenas pela atualização técnico-científica, já que isolada ela não se mostra suficiente para alcançar essa dimensão de transformação imposta.

A diferença da proposta de educação permanente em saúde para as capacitações convencionais é que esta tem como ponto de partida o processo de trabalho e o protagonismo do trabalhador. As atividades educativas partem da problematização das práticas realizadas cotidianamente, com vistas à aprendizagem significativa e orientando-se para a melhoria dos serviços de saúde (MICCAS, 2014).

Pensando nisso, a Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor (BRASIL, 2004a). Assim, estabelece-se uma política articulada de educação em saúde, a qual oficializa a cooperação técnica entre os Ministérios da Educação e da Saúde, para a formação e desenvolvimento de profissionais nessa área.

A PNEPS, instituída em 2004, é uma política pública estratégica que visa promover mudanças nos processos de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do setor saúde, com base na problematização da realidade e na construção coletiva de soluções, tendo como foco as necessidades da população e o fortalecimento do SUS (BRASIL, 2004a).

Em 2007, a PNEPS foi readequada, tendo em vista as mudanças no sistema de gestão na área da saúde, dando ênfase à descentralização e ao fortalecimento das instâncias gestoras e do controle social. A partir de então, os entes federados passaram a assumir a responsabilidade de criar estruturas de coordenação e execução em âmbitos regional e local (BRASIL, 2009).

Tendo em vista o princípio da descentralização, desde os anos 90 do século XX, o SUS criou mecanismos para facilitar a transferência de recursos entre os entes federados para o financiamento das ações e serviços de saúde no Brasil. Mais recentemente o Pacto de Gestão - 2006 criou cinco blocos para a transferência de recursos fundo-a-fundo, quais sejam: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS. Esta estabeleceu a transferência regular e automática dos recursos para Educação Permanente em Saúde (EPS) do Fundo Nacional de Saúde aos respectivos Fundos Estaduais ou Municipais de Saúde, dentro do bloco de Gestão do SUS (FERRAZ et al., 2013).

Para consolidação dessa política, as diretrizes nacionais estabelecem que as propostas sejam construídas regionalmente, com base nas necessidades locais, e para isso devem levar em consideração a participação de atores estratégicos que conformam o quadrilátero da formação: ensino, gestão, atenção e controle social. A instância que possibilita a participação desses atores é a Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES), que deve vivenciar ativamente o processo de construção e efetivação da política (CECCIM, 2004). Assim, é fundamental que os membros das CIES conheçam o processo de gestão, organização e estruturação da PNEPS em âmbito regional, a fim de serem capazes de materializá-la (FERRAZ et al., 2013).

As CIES deverão ser compostas pelos gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal e, ainda, conforme as especificidades de cada região, por: gestores estaduais e municipais de educação e/ou de seus representantes, trabalhadores do SUS e/ou de suas entidades representativas, instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS (BRASIL, 2007a).

Em Pernambuco, a estruturação da PNEPS foi proposta em 2008, inicialmente com a criação de cinco CIES, e observou-se que foi ampliado para as 12 regionais de saúde do estado, além da comissão estadual. A proposta da Política de Educação Permanente em Saúde contempla os componentes de investimento da formação na modalidade de residência e fortalecimento da Escola de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE) (FRANÇA, 2016).

No ano 2010, foram desenvolvidos através da equipe técnica de educação permanente da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), juntamente

com as CIES, os Planos de Ação Regional em Educação Permanente (PAREPS). O conjunto desses PAREPS configurou o Plano Estadual de Educação Permanente (PERNAMBUCO, 2011f).

Contudo, alguns desafios têm sido observados desde o surgimento da PNEPS. Viana (2007) verificou, em pesquisa anterior, que de maneira geral, as CIES se desarticularam e tiveram atuação pouco expressiva na implementação da política de EP nos estados, além disso, identificou, também, a necessidade de trabalhar junto às CIES seu papel de articulação macrorregional. Outra dificuldade apontada, se refere a baixa execução dos recursos destinados à Educação Permanente (EP) e a falta de infraestrutura do setor para desenvolver as ações. Já em relação à política de educação, foi apontado que esta, muitas vezes, não faz parte das ações do setor de RH, estando pulverizada em outros setores.

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

Considerando-se os desafios encontrados para a condução da PNEPS e a relevância da implementação de políticas públicas, como a de Educação Permanente, para a reorientação das estratégias e modos de ensinar e aprender no SUS, neste trabalho investiga-se estas questões, tendo como lócus de observação a V Regional de Saúde. Nesse contexto, questiona-se: Como está sendo implementada a política de educação permanente na V regional de saúde de Pernambuco?

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a implementação da Política de Educação Permanente na V regional de saúde de Pernambuco.

2.2 Específicos

- a) Descrever a Política de Educação Permanente da V regional de saúde de Pernambuco;
- b) Caracterizar processos e resultados da Educação Permanente da V regional de saúde de Pernambuco;
- c) Analisar o papel da CIES no desenvolvimento da implementação da Política de Educação Permanente da V regional de saúde de Pernambuco.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 As conferências nacionais de saúde no caminho da qualificação profissional

A Política da Saúde passou por várias mudanças na história brasileira, da Reforma Sanitária, da homologação da Constituição Federal de 1988 e outras tantas leis complementares. Essas legislações, nas quais a saúde é o alvo, têm como palco de discussões as Conferências Nacionais de Saúde, a partir delas será resgatada parte desta história até o surgimento da Política de Educação Permanente.

Em 1941 aconteceu a 1ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Nessa ocasião, a preocupação era com a proliferação de endemias, as ações pensadas eram no sentido de organizar os trabalhos para que fossem controladas as doenças que apresentavam maiores complicações. Essencialmente, o trabalho era no sentido curativo (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1941).

A 2ª CNS ocorreu nove anos depois, em 1950. Nas duas primeiras, o principal tema discutido foi a criação do Ministério da Saúde, o que se tornou realidade em 1953 (BORGES, 2007).

No ano de 1963 aconteceu a 3ª CNS. A discussão contemplou os seguintes temas: situação sanitária da população brasileira; distribuição das atividades médico-sanitárias no nível federal, estadual e municipal; municipalização dos serviços de saúde e fixação de um Plano Nacional de Saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1963).

A 4ª CNS, realizada em 1967, foi apresentada com o tema central, Recursos humanos para as atividades de saúde, o que apontou para a concretude das discussões para melhorar a qualidade do serviço e atendimento na área da saúde no país. Na introdução dos Anais deste evento existiram alguns apontamentos que indicaram os rumos da discussão:

A IV Conferência Nacional de Saúde, reunindo autoridades e professores universitários, autoridades e profissionais de saúde, para a discussão de problemas comuns, representou, no dizer do Exmo. Sr. Ministro da Saúde, a Oportunidade de os educadores se tornarem mais sanitaristas e de os sanitaristas se tornarem mais educadores (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1967).

Percebeu-se, com a fala do Ministro, a necessidade da troca de informações entre ensino e serviço, para melhorar a condição das duas pontas. Condição que trinta e sete anos depois seria um dos pontos fundantes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

A partir do tema central foram trabalhados os seguintes tópicos:

1) O profissional de saúde de que o Brasil necessita. 2) Pessoal de nível médio e auxiliar. 3) Responsabilidade do Ministério da Saúde na formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde e do pessoal de nível médio e desenvolvimento de uma política de saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1967).

Neste momento histórico apresentou-se o primeiro registro, em Conferência Nacional de Saúde, da necessidade de formação dos trabalhadores na área da saúde.

Na 5ª e 6ª CNS, que aconteceu nos anos de 1975 e 1977 respectivamente, os tópicos de trabalho ficaram em questões próximas das que vinham sendo discutidas nas outras conferências (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1975, 1977).

Em 1980, aconteceu a 7ª CNS, que trouxe como tema central a extensão das ações de saúde através dos serviços básicos, além dois subtemas de interesse do trabalho e educação: desenvolvimento de recursos humanos para os serviços básicos de saúde e supervisão e educação continuada para os serviços básicos de saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1980).

Vale lembrar que entre a 4ª e 7ª CNS o Brasil passou pelo período de ditadura militar. Após o período de ditadura, que chegou ao fim no ano de 1985, o país entrou em um novo contexto político com a Nova República e instituição da democracia.

A 8ª CNS foi realizada de 17 a 21 de março de 1986 com o título “Democracia é Saúde”, propondo três temas para os trabalhos: 1) Saúde como inerente à cidadania e à personalidade. 2) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde. 3) Financiamento do setor saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

Com as discussões que permearam o evento foi recomendada uma conferência específica para tratar dos recursos humanos para a saúde. Este evento foi um marco no que se refere às lutas por melhores condições de trabalho na área da saúde.

A Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, que teve como tema central “Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária”, realizada de 13 a 17 de outubro de 1986, constituiu em fórum privilegiado de debate da problemática específica dessa área, em continuidade à 8ª Conferência Nacional de Saúde. A discussão dos núcleos temáticos aglutinou

profissionais das áreas de saúde, educação, trabalho e administração, assim como usuários do setor saúde na intenção de assegurar um caráter mais abrangente às análises e avaliações dos diversos aspectos que compõem uma política de recursos humanos para o setor saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE, 1986).

O evento deu vazão a inúmeros debates, como por exemplo: pensar o fazer do trabalhador na saúde, a divisão das responsabilidades e o conhecimento das situações e demandas postas. Foi tratada a questão da formação do trabalhador através das especializações e pós-graduações visando a interlocução entre instituição de ensino, trabalhadores e instituições de serviços na busca de melhores condições tanto para a formação quanto para o desenvolvimento das atividades no processo de trabalho. A proposição de ensino/serviço saiu deste evento com vários apontamentos como mecanismo de consolidação do sistema de saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE, 1986).

Após a 8º CNS o Brasil obteve diversas conquistas: em 1988 foi promulgada a Constituição Federal Brasileira, documento que trouxe para a Lei as lutas que vinham sendo travadas há anos no cenário brasileiro. Entre estas conquistas está o tripé da Seguridade Social com a junção Previdência Social, Assistência Social e Saúde. A criação do Sistema Único de Saúde se concretizou neste documento. O artigo 196 da Constituição Federal Brasileira cita: “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, 2003).

No entanto, para que houvesse eficácia nas ações foi necessário criar Leis Complementares, no caso da Saúde a Lei 8080/90 e a Lei 8142/90. Estas leis vêm dar direcionamento mais detalhado sobre os rumos da Política de Saúde no país, com vistas à gestão do SUS, à participação da comunidade, ao financiamento, à promoção, à proteção, à recuperação da saúde e a formação dos recursos humanos. No art. 14 da Lei 8080/90 está posto:

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 (BRASIL, 2003).

Ainda na Lei 8080/90, Título IV, dos recursos humanos, artigo 27, inciso I, está mencionado: “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” (BRASIL, 2003).

No ano de 1992 foi realizada a 9ª CNS. Um dos eixos de discussão era a implantação do SUS, a proposta de formação dos trabalhadores foi discutida e apresentada nas recomendações com o seguinte conteúdo:

Promover a imediata regulamentação do art.200, inciso III da Constituição Federal que atribui ao SUS a tarefa de ordenar a formação de recursos humanos; contemplar e garantir a qualificação e/ou formação permanente, permitindo a evolução do trabalhador na carreira; garantir escolas de formação de trabalhadores de saúde nas Secretarias de saúde ou através de articulação com Secretarias de Educação, Universidades e outras instituições públicas de ensino superior (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1993).

Com a 9ª CNS foi recomendada a realização da 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos (CNRH), com o intuito de propor diretrizes para a Política de RH e dar espaço aos trabalhadores para o debate das condições postas para área da saúde. Assim, foi realizada a 2ª CNRH em setembro de 1993, tendo como tema central: Os desafios éticos presentes na atualidade histórica da evolução social brasileira. Os trabalhos perpassaram por dois eixos: primeiro, as necessidades de saúde e as formas de organização dos serviços voltados para seu atendimento; segundo, o trabalho no processo de produção de serviços de saúde e aqueles que dizem respeito à preparação dos agentes desse setor de trabalho. Neste segundo, a condição da formação continuada foi um dos pontos debatidos, tema que reforça a proposição de interlocução entre ensino/serviço, proposta em outras Conferências (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1993).

Na 10ª CNS, realizada em 1996, seis eixos principais foram abordados, sendo um deles o de recursos humanos para a saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1996). O eixo de Recursos Humanos (RH) trabalhou com a problemática da formação dos trabalhadores da saúde, ponderando as diversas questões que permeiam a área e evidenciando, mais uma vez, a necessidade da interlocução entre as instituições de serviço e as instituições de ensino, na busca de garantir a formação, qualificação e capacitação permanente dos trabalhadores, em suas diferentes funções. Reivindicou, ainda, ao Ministério da Saúde, apoiar estados e municípios para

que possam manter a capacitação, a formação e a educação permanente dos trabalhadores (CECCIM, 2005).

Quatro anos depois ocorreu a 11ª CNS. Dentre os pontos trabalhados estava o tópico de recursos humanos, formação e capacitação de RH para a saúde (BRASIL, 2000). A discussão sobre a necessidade de formação para os profissionais, assim como a educação continuada teve grande relevância, as propostas eram de parcerias entre instituições, instâncias governamentais e não governamentais, para que o acesso fosse garantido. Apareceu a necessidade de trazer os problemas da atuação para o processo de aprendizagem. Isto é o que vinha sendo proposto enquanto ensino/serviço. Significa o trabalhador, a partir de suas dificuldades, trazê-las para o processo educacional e poder debater com colegas e encontrar soluções, coletivamente, visando a melhor qualidade no trabalho e o atendimento no SUS (SMAHA; PAULILO, 2011). Nesta Conferência foram regulamentados os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS) (LEMOS, 2010)

Em 2003 ocorreu a 12ª CNS, onde um dos eixos era o trabalho na saúde (BRASIL, 2003). Até a data desta Conferência, algumas ações estavam sendo desenvolvidas no país, mas eram implantadas, na maioria das vezes, pelas Secretarias Estaduais. As ações visavam capacitar as equipes e as que tiveram maior ênfase neste processo de capacitação foram as equipes do Programa Saúde da Família (BORGES, 2007).

3.2 O SUS e a educação na saúde

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira foi marcado pela luta democrática e pela formulação do pensamento crítico na política de saúde. Uma das grandes conquistas desse movimento foi a promulgação da constituição de 1988, na qual a saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado. Além disso, a constituição de 1988 trouxe consigo a implantação do SUS, estabelecendo e afirmando novos princípios para a organização da saúde, tais como: universalidade; integralidade; equidade; descentralização e a participação popular (NUÑEZ, 2004).

Apesar do SUS ter ampliado o acesso da população aos serviços de saúde e ter conferido a mesma o direito de participar das decisões políticas, os atores envolvidos no sistema de saúde enfrentavam inúmeros desafios para implementar os

princípios definidos em lei. Dentre eles, destaca-se a persistência das práticas de saúde influenciadas pelo modelo hegemônico, dificultando a incorporação de reflexão, de problematização, do trabalho em equipe e da integralidade no cuidado, nas práticas dos profissionais de saúde (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

Motta et al. (2011) diz que desde a implantação do SUS já se vislumbravam dificuldades para a construção de um novo modelo de atenção à saúde. Entre estas, se destacavam as questões de RH e, em particular, seu componente de desenvolvimento com demandas claras de qualificação e requalificação da força de trabalho.

Nesse sentido, existe a necessidade de uma permanente discussão de mudanças na formação de profissionais de saúde, principalmente, porque as características do modelo flexneriano de formação não mais satisfaz o perfil de profissional desejado no âmbito do sistema público de saúde. No entanto, o paradigma flexneriano que condiz com o conceito de saúde como simples ausência de doença, ainda, tem sustentado, em grande parte, a prática sanitária da atenção médica e tem levado o profissional da área da saúde a cada vez mais se especializar e se distanciar da visão integral da saúde (ALMEIDA et al., 2005).

Assim, dentro da reforma do sistema de saúde o aparelho formador tem um papel fundamental e, já existem, experiências exitosas. Uma proposta que busca mudanças na formação dos profissionais da área da saúde vem construindo um novo modelo acadêmico. Um aspecto importante, desta proposta, está no fato de considerar a intersecção dos espaços da universidade, dos serviços de saúde e da comunidade como capaz de criar uma nova proposta de trabalho, esses espaços são considerados campos de ação de sujeitos sociais (BLEJMAR; ALMEIDA, 1999).

Feuerwerker (1998) argumenta a favor dessa ideia ao salientar que o arranjo de novos cenários no campo do ensino pode desempenhar papel fundamental na mudança do perfil dos profissionais formados.

Neste prisma, a educação e a saúde são espaços de produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano. Há uma intersecção entre estes dois campos, tanto em qualquer nível de atenção à saúde quanto na construção de saberes e práticas pelos profissionais de saúde. Assim, estes profissionais utilizam, mesmo intuitivamente, um ciclo permanente de ensinar e de aprender (PEREIRA, 2003).

O cenário das políticas públicas no campo da saúde não pode ser discutido sem a formação dos recursos humanos em saúde, o qual representa um tema

instigante pelos questionamentos e conflitos que suscita e pelas transformações que requer para a consolidação do Sistema Único de Saúde.

Compete ao SUS, em termos de lei, conforme art. 200 da Constituição Federal de 1988, ordenar a formação em recursos humanos na área da saúde, porquanto a saúde é determinada por vários fatores, entre eles a educação, o trabalho, o meio ambiente, o acesso aos bens e serviços essenciais, e sempre condicionada ao bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 2003).

Analisando-se as políticas implantadas após o advento do SUS até 2002, observa-se que alguns programas buscaram reorientar as estratégias e os modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva, provocando importantes mudanças nas estratégias e modos de ensinar e aprender, entre as quais destacam-se: Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família; Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits); Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação em Medicina (Promed); Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae); Qualificação de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde; Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde (Gerus); Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde; Cursos de Formação de Conselheiros de Saúde e de Agentes do Ministério Público para o fortalecimento do Controle Social no SUS (BRASIL, 2005b).

O Gerus foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde através de Apoio de Cooperação Técnica com Organização Pan-Americana de Saúde em 1993. Tem o objetivo de elaborar e aplicar metodologias educativas para o desenvolvimento gerencial de unidades básicas do SUS.

No final dos anos de 1990, no intervalo da X e XI Conferência Nacional de Saúde, foi implantado o Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), com o objetivo de profissionalização, em grande escala, dos trabalhadores da área da saúde de nível médio, especificamente os auxiliares e técnicos de enfermagem. O Profae iniciou-se nos anos 2000, promoveu a qualificação profissional de auxiliares de enfermagem por meio de convênios com as Secretarias Estaduais de Educação, que ofereciam cursos e exames supletivos (LEMOS, 2010).

Além da formação de milhares de trabalhadores, o Profae permitiu criar as bases de sustentação da educação profissional em saúde, por meio de investimentos na criação de metodologias até então pouco desenvolvidas ou inexistentes no setor saúde, além do investimento em modernização e capacidade técnica gerencial das

Escolas Técnicas/Centros Formadores de Pessoal de Nível Médio do SUS, hoje articuladas em Rede Nacional, apoiada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b).

Os Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família foram uma estratégia operacional instituída em dezembro de 1996, para a adequação e desenvolvimento de competências e habilidades dos profissionais das equipes de Saúde da Família em três vertentes: a curto prazo, capacitação e educação permanente dos profissionais inseridos em Equipes de Saúde da Família; a médio e longo prazos, formação na graduação, gerando reações no aparelho formador, articulando novas metodologias de ensino e de capacitação em serviço, voltadas mais para a academia, instituídos no final de 1996. Até o final de 2002, foram implantados 105 Polos de Educação Permanente, abarcando, aproximadamente, 236 instituições de ensino superior e 90 escolas técnicas de saúde. Entre as modalidades de formação, destacaram-se os chamados cursos introdutórios e os cursos modulares de capacitação em assistência básica para médicos e enfermeiros. A partir de 2000, foram concebidos os cursos de Especialização em Serviço de Saúde e Residência Multiprofissional em Saúde da Família, os primeiros tendo como público-alvo profissionais já inseridos nas equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) e os últimos para formação de recém-egressos da graduação, tendo como objetivo uma formação adequada às novas características da atenção primária na modalidade Saúde da Família (SILVA, 2009).

Implantado em 2001, o programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits), teve o objetivo de estimular, de forma planejada, a interiorização da força de trabalho em saúde para o fortalecimento da atenção primária em áreas de reconhecida carência socioeconômica e sanitária, utilizando a Estratégia de Saúde da Família e promovendo a educação continuada em serviço como garantia de continuidade e sustentação do programa. Foram alocadas cerca de 300 equipes de Saúde da Família em 150 municípios de 16 estados das regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e norte de Minas Gerais, atingindo uma população de mais de um milhão e meio de habitantes (BRASIL, 2008).

Em uma primeira iniciativa de implementação das então aprovadas Diretrizes Curriculares, dirigentes do MEC e do Ministério da Saúde aprovaram, no final de 2001, a criação de um programa de Estímulo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed). O Programa apoiou e sustentou dezenove escolas médicas no processo de mudança curricular (SILVA, 2009).

Esses programas promoveram uma aproximação entre as instituições formadoras e as ações e serviços do SUS, estimulando o fortalecimento do movimento por mudanças no processo de formação, e, ainda, introduziram mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e de cuidado em saúde. Porém, continuaram trabalhando de forma desarticulada ou fragmentada e tiveram limitada capacidade de produzir impacto sobre as instituições formadoras, no sentido de alimentar os processos de mudança e promover alterações nas práticas dominantes no sistema de saúde, já que se manteve a lógica programática das ações ou das profissões (BRASIL, 2004b).

3.3 Educação Permanente

Em 2003, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde propôs a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS – Caminhos para a Educação Permanente em Saúde – Polos de Educação Permanente em Saúde. A partir de 2004, foram criados vários colegiados de gestão em educação permanente em saúde, que se organizaram de formas distintas em todo o país, e foram os elementos estruturais que deram origem aos Polos de Educação Permanente em Saúde, regulamentados por meio da Portaria GM/MS n. 198/2004, sendo caracterizados como instâncias de articulação interinstitucional, para promover mudanças nas práticas de saúde e de educação na saúde, funcionando como espaços para o estabelecimento do diálogo e da negociação entre os atores das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras e como locus para a identificação de necessidades e a construção de estratégias e políticas no campo da formação e desenvolvimento (BRASIL, 2005b).

Se, de um lado, os Polos de Educação Permanente em Saúde levaram o debate sobre a educação permanente para as instâncias descentralizadas do SUS, com descentralização de recursos financeiros para definição de prioridades em âmbito local e regional, incorporando novos atores que estavam fora do processo (instituições de ensino superior, trabalhadores de saúde e o controle social), por outro lado, foram inúmeras as dificuldades para sua operacionalização, entre elas: falta de informação/comunicação sobre o processo entre os gestores das três esferas e o aparelho formador; mudanças das regras durante o processo; ausência de critérios pactuados para avaliar projetos; recentralização das decisões; ausência de propostas e medidas para monitorar e avaliar o processo; inserção de novos agentes no

processo sem clara definição de suas funções e relações com sistema e com os gestores e baixa institucionalidade do processo (MICCAS, 2014).

Uma das estratégias construída para viabilizar a proposta da educação para o SUS foi a instituição, em 13 de fevereiro de 2004, da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para transformar as práticas de saúde e de formação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2004a).

A Política de Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para implementar relações orgânicas entre ensino e ações e serviços e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na reforma sanitária brasileira, para as relações entre a formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde. Dessa forma, agrega aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva (BRASIL, 2009).

Na construção do Sistema Único de Saúde, a formação em saúde exerce papel decisivo. Neste âmbito, a educação para profissionais atuantes no SUS tem sido considerada como instrumento para mudanças e transformações em uma sociedade. As transformações sociais e educacionais têm repercussões nos modos de produzir, nos diferentes campos do saber e de produção de bens e serviços (BALBINO et al., 2010).

A proposta da Educação Permanente em Saúde (EPS) é a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, estruturando a capacitação dos profissionais de saúde com base na problematização do seu processo de trabalho, emergindo os conteúdos dos problemas e necessidades de saúde das pessoas, da população. Portanto, a atualização técnico-científica é apenas um aspecto da transformação das práticas, e não o seu foco principal (BRASIL, 2004a).

A lógica da política de EPS está em provocar mudanças na formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, modificar a forma de prestar atenção à saúde. Segundo o MS a política de EPS tem como objetivo final garantir uma atenção à saúde de qualidade, desenvolvendo a autonomia da população em relação a sua própria saúde, satisfazendo suas necessidades de saúde e de educação em saúde, fazendo com que ela seja capaz de exercer conscientemente a participação social das políticas públicas para o setor (BRASIL, 2005b).

Para Tatagiba e Filártiga (2001) a concepção pedagógica da EPS reúne alguns elementos do construtivismo, o qual vem conquistando um espaço importante na área da educação. Nesta proposta a pessoa deve participar ativamente de seu aprendizado partindo das experiências já vividas. Busca estimular a dúvida, o raciocínio e a criação. O conhecimento é sempre resultado de um processo de construção, que se efetiva na interação entre o sujeito e o objeto.

Partindo dessa concepção a EPS trabalha com a problematização e aprendizagem significativa. A problematização significa refletir, pensar sobre determinadas situações, questionando fatos fenômenos e ideias de forma a compreender os processos e propor soluções (BRASIL, 2005b).

Para Merhy, Feuerwerker e Ceccim (2006) problematizar a realidade é importante, pois desperta no sujeito a sensação de incomodo, a percepção de que sua prática não está respondendo às necessidades de saúde das pessoas. Segundo esses autores, esse incômodo só pode ser despertado quando ele é percebido, vivido de forma intensa. A vivência e a reflexão sobre as práticas de trabalho são os caminhos ideais para produzir insatisfações e disposição para elaborar alternativas que visem enfrentar os desafios.

Para Ceccim (2005), a experiência da problematização favorece o desenvolvimento de escutas, de práticas cuidadoras onde o sujeito é o centro e visto de forma integral. E para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental que sejamos capazes de dialogar com as práticas e concepções vigentes, que sejamos capazes de problematizá-las – não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe – e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e da qualidade, a equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde.

O Ministério da Saúde reforça a importância da problematização ao afirmar que a reflexão sobre a qualidade da atenção individual, coletiva e sobre a organização do sistema de saúde tem a possibilidade de reorganizar os processos formativos, transformando as práticas educativas e de assistência à saúde (BRASIL, 2005b).

O projeto do Ministério da Saúde sobre os pólos de educação permanente vem constituindo uma forma de “construir um terreno para a problematização necessária da mudança do conjunto das práticas dos gestores da saúde quanto a suas intervenções no campo da educação em saúde, enquanto pauta nacional” (MERHY,

2005). Esses pólos não respondem uniformemente, devido aos diversos atores envolvidos loco – regionalmente, que promovem a singularidade. Mas o terreno e o sentido da política são firmados, reservando aos atores a condução desse processo de modo a desenvolver o SUS no Brasil.

A educação permanente também trabalha com a aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços (HADDAD et al., 1994).

Segundo o Ministério da Saúde, a aprendizagem significativa ocorre quando faz sentido aquilo que se aprende. Em geral, a aprendizagem significativa se concretiza quando o aprendiz responde a uma pergunta e/ou quando o conhecimento novo é construído a partir de um diálogo com o conhecimento pré-existente (BRASIL, 2005b).

Com base nisso, percebe-se que a problematização e a aprendizagem significativa emergem como uma necessidade para a mudança.

Assim, a EPS apresenta-se como uma estratégia de educação na saúde com um olhar sobre as necessidades da população, configurando-se como um processo de gestão participativa e transformadora, incluindo instituições de ensino, trabalhadores, gestores e usuários, conformando o quadrilátero da formação: ensino – serviço – gestão – controle social. O envolvimento de todos esses atores produz conhecimento enriquecido, proveniente do compartilhamento de experiências, particularidades e subjetivações, que resulta em novos arranjos e resolutividade dos problemas de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Em 2006, como alternativa que viabilizasse democraticamente o processo de construção de regiões de saúde foi lançado pelo MS o Pacto pela Saúde. O Pacto congregava três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. Esse arcabouço legal foi instituído com a intenção de substituir as excessivas normas editadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

No ano de 2007 a Portaria GM/MS no 198/04 foi revista pelo Ministério da Saúde e substituída pela Portaria GM/MS no 1.996, de 20 de agosto de 2007. Esta definiu novas diretrizes e estratégias de ação para implementar a PNPEs, adequando-a às diretrizes operacionais e aos regulamentos do Pacto pela Saúde e Pacto de Gestão (BRASIL, 2006, 2007a).

Nessa perspectiva e naquela oportunidade, o Pacto foi apresentado como inovação potente, cujo objetivo era fortalecer a gestão descentralizada, com redefinições de responsabilidades próprias e conjuntas dos três entes federados. As pactuações de prioridades, objetivos e metas, teriam a intenção de resgatar o conteúdo político da regionalização diante da organização do sistema de tal maneira que levasse em conta a diversidade que caracteriza e diferencia o território brasileiro, restringindo, assim, as determinações federais diante do processo de descentralização com regionalização (LIMA et al., 2012).

Portanto, a regionalização deve orientar o processo de identificação e construção de Regiões de Saúde, nas quais as ações e serviços devem ser organizados de forma a garantir o acesso da população, bem como, potencializar os processos de planejamento, negociação e pactuação entre os gestores (PERNAMBUCO, 2011f).

Ao referir a implementação da regionalização da saúde, Viana et al. (2008) e Reis (2010) apontam ser necessário que esta leve em consideração a dinâmica e a heterogeneidade do território, principalmente, no mundo mutável e globalizado que se apresenta, não perdendo de vista a busca por uma complementaridade inter-regional.

Assim, alinhando-se à política de fortalecimento da regionalização incorporada pelo Pacto pela Saúde, a Portaria GM/MS no 1.996/07 estabeleceu, em seu Art. 2º, que a condução regional da PNEPS ocorreria por meio de Colegiados de Gestão Regional (CGRs), definidos como instâncias de pactuação permanente e co-gestão solidária e cooperativa, formados pelos gestores municipais de saúde de uma determinada região e por representantes do gestor estadual. Para a condução da política, a portaria indicou como estratégia a instalação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), definidas como instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS (BRASIL, 2007b).

Os gestores passaram a contar com o financiamento federal regular e automático para a Educação na Saúde, por meio do Bloco de Financiamento da Gestão, com repasse Fundo a Fundo. Desta forma, após pactuações locais, os estados e municípios recebem financiamento com base em seus Planos para Educação Permanente em Saúde (HADDAD et al., 2008).

França (2016) diz que a proposta contida na PNEPS assume a regionalização da gestão do SUS como base para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas para o enfrentamento das carências e necessidades do sistema.

Nesse sentido, a descentralização da educação permanente é uma estratégia primordial às mudanças na qualidade do trabalho, para que os profissionais atuem de maneira crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Há, no entanto, necessidade de descentralizar e disseminar a capacidade pedagógica dentro do setor. Esta ação possibilitaria a construção de um SUS que seria verdadeiramente uma rede-escola (CECCIM, 2005).

Segundo Ferla (2009) a relação da educação permanente com a regionalização consiste em uma troca: ensinar e aprender como disposição/abertura da gestão ao cotidiano do sistema loco-regional e gerir o cotidiano dos sistemas loco-regionais como oportunidade de ensino-aprendizagem da regionalização.

A partir do Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde (8.080), os CGRs passaram a ser denominados de Comissões Intergestores Regionais (CIRs) (BRASIL, 2011).

No nível estadual, com as alterações introduzidas pela Portaria 1996/07, é possível reconhecer o papel protagônico que as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) assumem na condução da PNEP, cuja implementação está atrelada ao desempenho das Comissões Intergestores Regionais (CIRs), e à participação das CIES. Propunha-se com isso, que as SES recuperassem a responsabilidade pelo planejamento da formação dos trabalhadores do SUS em seu âmbito de gestão por meio dos CIRs. Estes passariam, então, a assumir a condução regional da política, operando como instância deliberativa, responsável pela elaboração dos planos regionais de educação permanente, pactuação e definição de projetos a serem implementados no campo da formação e qualificação da força de trabalho para a saúde (FRANÇA, 2016).

As atribuições da CIES estadual estão em prestar assessoria em assuntos que tratem da EPS; monitoramento e avaliação da implementação da política de formação e desenvolvimento no âmbito do SUS e das ações e estratégias relativas à educação em saúde, constantes no Plano Estadual de Saúde, nos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde; estimular a participação dos gestores, trabalhadores em saúde, instituições de ensino e instâncias de participação social; articular, juntamente com o poder público e as instituições formadoras,

estabelecimentos de saúde, instâncias do controle social e movimentos sociais, estratégias de intervenção no campo da formação e no desenvolvimento dos trabalhadores, tendo por princípio os conceitos e diretrizes da EPS em consonância com o SUS (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

Os resultados da pesquisa Contribuições das CIES na Educação Permanente em Saúde (SILVA; LEITE; PINNO, 2014) apontaram a importância das CIES como fórum de discussões, assim como o envolvimento institucional e pessoal dos sujeitos nas decisões e definições das propostas que constituíram os planos regionais de EPS. A importância da CIES no desenvolvimento das ações educativas é realçada, em especial, na participação e na implantação dos planos de EPS. Os planos regionais de educação são socialmente construídos e servem de parâmetros ao desenvolvimento das propostas educativas e à aplicabilidade das ações educativas. O entendimento dos entrevistados reflete a importância das CIES na condução dos planos regionais de EPS, conforme estabelecido na portaria n. 1.996/2007 (Brasil, 2007). Nesta forma de ver, evidencia-se o papel da CIES na implementação da EPS, principalmente no que tange às articulações interinstitucionais, nas formas de apoiar e intervir com propostas de materializar conhecimentos e práticas já existentes, além de desenvolver novas tecnologias no campo da assistência, da gestão e da educação.

Na organização das CIES, com relação a uma regional especificamente ou estadual, preconiza-se que nela estejam inseridas a representação de diversos segmentos. E é essa multiplicidade que efetivamente permite a congregação de diferentes olhares, interesses e necessidades, os quais darão sustentação às propostas educativas, nos respectivos planos regionais ou estadual de educação permanente (MICCAS, 2014).

Para Silva et al. (2014) a ativa participação dos sujeitos na elaboração e na apreciação é preponderante para que as propostas educativas inseridas nos planos regionais estejam de acordo com as necessidades dos sujeitos (trabalhadores ou usuários), grupos ou populações. A constituição das CIES preconiza que haja representação e cooperação de órgãos de classe, associações e outras entidades representativas, pelas contribuições no delineamento das propostas educativas. As comissões de integração ensino-serviço regionais são o primeiro fórum de discussões e de construções coletivas em conformidade com as necessidades e as demandas de educação permanente em saúde. É nas CIES regionais que se esboçam as propostas educativas que vão constituir os planos regionais de educação permanente.

As inserções das CIES nas coordenadorias regionais de saúde podem representar avanços no que tange à construção de pactos nos quais seja possível construir ações que redimensionem e rearticulem propostas educativas congruentes com o processo de trabalho em saúde (BARRIOS, 2009).

Para Ferla (2009) aumentar a capacidade resolutiva dos municípios e das regiões intermunicipais passa por um solidário processo de construção coletiva desta nova realidade, para além da formulação e implementação de um conjunto de normas rígidas, que tendem a se sobrepor ao necessário processo político envolvido em uma ação social.

Considerando a melhoria do sistema de saúde através do modelo de regionalização, é importante refletir sobre dividir e regionalizar responsabilidades, por meio de uma gestão compartilhada, efetivando a complementaridade do sistema de saúde, através de atitudes e vontade política solidárias nas relações entre os entes federados. A gestão compartilhada constitui espaços de tomada de decisão dentro de uma rede integral de serviços de saúde, através das CIRs, distribuindo as responsabilidades entre os gestores, através da descentralização das estruturas gerenciais, de coordenação no processo da regionalização e de ferramentas formais de incentivos a pactuações entre gestores (REIS, 2010). Para tanto, gestão compartilhada exige dos gestores um permanente esforço tanto técnico quanto político para solucionar as questões referentes a planejamento, articulações e pactuações (BRASIL, 2007b).

Em Pernambuco, no início de 2009, foi deflagrado o movimento de construção da regionalização da saúde. O processo foi iniciado pela necessidade de redefinir a conformação territorial do Estado, reorganizando as regiões de saúde a partir da elaboração de um novo Plano de Regionalização da Saúde (PDR), de modo a subsidiar a organização da saúde de forma regionalizada, solidária, hierarquizada e resolutiva. Foi homologado em CIB de 19/09/2011 a nova conformação territorial da saúde que organiza o Estado em 04 macrorregiões, 12 regiões e 11 microrregiões de saúde (figura 1 e 2) (PERNAMBUCO, 2011f).

Figura 1 – Distribuição das macrorregiões de saúde



Fonte: Pernambuco (2011).

Figura 2 – Regiões de Saúde



Fonte: Pernambuco (2011).

Segundo consta no Plano Estadual de Saúde 2012-2015, a estratégia de regionalização em saúde, em Pernambuco, está em consonância com o Plano Estadual de Saúde 2008-2011, no qual a revisão do Plano Diretor de Regionalização é um compromisso expresso e tem como objetivo: identificar e reconhecer as regiões de saúde, em suas diferentes formas, visando expressar um desenho final, com a finalidade de promover o acesso à saúde com equidade e a qualificação do processo de descentralização, na perspectiva de uma assistência integral de saúde (PERNAMBUCO, 2012).

O Plano diz também que a Secretaria Executiva de Regulação em Saúde/SES-PE desempenhou um papel estratégico nesse processo, como indutora e coordenadora subsidiada por compromissos político-democráticos do Governo Estadual, a partir do desafio de interiorização das ações estratégicas para a melhoria dos indicadores sociais e a redução de desigualdades regionais (PERNAMBUCO, 2012).

Entretanto, Guimarães (2012) diz, em pesquisa intitulada: “O processo da regionalização da saúde em Pernambuco, na perspectiva da gestão estadual”, que diante de todos os pontos levantados e discutidos até o momento na categoria de

projeto estadual de regionalização, sendo esta representada pelo desenho regional, relações entre os entes federados e participação dos atores envolvidos, é possível afirmar que estas representações citadas são incipientes e inaugurais na gestão estadual vigente.

Para Mendes (2002) em decorrência da descentralização da saúde, algumas fragilidades emergiram, sobretudo, no que diz respeito à necessidade de fortalecimento da capacidade de gestão das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Além disso, a própria rede de atenção à saúde, mostrou-se fragmentada e pouco resolutiva.

Resultados da pesquisa Gestão de recursos financeiros da educação permanente em saúde: desafio das comissões de integração ensino-serviço (FERRAZ et al., 2013) mostram que a utilização dos recursos financeiros da educação permanente em saúde no Brasil, mesmo seguindo a dinâmica estabelecida no Pacto de Gestão, ainda se configura como um problema nesse contexto. A descentralização do financiamento da PNEPS, cuja responsabilidade é compartilhada, enfrenta dificuldades agravadas pelo fato de que as diferentes instâncias do SUS produziram mecanismos ágeis para o financiamento e contratação de ações e serviços de saúde, mas não para ações e serviços educacionais. Assim, toda a máquina pública, que opera bem em âmbito das ações de saúde, emperra quando se trata de ações de educação. Além disso, há necessidade de se criar mecanismos participativos de avaliação e controle para um exercício responsável e autônomo na gestão local, pois tais mecanismos auxiliam a coibir possíveis desvios de conduta, proporcionando uma transparência pública na gestão dos recursos (ARRETCHE, 2003).

Em relação a CIES pesquisa realizada por Silva, Leite e Pinno (2014) diz que embora se observe que há uma boa articulação entre ensino e serviço, há de se ressaltar que essa articulação precisa ser aprimorada, assim como é preciso criar mecanismos que promovam ativamente a participação dos docentes e discentes nas CIEs, sobretudo em discussões que permitam a aproximação entre docentes, discentes e trabalhadores na construção de programas educativos congruentes com a atenção e a gestão.

Ainda como resultado da pesquisa de Silva, Leite e Pinno (2014) os autores dizem que os gestores nem sempre têm a real compreensão do papel da comissão e, conseqüentemente, não constroem parcerias para discutir a EPS, em razão de muitos gestores desconhecerem as especificidades da educação permanente.

Como potencialidade da descentralização, é importante destacar a relevância da CIES pois, se há intenção de mudanças nos diversos segmentos, o ponto de partida é a Educação Permanente em Saúde, e as Comissões de Integração Ensino-Serviço são o espaço de discussões, de definições e, conseqüentemente, de geração de transformações que poderão impactar ações proativas que possam repercutir positivamente na saúde das pessoas e populações (GUIMARÃES, 2012).

Segundo Souza (2001) a estratégia de descentralização da saúde adotada na primeira década de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) proporcionou inúmeros avanços com a incorporação, pelos municípios, da responsabilidade pela provisão de serviços em seus territórios. Todavia, permanecem, na atualidade, problemas relativos à iniquidade na oferta e no acesso, à intensa fragmentação e à desorganização dos serviços do SUS. Isso se deve, em grande parte, ao fato de que muitos dos problemas em saúde extrapolam os limites administrativos e a governabilidade das instâncias municipais, requerendo a consolidação de sistemas regionais de saúde.

Para Viana et al. (2008), a regionalização é um processo fundamental para o avanço do SUS, envolve negociações e acordos políticos entre as três esferas do governo, com desenvolvimento de estratégia, e instrumentos voltados para a integração de serviços, agentes, instituições e práticas em espaços geográficos distintos. Constitui um eixo estruturante para o fortalecimento e qualificação da gestão do SUS.

O processo de regionalização alcançou um ritmo mais acelerado no Brasil, com a publicação do Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de julho de 2011, em que ficou estabelecido o Contrato Organizativo da Ação Pública e da Saúde (COAP) e a política das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011). O processo de discussão do COAP nos Estados vem ocorrendo desde o segundo semestre de 2012, tendo sido intensificado a partir de 2013, com particularidades para cada unidade federativa (MENDES et al., 2015).

O COAP é um instrumento da gestão compartilhada que tem a função de definir entre os entes federativos as suas responsabilidades no SUS, permitindo, a partir de uma região de saúde, uma organização dotada de unicidade conceitual, com diretrizes, metas e indicadores, todos claramente explicitados e que devem ser cumpridos dentro de prazos estabelecidos. Tudo isso pactuado com clareza e dentro das práticas federativas que devem ser adotadas num Estado Federativo. O contrato

garantirá uma gestão compartilhada dotada de segurança jurídica, transparência e solidariedade entre os entes federativos, elementos necessários para a garantia da efetividade do direito à saúde da população brasileira (BRASIL, 2011).

Em Pernambuco, dentro desse processo de mudança, em 28 de junho de 2013 foi realizada uma videoconferência pelo Ministério da Saúde com o objetivo de esclarecer e orientar o estado de Pernambuco quanto às regras de transição de pactuação dos indicadores do COAP, em substituição aos indicadores do Pacto pela Vida. Assim, diante das mudanças dos indicadores e da forma de Pactuação, a Gerência de Acompanhamento da Gestão Municipal (GAGM) disponibilizará os materiais com o objetivo de capacitar as 12 regionais de saúde e torná-las multiplicadoras. Para o ano de 2013 foram pactuados todos os indicadores universais segundo recomenda o Ministério da Saúde (MS), além dos indicadores pactuados para o COAP de Pernambuco aprovados em CIB. Dentre os indicadores, está presente o Indicador 57, que versa sobre a proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas, tendo como fontes o PAREPS e o RAG (PERNAMBUCO, 2013).

O indicador 57 esteve presente no COAP dos anos seguintes: 2014, 2015 e 2016. Segundo consta no COAP do ano de 2016, houve avanços na Política de Educação na Saúde do SUS em PE de forma descentralizada e regionalizada, principalmente com implantação dos programas de residência em área profissional vinculados a ESPPE e maior atuação das CIES Regionais. Entretanto, identifica-se dificuldade de mensurar este indicador, uma vez que as ações de educação permanente são descentralizadas e de responsabilidade tripartite, o que pode acarretar sobreposição de ações e conseqüentemente de informações, bem como o impacto dos processos de educação permanente ocorrem de maneira gradual e processual no cotidiano dos serviços de saúde (PERNAMBUCO, 2016).

3.4 Análise de Políticas Públicas

As políticas públicas de saúde têm ocupado um lugar central na área da saúde coletiva. Dentre as suas características destacam-se a capacidade de constituir-se em um campo de conhecimento de práticas que envolvem perspectivas de análises e ao mesmo tempo permite avançar na produção do conhecimento e orientar as ações e a formulação das políticas de saúde (COHN, 2009).

Segundo Fleury e Ouverney (2008), as políticas públicas interferem diretamente na vida dos cidadãos e estão sujeitas a múltiplos determinantes, em decorrência de variados interesses envolvidos na determinação dos rumos e formato das políticas públicas.

Uma definição clássica sobre políticas públicas é a de que são conjuntos de programas, ações e atividades desenvolvidas pelo Estado diretamente ou indiretamente, com a participação de entes públicos ou privados, que visam assegurar determinado direito de cidadania, de forma difusa ou para determinado seguimento social, cultural, étnico ou econômico. Variam de acordo com o grau de diversificação da economia, com a natureza do regime social, com a visão que os governantes têm do papel do Estado no conjunto da sociedade e com o nível de atuação dos diferentes grupos sociais (partidos, sindicatos, associações de classe e outras formas de organização da sociedade) (BOBBIO et al., 2004).

A discussão sobre políticas públicas no campo da saúde pública, entretanto, tem sido realizada a partir de diferentes perspectivas. Segundo Souza (2006), a primeira questão a ser considerada é sua historicidade, nesse sentido aponta-se que não existe uma forma única ou mais apropriada para se definir políticas públicas, e, para isso baseia-se nas definições tradicionais de alguns autores como Mead, Lynn, Peters e Dye, que se dedicam a estudar esse tema. Para esses autores, política pública é definida como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas, afirmando-a como um conjunto de ações de governo que irão produzir efeitos específicos. Nesse sentido, política pública é entendida como a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou por meio de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos, ou seja, é o que o governo escolhe fazer ou não fazer.

De acordo com Carvalho et al. (2010), política pública é vista de várias formas. Meio de solucionar problema; embate em torno de ideias e interesses; resultado da dinâmica do jogo do poder, dentre outras. Partindo do princípio que o dever do poder público é de antecipar necessidades ao planejar e implementar ações de maneira que permita criar condições estruturais de desenvolvimento socioeconômico, a política pública está voltada para a garantia dos direitos sociais.

Já a Análise de Políticas pode ser considerada como um conjunto de conhecimentos proporcionado por diversas disciplinas das ciências humanas

utilizados para buscar resolver ou analisar problemas concretos em política pública (BARDACH, 1998).

De acordo com Dunn (1981), a Análise Política utiliza múltiplos métodos de investigação e argumentação para produzir e transformar informações relevantes da política, caracteriza-se como multidisciplinar, a partir de teorias das ciências sociais, ciência política, economia. Tem por objetivo o questionamento da ação pública, ou nas palavras de Dye (1976), análise de política é descobrir o que os governos fazem, porque fazem e o que isso importa.

Segundo Ukeles (1977), é uma investigação sistemática acerca das diferentes opções políticas, assim como as evidências favoráveis e contrárias a cada opção. Ela envolve a solução de problemas, a coleta e a interpretação de informações, bem como a tentativa de prever as consequências das ações implementadas.

A análise de política é uma estratégia de estudo que possibilita formar uma opinião sobre determinada política pública. Baseada nos interesses do analista e do ponto do qual se interpreta e analisa, podem-se obter diversos julgamentos sobre a mesma, possibilitando comparações com outras. No momento da análise são considerados os discursos oficiais e os não oficiais, ou seja, os discursos explícitos e implícitos, considerando, também, o estudo da ausência de uma política, já que o silêncio sobre uma determinada questão pode ser uma estratégia de ação frente à mesma (ARAÚJO, 2000).

Foi a partir da segunda metade do século XX que a análise de políticas públicas começou a receber o status de área do conhecimento e disciplina acadêmica nos Estados Unidos (EUA). De acordo com Souza (2006), os estudos americanos surgiram direcionados apenas as ações dos governos, estando ausentes preocupações em estabelecer relações com as bases teóricas referentes ao papel do Estado e suas instituições, diferentemente do que ocorreu na Europa onde, devido à tradição nestes estudos teóricos, as políticas públicas passaram a ser compreendidas a partir de tais orientações. Segundo Frey (2000), no continente americano a análise de políticas públicas ganhou impulso a partir da década de 1970 com a ascensão da socialdemocracia, onde o planejamento e as políticas setoriais apresentaram maior notoriedade. No Brasil, só recentemente estudos sobre políticas públicas passaram a ser realizados.

Segundo Souza (2006), diversos motivos contribuíram para que a disciplina ganhasse visibilidade nas últimas décadas, tais como: a adoção de políticas restritivas

de gastos na maioria dos países, principalmente os em desenvolvimento, e a consequente visibilidade no desenho e na execução das políticas públicas; o ajuste fiscal na década de 1980 que impôs a adoção de orçamentos equilibrados e acentuadas restrições à intervenção do Estado; e o fato de que ainda não se conseguiu, sobretudo nos países em desenvolvimento, formar coalizões políticas capazes de resolver a questão do estabelecimento de políticas públicas promotoras, concomitantemente, de desenvolvimento econômico e inclusão social.

De acordo com Souza (2003), ainda é escassa a acumulação de avanços conceituais. Há crescimento de estudos setoriais, em particular estudos de caso, com uma expansão horizontal. Além disso, não raro há proximidade dos analistas com os governos, realização de análises por demandas governamentais, segundo a autora, aí residem a força e a fragilidade da área no Brasil.

Segundo Romano (2009), as dificuldades encontradas pela análise de políticas públicas são: a falta de agenda de pesquisa em Análise de Políticas Públicas; ainda incipiente acúmulo teórico na área; proliferação horizontal: estudos de caso, que são relevantes, porém insuficientes; tensão gerada pela presença significativa de estudos desenvolvidos por instituições governamentais; financiamento por instituições multilaterais, como consultores internacionais e organizações não governamentais e publicações acadêmicas ainda dispersas setorialmente.

Para Serafim e Dias (2012), as políticas públicas têm, cada vez mais, se convertido em objetos de análise que atraem a atenção de diversos grupos, dentre os quais gestores e pesquisadores, para se debruçarem sobre as diversas formas assumidas pela relação Estado-Sociedade. Ao longo das últimas décadas, um número crescente de estudos tem sido desenvolvido com base na Análise de Política.

Definir o método de análise é imprescindível, pois permite que diferentes estudos possam ser comparados e replicados. Muitos métodos de análise não consideram a multiplicidade de fatores, atores e elementos que configuram a complexidade do evento processual, a partir do qual se caracteriza uma política pública (VIANA, 1996). Segundo Grisa (2010), como nas demais áreas do conhecimento, as políticas públicas também vão admitir uma série de abordagens que buscam explicar como as políticas são formuladas e executadas, quais os atores relevantes e que fatores considerar na análise. As respostas a estas perguntas são distintas segundo a perspectiva teórica adotada pelo pesquisador.

O tipo de análise de política pode ser parcial, focando em um aspecto específico da política e limitando-se a análise de parte do processo político ou pode ser abrangente, com amplo foco de análise, onde busca apreender o processo político em sua totalidade.

Existem diversos modelos analíticos que são usados para buscar simplificar a complexidade da realidade, identificar aspectos importantes do cotidiano das políticas públicas, compreender o processo político, sugerindo o que é ou não importante e buscar explicações para as políticas públicas e suas consequências. Um modelo é uma representação simplificada de algum aspecto do mundo real, dentre outros existentes são exemplos: ciclo da política, que divide o processo de uma política em etapas ou fases ; meta-análise, que implica compreender a ideia de que análise de política pública se dá através do uso de metáforas, na medida em que se procede a descrição de algo em termos diversos da realidade; e modelos abrangentes de análise, como Frenk (1995), Reich (1996) e Walt e Gilson (1994) que são considerados pouco operacionais.

Como já foi mencionado anteriormente, no Brasil, os estudos de análise de política pública apresentam uma trajetória bastante recente, sendo esta uma área em consolidação e com escassa acumulação de conhecimento (VIANA; BAPTISTA, 2009). Segundo Labra (1999), no âmbito nacional, cada problema, objeto de decisão e de resolução política, resulta de um conjunto de fenômenos que se traduzem em um processo de crescente setorialização, de segmentação das políticas públicas e de tecnificação das decisões e de diversificação dos interesses envolvidos. A própria natureza da área política influi nas variáveis e dimensões relevantes para sua análise. Nesse contexto, não se pode dizer que exista um modelo acabado ou consensual para o estudo do processo de produção de uma determinada política, mas variadas correntes de pensamento ou abordagens que em muito contribuem para adicionar as revisões sobre o tema.

Dentre os principais modelos de formulação e análise de políticas públicas desenvolvidos para se entender melhor como e por que o governo faz ou deixa de fazer alguma ação que repercutirá na vida dos cidadãos, o método clássico é o ciclo da política, que divide o processo de uma política em etapas ou fases. Após a segunda guerra mundial os estudos nesta linha argumentativa intensificaram-se, especialmente nos EUA e Inglaterra, tendo como principal foco dotar o processo decisório de efetividade, ou seja, reduzir os riscos e ampliar as certezas na tomada

de decisões dos governos. Assim, a ideia era conhecer as demandas da sociedade e o processo político na formação e execução das políticas para possibilitar decisões acertadas. Foi neste contexto que teve início a construção do enfoque da política em fases ou estágios, ressaltando os diferentes momentos de formulação e desenvolvimento de uma política pública. Esse método originou-se de Harold Laswell, em 1951, em um contexto no qual a construção das políticas públicas era entendida a partir de uma lógica simples e linear, restrita ao âmbito governamental, e sem considerar o fato de o processo político e decisório ser um processo contínuo, interativo e complexo (BAPTISTA; REZENDE, 2011B).

Posteriormente, outros analistas da política desenvolveram seus estudos, trazendo contribuições e sugerindo novos modelos, tendo como ponto de partida a identificação das características das agências públicas ‘fazedoras da política’; dos atores participantes desse processo de ‘fazer’ políticas; das inter-relações entre agências e atores; e das variáveis externas que influenciam esse processo (VIANA, 1996).

Howlett e Ramesh (1993), condensaram as fases do processo da política pública em cinco etapas: montagem da agenda; formulação da política; tomada de decisão; implementação e avaliação. Surgindo, assim, o Ciclo da Política segundo Howlett e Ramesh, nele prevalece a ideia de que uma política se inicia a partir da identificação de problemas, passa por um processo de formulação de propostas e decisão, segue sendo implementada, para enfim ser avaliada e dar início a um novo processo de reconhecimento de problemas e formulação de política. Esta é a ideia de ciclo da política que até os dias atuais é bastante divulgada e trabalhada nos estudos de política (Figura 3).

Figura 3 – O Ciclo da Política segundo Howlett e Ramesh.



Fonte: Adaptado de Howlett e Ramesh (1995).

Na perspectiva do ciclo, o primeiro momento do processo de elaboração da política se refere à identificação de um problema pelos atores que o reconhecem e montagem da agenda. Este reconhecimento procede de forma subjetiva e interessada por esses atores, ou seja, ele resulta do entendimento, dos valores, das ideias e métodos desses atores. O entendimento sobre a subjetividade da definição do problema ganhou corpo com o desenvolvimento da Análise de Política, pois até então esse elemento era considerado uma entidade objetiva e sequer era reconhecido como uma fase do ciclo da política. Reflexões posteriores indicariam que esse momento constitui, de fato, um dos principais focos dos estudos de Análise de Política, uma vez que é aquele no qual se podem observar com maior clareza assimetrias de poder, tensões entre agendas e conflitos encobertos ou latentes.

Segundo Kingdon (1984), os problemas apresentam-se de forma distinta e ganham a atenção do governo de forma diferente. Além disso, denomina-se de agenda, a lista de assuntos e problemas sobre os quais o governo e pessoas ligadas a ele concentram sua atenção num determinado momento. Destacou também que o processo de mudança da agenda se altera à medida que os cenários políticos se modificam e diferenciou três tipos de agenda no processo político: sistêmica ou não-governamental, governamental e decisória. A primeira é formada de assuntos que são de preocupação nacional há algum tempo, mas que ainda não receberam a devida atenção do governo. A governamental é composta por assuntos identificados pelo governo como importantes. A última, a decisória, é composta por assuntos priorizados na agenda governamental a fim de serem, de fato, implementados.

A decisão sobre o reconhecimento de um problema e a sua incorporação na agenda está ligada ou vulnerável a uma série de fatores externos e internos, sejam eles incentivadores ou não. Os fatores externos que influenciam na determinação da agenda governamental são: crises ou escândalos; emotividade e impacto emocional; magnitude da população afetada; pressão dos grupos de interesse; meios de comunicação; momento do ciclo político, situações em que a arena política se encontra mais aberta e favorável; tradição e cultura, ou valores sociais (PEREZ; SEISDEDOS, 2006). Quanto aos fatores internos, Viana (1996) ressalta as características dos órgãos, das instituições e dos aparelhos vinculados à produção de políticas públicas.

Seguindo a perspectiva do ciclo da política, o passo seguinte à entrada do problema na agenda governamental é a formulação da política, ou seja, o momento

no qual, dentro do governo, se formulam soluções e alternativas para o problema, podendo ser entendido como o momento de diálogo entre intenções e ações. Após a fase de formulação estão dadas as condições para a tomada de decisão, que abarca o processo de escolha pelo governo de uma solução específica ou uma combinação de soluções, em um dado curso de ação ou não ação. Assim, na fase de tomada de decisão desenham-se as metas a serem atingidas, os recursos a serem utilizados e o horizonte temporal da intervenção (BAPTISTA; REZENDE, 2011).

Mondragón (2006) identifica dois momentos relativos ao processo de formulação da política. O primeiro é o processo decisório, no qual os atores políticos influenciam, consideravelmente, a escolha das alternativas e o esqueleto da política pública com base em variáveis diversas: valores políticos, de organização, pessoais, governamentais e ideológicos; projeção de resultados; recursos envolvidos; níveis de conflito; caráter objetivo ou subjetivo da política; intensidade de capital ou recursos humanos necessários à efetividade da política; dotação orçamentária. O segundo é o processo formal, em que a decisão do primeiro momento se configura em política pública por meio de medidas administrativas necessárias para sua existência. Os espaços que legitimam e formalizam essas decisões são: legislativo, através de leis; executivo, através de decretos, medidas provisórias e resoluções; e judiciário, que interpreta as leis.

Depois de formulada, inicia-se o momento da implementação da política, mediante os órgãos e seus mecanismos. Este momento, segundo Viana (1996), se dá em um espaço administrativo, concebido como um processo racionalizado de procedimentos e rotinas. Dependendo do grau de detalhamento na formulação da política, haverá a existência de uma liberdade administrativa por parte dos implementadores, para adequar a política à realidade. Nesse sentido, é possível entender que, até esse momento, deve-se considerar que a política ainda está sendo formulada.

Meny e Thoenig (1992) entendem que a implementação é a fase de uma política pública durante a qual se geram atos e efeitos a partir de um marco normativo de intenções, de textos ou de discursos. É o conjunto de ações que pretendem transformar as intenções em resultados observáveis.

Najan (1995) define a implementação como um estado de ter alcançado os objetivos da política e, implementar, como verbo, é um processo onde tudo acontece na tentativa de alcançar o propósito da política. A implementação é uma etapa

dinâmica. É em si um processo de significado próprio, que não está restrito apenas à tradução de uma dada política em ação, mas que pode transformar a política em si.

A implementação pode ser considerada como um processo de interação entre a determinação de objetivos e as ações empreendidas para atingi-los. Consiste no planejamento e na organização do aparelho administrativo e dos recursos humanos, financeiros, materiais e tecnológicos necessários para realizar uma política (SILVA, 2009).

Observa-se que, nesse processo, políticas públicas sofrem influências das circunstâncias externas aos agentes planejadores e implementador, as quais tornarão possíveis ou não a implementação. Segundo Hogwood e Gunn (1984) essas circunstâncias envolvem adequação, suficiência e disponibilidade de tempo e recursos; a característica da política em termos de causa e efeito, vínculos e dependências externas; compreensão e especificação dos objetivos e tarefas; comunicação; coordenação e obediência.

Segundo Carvalho et al. (2010), vários fatores podem interferir na implementação alterando os rumos previstos. São circunstâncias externas ao agente implementador relativas à adequação, suficiência e disponibilidade de tempo e recursos; à característica da política em termos de causa e efeito, aos vínculos e dependências externas; à compreensão e especificação dos objetivos e tarefas; à comunicação, coordenação e obediência.

Há ainda os fatores relativos às características do processo de negociação, à natureza do foco da política; às ações e relações entre os implementadores e sua capacidade de adaptação e de aceitar e acomodar imprevistos, às características da equipe, às condições políticas, econômicas e sociais (CARVALHO et al., 2010).

Hogwood e Gunn (1984) ressaltam que o momento de implementação é de intensa negociação, em que é possível identificar onde se sustentam os pactos estabelecidos. Se o momento de formulação é um momento de grandes consensos, onde tudo é possível, é no momento da implementação que se vê a real potencialidade de uma política, quem são os atores que a apoiam, o que cada um dos grupos disputa, e seus interesses. Estabelecem-se novos pactos, agora com novos atores, muitas vezes não participantes do pacto inicial de formulação, como os que são responsáveis pela prestação direta de serviços e que, no momento de implementação, tornam-se os principais agentes de transformação da política. Inicia-se um novo processo decisório, uma nova formulação da política, agora voltada para a sua aplicabilidade

mais imediata e já não mais sujeita a intervenções ampliadas dos grupos sociais que sustentaram a proposta previamente aprovada.

Neste enfoque, importa saber por que a implementação gera tantas possibilidades de mudança na política inicialmente desenhada. Hogwood e Gunn (1984) apresentam pelo menos três razões: o baixo compromisso dos políticos com o momento de implementação, aceitando que a eles cabe o ônus da formulação, do qual prestam contas; uma divisão institucionalizada entre aqueles que formulam e os que implementam uma política, sendo estes últimos capazes de identificar os pontos-chave da operacionalização, através de conhecimento técnico; a própria complexidade do processo, que demanda um conhecimento sólido e prévio das múltiplas variáveis que influem no processo político e que, por mais controladas que sejam, apresentam também um comportamento independente, não linear.

O último momento corresponde à avaliação da política pública. A avaliação pode ser usada apenas como um instrumento técnico ou como uma ferramenta política e útil na formulação da política. Apesar de apresentar a avaliação como o último momento do ciclo de políticas, ela não necessariamente ocorre após a implementação da política, ela pode ocorrer, também, no início do ciclo ou ao longo dele, de forma concomitante (OLMO, 2006).

A avaliação, segundo Pinto et al. (2014), é um dos tipos de julgamento possíveis que se faz sobre as práticas sociais, compreendidas desde as práticas cotidianas e do trabalho até aquelas que correspondem às intervenções, formalizadas ou não em planos e programas, voltadas para a mudança de uma determinada situação. No âmbito de uma política de saúde, a avaliação é um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões.

A avaliação se apresenta como um instrumento técnico que permite o desenvolvimento de processos para a revisão e medição sistemática do estado do problema. Os resultados dessa avaliação podem ocasionar três situações: auxiliar na melhoria da política e, assim, na sua continuação; finalizar a política existente; e desenvolver uma nova política. Além de instrumento técnico, a avaliação, é também, uma ferramenta política. Os resultados dela são utilizados para melhorar os programas e para prestar contas aos cidadãos, contribuindo, assim, para a confiança e para a legitimidade do sistema (SERAFIM; DIAS, 2012).

Segundo Baptista e Rezende (2011), hoje convivem diferentes enfoques como opções de análise nos estudos de implementação, visando abarcar a quantidade de questões que se apresentam no momento de implementação e que muitas vezes colocam em xeque a própria política definida. Dada a complexidade de elementos que convergem na fase de implementação, esta é vista pelos analistas da política como um momento crucial no ciclo da política, que traz importantes contribuições para a análise de políticas. E é no aprofundamento desta fase que alguns estudos começam a indicar a necessidade de se buscar entender o processo político de forma mais dinâmica e interativa.

Existem duas abordagens hegemônicas na literatura sobre implementação de políticas públicas. Uma delas toma como foco de análise o processo de formulação da política pública, e as variáveis destacadas são referentes às normas que a estruturam. A segunda abordagem enfatiza elementos dos contextos de ação nos quais a política será implementada. Toma como variáveis as condições dos espaços locais e as burocracias implementadoras.

A primeira abordagem pressupõe-se que, uma vez criada a política, conformar-se-ia um processo técnico de implementação (WALT, 1994). Fica clara a distinção entre decisão e sua operacionalização, que possuem arenas e atores distintos. Essa perspectiva é denominada *top-down* ou desenho prospectivo (ELMORE, 1996). Se a implementação é uma consequência, a explicação para sua trajetória está no processo que lhe deu origem. Com isso, o foco direciona-se para o processo de formulação. A análise é centrada nas normas que estruturam a política pública e suas lacunas. As lacunas correspondem a mudanças que ocorrem na política durante sua execução. Tais problemas são responsabilidade dos formuladores, que devem evitá-los seguindo determinadas orientações para a elaboração das regras que estruturam a implementação.

Alguns autores como Howlett e Ramesh (1995), Van Meter e Van Horn (1996) e Sabatier e Mazmanian (1996) empreenderam o esforço de delimitar variáveis independentes para o estudo da implementação de políticas públicas no escopo dessa perspectiva. O primeiro tipo refere-se à natureza do problema alvo da política: a existência de tecnologia de intervenção disponível e acessível, de uma teoria causal válida e o tamanho da população-alvo. O segundo grupo de variáveis são as normativas e referem-se ao grau em que o plano estrutura a implementação. O sucesso da implementação decorre da clareza dos objetivos, pois é imprescindível

que os implementadores compreendam perfeitamente a política e saibam exatamente o que se espera deles. O terceiro bloco alude a variáveis contextuais. O contexto social é comumente relacionado ao apoio do público à política e muitas vezes é considerado uma variável crítica porque esse apoio mostra-se instável e não perdura. O contexto econômico influencia a disponibilidade de recursos, essencial para o sucesso da implementação. O contexto político diz respeito, fundamentalmente, a mudanças de governo e ao apoio das elites. O quarto grupo de variáveis refere-se à organização do aparato administrativo: disponibilidade e qualidade dos recursos humanos e da estrutura organizacional, basicamente.

O segundo modelo analítico apresenta uma visão *botton-up* ou desenho retrospectivo para as políticas públicas que não nega completamente a perspectiva anterior, mas defende que a implementação deve ser vista como parte do processo de construção da política e, principalmente, que essa atividade é capaz de alterar a política de forma fundamental. Pode-se dizer que se constitui como uma visão realista sobre as políticas na medida em que afirma que nenhuma regra de implementação é autoexecutável. Todas elas são passíveis de interpretação e, por essa razão, possibilita a tomada de decisão em outros níveis, isto é, a discricionariedade (ELMORE, 1996).

Para Mazmanian e Sabatier (1983), considera-se que a política muda à medida que é executada, a implementação é percebida como um processo iterativo de formulação, implementação e reformulação. Segundo Elmore (1979), o padrão de sucesso é condicional. Está relacionado à capacidade limitada tanto dos atores de cada nível de implementação de influenciar o comportamento daqueles dos outros níveis quanto das organizações públicas de influenciar o comportamento privado.

A perspectiva *botton-up* atenta para a autoridade informal que deriva do conhecimento, das habilidades e da proximidade das tarefas essenciais desempenhadas pela organização. A discricionariedade é vista como um mecanismo adaptativo. A resolução de problemas requer habilidade e discricionariedade e ocorre por meio da ação dos atores, da implantação de suas estratégias, da gestão de seus conflitos e dos processos de aprendizagem. A política pública pode direcionar a atenção dos indivíduos para o problema e oferecer uma ocasião para aplicação de suas habilidades e seu julgamento, mas ela não pode resolver o problema (ELMORE, 1979; MULLER; SUREL, 2002).

Os modelos apresentados diferenciam-se quanto ao foco de análise. O primeiro centra-se nas características da estrutura normativa, o segundo, nos atores implementadores e em suas ações. Em comum, as abordagens enfatizam as condições e limitações materiais, vistas como determinantes da trajetória do processo de implementação. Tal ênfase deixa espaço à inserção de variáveis ligadas às ideias, aos valores e às concepções de mundo dos atores. Os modelos analíticos encontram seus limites na superestimação da importância das normas ou da discricionariedade dos executores. O foco na estrutura normativa desconsidera a influência dos implementadores. Por outro lado, a capacidade de determinação atribuída a eles no desenho retrospectivo subestima a influência exercida pelas variáveis normativas na implementação.

Para Silva e Melo (2000), a implementação é um processo de retroalimentação contínuo entre o que é decidido e o que é implementado. No mesmo sentido, Grindle (1991) afirma que a implementação se constitui em um processo iterativo e contínuo de decisões realizadas por políticos e gestores em resposta a um problema atual ou antecipando reações. Uma política, portanto, deve ser alterada ou revertida em qualquer estágio de seu ciclo de vida devido a pressões e reações.

Majone e Wildavsky (1984), afirmam que consequências de política sem um relacionamento reconhecível com a ideia original são raras. Porém, não é tão rara a reconstrução a posteriori de objetivos para que se encaixem nos resultados alcançados. É uma via de mão dupla, o plano norteia a implementação e o desenvolvimento da implementação modifica o plano. O conteúdo das normas que estruturam as políticas públicas não será recebido de forma acrítica em espaços vazios. Pelo contrário, será inserido em processos estabelecidos e adaptado às concepções e capacidades das instâncias de governo e das burocracias implementadoras. Nesse quadro, a análise das características do plano pode ser útil para a compreensão da reação gerada nas instâncias de implementação. Os objetivos definidos, os atores envolvidos e seus papéis, o fluxo da alocação de recursos, todos são elementos que criam expectativas, geram interpretações e dinâmicas diversas de reação.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Tipo do estudo

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

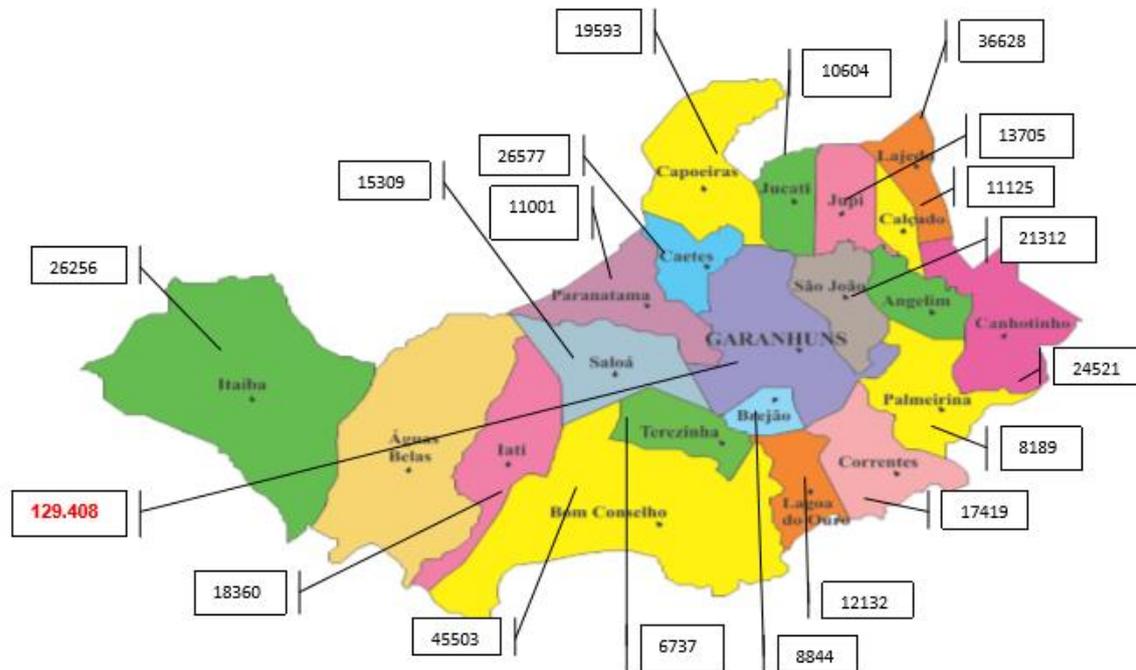
O estudo exploratório auxilia o pesquisador a solucionar e/ou aumentar sua expectativa em função do problema determinado (TRIVINÕS, 1987). Richardson (1999) também afirma que quando não se tem informação sobre determinado tema e se deseja conhecer o fenômeno, este tipo de estudo é o exploratório. Gil (1999) complementa que este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis. Além disso, o mesmo autor enfatiza que a pesquisa exploratória pode ser a primeira etapa de um projeto maior.

4.2 Local do estudo

A V Gerência Regional de Saúde (Geres) de Pernambuco está localizada na cidade de Garanhuns, sede e polo da Regional. As Geres são unidades administrativas da SES distribuídas em todo o Estado, com importante papel na implantação da Política Estadual de Saúde, especialmente no Interior, atuando no apoio à atenção básica, supervisão das ações municipais, reestruturação dos hospitais regionais, combate à mortalidade materno-infantil e enfrentamento das mais diversas endemias. Ao todo, o Estado conta com doze Geres (PERNAMBUCO, 2016a).

A V regional apresenta uma população estimada, em 2010, em 534.793 habitantes, e é composta por 21 municípios: Águas Belas, Angelim, Bom Conselho, Brejão, Caetés, Calçados, Canhotinho, Capoeiras, Correntes, Garanhuns, Iati, Itaíba, Jucati, Jupi, Lagoa do Ouro, Lajedo, Palmerina, Paranatama, Saloá, São João e Terezina (Figura 4).

Figura 4 – Mapa da V Região de Saúde de Pernambuco



Fonte: Pernambuco (2013).

Sua Unidade hospitalar de referência é o Hospital Regional Dom Moura situado na cidade de Garanhuns. Conta com uma Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPAE): UPAE Dr. Antônio Simão dos Santos Figueira, também situada na cidade de Garanhuns. O Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (Lafepe) está situado nas cidades de Bom Conselho, Garanhuns e Lajedo. Além disso, também conta com a Fundação Hemope: Hemocentro Regional Garanhuns (PERNAMBUCO, 2016a).

Numa missão que abrange 21 municípios do Estado, a V Gerês se mantém focada em lidar com as atribuições essenciais de uma unidade administrativa. (PERNAMBUCO, 2016a).

A escolha de estudar a Política de Educação Permanente na V regional de saúde se deveu ao fato da V regional ter um aparelho formador importante, tanto na área de graduação, como de pós-graduação. Tendo recebido vários incentivos públicos nos últimos anos, como a criação de Universidades Públicas e Programas de Residência na área da saúde. Além disso, a V regional possui, no setor de educação permanente, uma CIES formada por membros de vários setores da saúde, educação

e controle social, com regimento Interno para orientar sua organização e funcionamento, estando de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

4.3 Período do estudo

O período do estudo compreendeu o ano de 2008-2016. A decisão pelo início do estudo ser o ano de 2008 considerou o fato de nesse ano ter sido estruturada a Política de Educação Permanente no estado de Pernambuco.

4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de pesquisa documental na V regional de saúde de PE.

Segundo Oliveira (2007), pesquisa documental consiste na busca e análise de dados contidos em documentos que não receberam nenhum tratamento analítico científico, como relatórios, reportagens de jornais, revistas, cartas, filmes, gravações, fotografias e outras.

Segundo Hodder (2002), os documentos são importantes recursos em uma pesquisa qualitativa, em estudos que visam explorar as múltiplas e conflitantes vozes que constituem os contextos ideológicos. De acordo com o autor, um texto escrito tem um importante papel de legitimação do poder de determinados grupos sociais, e seu estudo pode propiciar a compreensão sobre os princípios e normas que orientam as relações de troca, evidenciando os significados políticos envolvidos em sua produção.

A pesquisa documental foi sobre a Legislação a respeito da PNEPS, Planos de Ação Regional em Educação Permanente, Relatórios Anuais de Gestão (RAG) e Atas das reuniões da CIES da V regional de saúde de Pernambuco.

Através da pesquisa documental buscou-se obter elementos essenciais para responder:

Ao 1º) Objetivo específico – Descrever a Política de Educação Permanente da V regional de saúde de Pernambuco – através da análise dos Planos Estaduais de Saúde dos anos de 2008-2011, 2012-2015 e 2016-2019 e do PAREPS 2011.

Ao 2º) Objetivo específico – Caracterizar os processos e resultados da EP da V regional de Pernambuco – através de documentos oficiais da V regional, do PAREPS 2011 e dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) dos anos de 2008 a 2015.

Ao 3º) Objetivo específico – Analisar o papel da CIES no desenvolvimento da implementação da Política de Educação Permanente (PEP) da V regional de saúde PE – através das atas de reuniões da CIES. Após leitura das atas, foram delimitadas duas categorias de análise de acordo com os temas mais frequentes nos relatos e de importante relevância para analisar a implementação da PEP na V regional de saúde de PE, são elas: Apoio Técnico Estadual e Dificuldades da CIES da V regional de saúde de Pernambuco.

Ao final foi realizada uma análise da implementação da política para responder ao Objetivo Geral do estudo – Análise da implementação da Política de Educação Permanente na V regional de saúde de PE – para isso utilizou-se os conceitos da análise de política.

Foi utilizada uma abordagem integrada por considerar que ambas contribuem para a compreensão do processo de Implementação. A análise foi baseada nos modelos clássicos top down e bottom up: no primeiro tem-se uma visão objetiva e concreta da política, centra-se na questão de mecanismos de controle sobre os agentes implementadores para que os objetivos da política sejam atingidos; no bottom up o processo de negociação mantém-se durante a fase de implementação, provocando efeitos de baixo para cima, modificando a própria concepção de partida (NAJBERG; BARBOSA, 2006).

Baseadas nos modelos top down, bottom up e em Viana (1996) foram definidas variáveis relacionadas a etapa de implementação da Política de Educação Permanente na V regional de saúde: características da política e apoio técnico-financeiro.

4.5 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada por meio de análise documental. Foi utilizada a análise de conteúdo proposta por Bardin (1977), a qual consiste em um conjunto de técnicas para análise e tratamento das comunicações via procedimentos sistemáticos para descrição das mensagens. Esta técnica segundo Minayo (2010) considera a totalidade do texto na análise, passando-o por um crivo de classificação e de quantificação, segundo a frequência de presença ou ausência de itens de sentido.

Para Bardin (2009), a técnica de análise de conteúdo se baseia em operações de desmembramentos do texto em unidades, ou seja, descobrir os diferentes núcleos

de sentido que constituem a comunicação e posteriormente realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias.

4.6 Plano de Intervenção

De acordo com o regulamento do programa de pós-graduação do Mestrado Profissional em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, além do trabalho de conclusão do Mestrado (dissertação), o aluno deverá anexar um Plano de Intervenção oriundo da pesquisa desenvolvida (ANEXO A).

O Plano de Intervenção oriundo do presente estudo será apresentado na forma de um capítulo de livro, que será submetido ao edital da Secretaria Estadual de Saúde, de chamada pública de experiências em educação permanente em saúde no estado de Pernambuco, com base na delegação outorgada pela Portaria SES nº 032/11, publicada no D.O.E. de 29.01.2011 (ANEXO B).

4.7 Considerações éticas

O estudo teve como princípio o respeito às questões éticas descritas na resolução de nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde /Ministério da Saúde, garantindo que os dados foram utilizados exclusivamente para fins de geração de conhecimento e divulgação científica.

O trabalho de campo para a pesquisa documental na V Regional só foi iniciado após solicitação de Carta de Anuência junto à V Regional de Saúde de Pernambuco.

Não foi necessário submeter o presente estudo para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, devido a pesquisa envolver apenas busca bibliográfica, sem acesso a pessoas e sem busca a bancos de dados de acesso restrito.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Descrição da Política de Educação Permanente da V regional de saúde de PE

Nesta sessão serão descritas as características da V regional e a Política de Educação Permanente da V regional de saúde de Pernambuco.

5.1.1 Características da V regional de saúde de PE

A V regional de saúde, com sede em Garanhuns, é composta por vinte e um municípios do agreste meridional e abriga uma população de 513.660 habitantes, segundo censo IBGE (2010). Possui uma área total de 7.330 Km² com densidade populacional de aproximadamente 70,1 habitantes por Km².

Quanto ao índice de desenvolvimento humano (IDH), 19 (dezenove) municípios têm IDH entre 0,500 a 0,599 (desenvolvimento baixo), pela classificação do IDH são considerados subdesenvolvidos, correspondendo a 90,48% da Regional. Apenas 02 (dois) municípios da Regional possuem IDH entre 0,600 a 0,699: Garanhuns e Lajedo (9,52%), classificados como em desenvolvimento (PERNAMBUCO, 2011f).

De acordo como plano estadual de saúde 2016/2019, apresenta uma cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica de 97,65%, segundo COAP (2016), e sua unidade hospitalar de referência é o Hospital Regional Dom Moura situado na cidade de Garanhuns. Conta também uma Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPAE), o serviço oferece consultas com médicos especialistas em oftalmologia, otorrinolaringologia, neurologia, ortopedia e cardiologia.

A rede de educação conta com duas universidades públicas, a Universidade de Pernambuco-UPE e a Universidade Federal Rural de Pernambuco-UFRPE, ambas situadas na cidade de Garanhuns. Conta ainda com uma faculdade particular, a Autarquia do Ensino Superior de Garanhuns-AESGA e com o Instituto Federal de Pernambuco-IFPE contendo cursos técnicos e, também, de nível superior.

No campus da UPE são ofertados na Graduação os cursos de Bacharelado em Medicina e Psicologia e os de Licenciatura em Ciências Biológicas, Computação, Geografia, História, Letras, Matemática e Pedagogia. Na Pós-Graduação conta com

vários cursos de Especialização, incluindo o curso de Saúde Pública. Conta também com Mestrado Profissional em Letras, Mestrado Profissional em Psicologia e Mestrado Profissional em Culturas africanas, da diáspora, e dos povos indígenas (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, 2017).

No campus Garanhuns da UFRPE são ofertados os seguintes cursos de Graduação: Medicina Veterinária, Bacharelado em Zootecnia, Bacharelado em Agronomia, Bacharelado em Ciências da Computação, Engenharia de Alimentos, Licenciatura em Letras e Licenciatura em Pedagogia. Na Pós-Graduação são oferecidos os cursos de Mestrado em Sanidade e Reprodução de Ruminantes, Mestrado em Produção Agrícola e Mestrado em Ciência Animal e Pastagens (UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO, 2017).

A AESGA conta com os cursos de Graduação em Engenharia Civil, Direito, Administração, Secretariado Executivo Bilingue, Administração Hospitalar e Recursos Humanos. Na Pós-Graduação conta com cursos de Especialização em Administração, Direito e Auditoria em serviços de Saúde (AUTARQUIA DO ENSINO SUPERIOR DE GARANHUNS, 2017).

O IFPE oferece os cursos técnicos de Eletroeletrônica, Informática e Meio Ambiente, além do curso superior de Bacharelado em Engenharia Elétrica. Já na Pós-Graduação oferece o curso de Especialização em Inovação e Desenvolvimento de Software para Web e Dispositivos Móveis (INSTITUTO FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2017).

A rede de educação conta ainda com Programas de Residências desenvolvidos na região para responder a necessidade de formação e fixação de especialistas do SUS PE, na modalidade Residência em Saúde, de forma regionalizada e descentralizada, são eles:

O Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE) tem por objetivo formar enfermeiros obstetras para a atenção integral a mulher com ênfase ao ciclo gravídico-puerperal, de forma descentralizada e regionalizada. Será desenvolvido em três Regionais de Saúde do estado de Pernambuco, (Caruaru, Garanhuns e Arcoverde). As atividades práticas serão desenvolvidas em serviço hospitalar dessas Regionais, além de serviços da Atenção Básica, Canto Mãe Coruja e sede da Gerência Regional de Saúde. Por ocasião da realização dos módulos teóricos os residentes deverão se deslocar para a Regional de Saúde nas quais são ministradas as aulas. O custeio de

deslocamento e estadia é de responsabilidade do profissional residente (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, 2017).

Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar com ênfase em Gestão do Cuidado – Hospital Regional Dom Moura O Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar do Hospital Regional Dom Moura, Garanhuns/PE, tem como instituição formadora a Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco. Objetiva formar especialistas em Gestão do Cuidado tendo como foco o compartilhamento de saberes de diversas áreas da saúde com vistas a um atendimento hospitalar integral, realizado de forma interdisciplinar. Os módulos teóricos, ministrados concomitantemente ao treinamento em serviço, integram a teoria às atividades práticas, que são desenvolvidas prioritariamente no âmbito hospitalar. Todavia é oportunizado ao profissional residente rodízios em outros serviços da Rede de Atenção à Saúde Regional, permitindo uma visão ampliada da atenção à saúde (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, 2017).

Residência Multiprofissional em Saúde Mental com Ênfase no Cuidado do Usuário e da Família – Campus Garanhuns O Programa tem como objetivo capacitar e instrumentalizar profissionais formados em Psicologia, Serviço Social e Enfermagem para prestar assistência na área de saúde mental, em concordância com as Políticas Públicas de Saúde. Essa formação será fundamentada no ensino-aprendizagem por meio de prática supervisionada, em teorias e práticas baseadas em evidências e em estudos e métodos validados em nosso País, fazendo pontes de conexões com o curso de Psicologia da Universidade de Pernambuco e o Mestrado Profissional em Práticas e Inovação em Saúde mental, 11 vinculando-os a diversos campos de atuação como o CAPS, NASF, CREAS, Residência terapêutica, Hospital Regional, V Regional de Saúde e serviço ambulatorial (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, 2017).

Residência Multiprofissional em Saúde da Família com Ênfase em Saúde da População do Campo, coordenado pela Universidade de Pernambuco. O Programa de Residência é coordenado pelo Campus Garanhuns da Universidade, em parceria com o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), Movimento Quilombola, Coletivo de Saúde no Campo, Escola do Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE) e Escola Nacional Florestan Fernandes (ENFF). O programa é uma formação de pós-graduação para trabalhadores da saúde graduados em educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina veterinária, nutrição,

odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional, sendo dois de cada categoria profissional. Com duas turmas de dez profissionais, sendo um de cada categoria, para desenvolverem trabalhos com a população em assentamento no município de Caruaru e comunidades quilombolas em Garanhuns (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, 2017).

Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Saúde (PRMSC-Redes) da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, com 56 vagas de diversas áreas profissionais de saúde: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. É realizado de forma descentralizada em sete das doze Regionais de Saúde do interior do Estado (IV, V, VI, VII, IX, X, XI GERES), desenvolvido em parceria com a Universidade de Pernambuco (Campus Garanhuns). O Programa tem por objetivo formar especialistas de diferentes áreas da saúde para que se tornem sujeitos capazes de protagonizar, criar e liderar mudanças nos processos de gestão do cuidado e de constituição de redes de atenção por meio da formação em serviço, de forma regionalizada, interdisciplinar e integrada, articulada com as diferentes instâncias de gestão e de atenção do SUS.

Segundo o plano estadual de saúde 2016/2019, além desse Programa, a ESPPE também assume a execução do Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização de Atenção à Saúde – Hospital Regional Dom Moura (Garanhuns-PE) que tem por objetivo desenvolver o processo de formação especializada de profissionais da área da saúde para desempenhar ações de forma interdisciplinar, reduzindo a fragmentação dos saberes e do processo terapêutico no âmbito hospitalar, integrando a gestão do cuidado à governança clínica.

Além disso, são oferecidas mais de 3 mil vagas de estágio por ano para realização de atividades curriculares obrigatórias para ordenação da formação de profissionais para o SUS. Essas atividades são realizadas nas Unidades de Saúde estaduais, compreendendo os Hospitais, UPAS, UPA-E, Laboratórios e outros serviços nas 12 Regionais de Saúde. Também são oferecidos estágios curriculares não obrigatórios – Vivências no SUS PE. No sentido de potencializar as vivências dos estudantes de graduação nos serviços de saúde, a Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde realizou processos seletivos para realização de estágio curricular não obrigatório remunerado, considerando o papel indutor do ensino

no serviço na formação de profissionais para o SUS de acordo com as necessidades de saúde da população.

Existe também, de acordo com o plano estadual de saúde 2016/2019, o Programa de Formação do Sistema Único de Saúde – FormaSUS, que tem por objetivo ofertar bolsas integrais de estudo para alunos oriundos das escolas públicas, nas instituições privadas de ensino superior e de ensino técnico que ministram cursos na área de saúde. As bolsas integrais são uma contrapartida das instituições de ensino privadas que utilizam as unidades da rede estadual de saúde como campo de estudo e prática para a formação de seus estudantes. Esse Programa foi criado por meio de decreto em 2011 e transformado em lei estadual em 2013. Entre 2012 e 2015, foram ofertadas cerca de 800 bolsas de nível superior e técnico para a população de Pernambuco, contemplando jovens e adultos para que possam se somar aos profissionais que hoje integram o SUS. As instituições de ensino estão situadas nos municípios do Recife, Araripina, João Alfredo, Afogados da Ingazeira, Limoeiro, Caruaru, Olinda, Vitória de Santo Antão, Escada, Carpina, Jaboatão dos Guararapes, Palmares, Goiana, Camaragibe, Garanhuns, Arcoverde, Belo Jardim e Serra Talhada.

5.1.2 Política de Educação Permanente na V regional de PE

No ano de 2004, em 13 de fevereiro, através da Portaria 198 MS/SGTES, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente tendo como estratégia a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor saúde, revisada em âmbito nacional, culminando com a publicação da Portaria GM/ MS 1.996 de 20 de agosto de 2007.

A Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

No seu Art. 1º, Parágrafo Único, estabelece:

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a Capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde (BRASIL, 2007).

Cardoso et al. (2017) dizem que a regionalização da PNEPS provocou mais mudanças na organização da política nos estados de que propriamente em sua apropriação conceitual. Diz ainda que os Polos de Educação Permanente em saúde, criados junto com a PNEPS e que foram eficazes na difusão da proposta da EPS pelos diferentes municípios brasileiros, passaram a se reorganizar em Centros de Integração Ensino Serviço (CIES), agora coordenados pelos Colegiados de Gestão Regional (CGR) e orientados pelo Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde.

Ainda para Cardoso et al. (2017) a ideia seria romper com a lógica de compra e pagamento de procedimentos educacionais – o chamado “balcão de cursos” – prática que teria se instalado nos Polos. Outra mudança fundamental foi a descentralização do recurso federal do Fundo Nacional para os Fundos Estaduais de Saúde, visando à implementação e execução das ações de Educação Permanente em Saúde. Para isso, as CIES deveriam construir os projetos e as estratégias de intervenção no campo da formação de desenvolvimento dos trabalhadores a serem apresentadas a CGR, hoje CIR, para homologação na Comissão Intergestora Bipartite (CIB). O que se pretendia era aumentar a capacidade regional para a intervenção na área da Saúde através da Educação Permanente como orientadora das práticas de Educação na Saúde.

Em Pernambuco, a estruturação da PEP foi proposta em 2008. A partir dos incentivos do MS, iniciou com a constituição das CIES, onde inicialmente foram criadas cinco CIES e posteriormente foi ampliado para as 12 Regionais de Saúde, além da CIES Estadual (FRANÇA, 2016; PERNAMBUCO, 2016b).

A CIES da V regional é formada por membros de vários setores da saúde, educação e controle social. Possui regimento Interno para orientar sua organização e funcionamento, estando de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde e pelo decreto 1996/07.

A Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, no intuito de estruturar a PNEPS, cria o Apoio Institucional em Educação Permanente em Saúde, sendo ela uma ferramenta metodológica que sugere uma maneira para operar a relação horizontal mediante a construção de várias linhas de transversalidade. Neste sentido esta ferramenta se organiza também através do matriciamento que é a construção de momentos relacionais onde se estabelece a troca de saberes entre os profissionais de diferentes áreas e exige uma reformulação do modelo de gestão. A metodologia

para ordenar a relação do apoiador matricial é baseada em procedimentos dialógicos, o que serviu de apoio para a elaboração dos Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde posteriormente (PAREPS) (PERNAMBUCO, 2011f).

A Escola de Governo em Saúde Pública do Estado de Pernambuco (ESPPE) também teve papel fundamental na estruturação da Política de Educação Permanente no estado. A ESPPE é uma instituição pública da SES PE que tem por finalidade promover a execução de atividades de ensino, pesquisa e extensão para o desenvolvimento dos profissionais e servidores públicos que atuam no SUS. Criada em 1989, tem uma vasta trajetória na área da Educação Profissional em Saúde e em cursos de qualificação dos trabalhadores e gestores do SUS de Pernambuco.

Outro aspecto importante para a estruturação da PEP em Pernambuco foi o alinhamento da Política de Educação Permanente ao processo de regionalização e o fortalecimento das CIR e das CIES. Dessa forma, as ações dos Planos de Ação Regionais foram planejadas e executadas como base em eixos estratégicos: 1) Linhas de Cuidado; 2) Gestão; 3) Formação e Integração Ensino, Serviço e Pesquisa; 4) Formação Profissional e 5) Mobilização e Controle Social (PERNAMBUCO, 2016f).

No que diz respeito a V regional de saúde, como estratégia inicial foi apresentada a Política na Comissão Intergestores Regional (CIR), depois realizado Seminário Regional, envolvendo os secretários municipais de saúde, recursos humanos/administrativos, representantes das secretarias municipais de educação e instituições de ensino com cursos na área de saúde com sede na regional. O objetivo foi apresentar a política, discutir o papel da CIR e CIES, e fazer um levantamento das necessidades de Educação Permanente com vistas à construção do Plano de Ação Regional para Educação Permanente em Saúde (PERNAMBUCO, 2011f).

Para Signor et al. (2015), a educação permanente é a vertente que irriga as mudanças com propostas efetivas, de acordo com as necessidades sentidas e evidenciadas no espaço de trabalho, devendo estar articulada com as necessidades de aperfeiçoamento da atenção e ao aprimoramento da gestão. As propostas de educação permanente, ainda, para serem efetivas precisam ser construídas de acordo com as necessidades dos trabalhadores e, de forma especial, das necessidades de saúde da população.

Considerando-se as diversas necessidades de desenvolvimento tanto pessoal quanto profissional, a EPS é uma das estratégias para que os envolvidos, educandos e educadores, aprimorem sua capacidade de articularem as mudanças, possibilitando

assim a troca de experiências, a socialização e a construção coletiva de uma cultura organizacional de aprendizagem no cotidiano do trabalho (SILVA, 2012).

No mês de abril de 2010 foi realizada a Oficina Regional, dando início à construção do PAREPS, objetivando a concretização das metas, sendo algo que opere processos significativos a partir da realidade como ela se apresenta no cenário local e capaz de organizar as práticas para que esta produção seja possível. Um detalhe importante é que os gestores passaram a contar com o financiamento federal regular e automático para a Educação na Saúde, por meio do Bloco de Financiamento da Gestão com repasse Fundo a Fundo, lembrando que o repasse para as Regionais são destinados a todos os municípios que compõem a regional e este deve custear o que foi elaborado no PAREPS (PERNAMBUCO, 2011f).

Sendo assim, após oficinas realizadas no ano de 2010 e 2011 para construção do PAREPS, em junho de 2011 foi publicado o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde da V GERES, que teve como objeto norteador a Portaria 1.996/2007 e o Plano Estadual de Educação Permanente. Foi construído a várias mãos, buscando a integração dos saberes num sentido de coletividade e respeito às necessidades apresentadas no Seminário e na Oficina Regional, onde foram identificados os principais problemas de saúde da região e apontado como solução a qualificação de seus profissionais. Dessa forma, foi construída uma Matriz de Estratégias de acordo com as necessidades e perfil epidemiológico da região. Na V Regional de Saúde, a exemplo do que vem ocorrendo no Brasil, são registradas reduções nas taxas de fecundidade, com aumento progressivo da expectativa de vida e conseqüente envelhecimento da população. Essa mudança na estrutura demográfica tem influenciado o padrão de ocorrência de doenças e dos óbitos (PERNAMBUCO, 2011f).

A Gestão da SES ao identificar a necessidade de apoiadores institucionais que atuassem junto a ESSPE com o processo de integração ensino/serviço, propõe formar um grupo de profissionais, com experiência pedagógica, para atuar enquanto elo entre os órgãos formadores e o serviço, apoiando o debate em torno da qualificação do ensino. Assim, foram convidados vários profissionais de áreas de atuações diversas, mas com experiência em ensino e apoio institucional a fim de articular as agendas propostas pelo plano estadual de ensino e serviço, dando apoio as CIES Regionais na construção do PAREPS. A V Regional de Saúde ficou com uma Apoiadora Institucional de Educação Permanente em Saúde e uma facilitadora de área, dando

suporte e fazendo as articulações necessárias para o desenvolvimento do processo. Nas diversas reuniões que aconteceram, foram identificados os cursos mais necessários para capacitar os trabalhadores de saúde, os quais, estão elencados na matriz de estratégias (Quadro 1).

Quadro 1 – Matriz de Estratégias do PAREPS da V regional 2010-2011.

(continua)

ESTRATÉGIA	EIXO TEMÁTICO	OBJETIVO	PÚBLICO-ALVO
1. Formação de apoiadores para saúde mental: especialização e aperfeiçoamento para trabalhadores da rede.	Linha do cuidado	Construção da linha de cuidado em saúde mental, a partir da implementação e estruturação de serviços substitutivos e ressignificação da formação e das práticas profissionais.	Trabalhadores da Rede de saúde nível médio e nível superior.
2. Discutindo direitos: fórum de discussão /formação com profissionais, familiares e usuários da rede de saúde mental.	Linha do cuidado; Controle Social.	Identificar necessidades, sentimentos e saberes entre os usuários da Rede de Saúde Mental e seus familiares e “empoderamento” como dispositivo de autonomia do sujeito.	Usuários da Rede de saúde mental e seus familiares, profissionais e gestores.
3. Implementação da Residência Multiprofissional de Interiorização de Atenção a Saúde, como estratégia de integração ensino-serviço e fixação de profissionais no território.	Linha do cuidado; Formação e integração ensino, serviço e pesquisa;	Promover um espaço de discussão e articulação da Política do SUS, com o processo de formação, fortalecendo a integração ensino-serviço e a rede de saúde da regional.	IES, serviços de saúde com Programas de residência, SES-PE e SMS.
4. Aperfeiçoamento em produção e organização do cuidado para Saúde da Mulher: qualificação teórica em saúde materno-infantil.	Linha do cuidado;	Desenvolver o pensamento crítico-analítico no sentido de agregar novas práticas e estratégias diante do desafio de promover uma atenção mais humanizada e de qualidade para a saúde materno-infantil; ao mesmo tempo, construir uma estratégia estruturante da organização do processo de trabalho no cuidado a saúde da mulher.	Profissionais de nível médio e superior da Rede de Saúde da V Regional e dos Cantos Mãe Coruja.

Quadro 1 – Matriz de Estratégias do PAREPS da V regional 2010-2011.

(continuação)

ESTRATÉGIA	EIXO TEMÁTICO	OBJETIVO	PÚBLICO-ALVO
5. Especialização em obstétrica.	Linha do cuidado; Formação e integração ensino, serviço e pesquisa.	Capacitar médicos e enfermeiros para identificação dos riscos obstétricos e perinatal; realização do parto normal e cirúrgico, com prática humanizada; capacitar médicos e enfermeiros com bases epidemiológicas, clínicas e humanísticas no contexto do SUS; estimular a análise e a reflexão crítica da prática profissional humanizada, através da pesquisa científica, buscando soluções para os problemas da área.	Médicos e Enfermeiros da rede de saúde.
6. Cursos de Especialização e aperfeiçoamento em linhas de cuidado, com foco em Saúde da Família, e Urgência e Emergência.	Linha do cuidado; Gestão.	Fomentar novos modos de práticas, organização e gestão do processo de trabalho e dos serviços de saúde, buscando garantir o cuidado integral do usuário, de modo responsável, resolutivo, humanizado, coordenado e de acordo com suas necessidades, ao longo de todo o itinerário que esse usuário faz nos serviços de saúde.	Gestores e profissionais de nível superior e médio nos três níveis de atenção.
7. Curso de Atualização em Políticas de Saúde do SUS e sua aplicação na rede de saúde da regional.	Atenção Básica	Desenvolver o conhecimento crítico em relação ao arcabouço legal do SUS e das Políticas de Saúde, dialogando com a prática profissional no contexto da Atenção Básica.	Profissionais de nível superior e médio da Atenção Básica.
8. Aperfeiçoamento em Gestão do Trabalho.	Gestão	Qualificar e fortalecer saberes e práticas em relação à gestão do trabalho.	Profissionais e gestores municipais da V regional com inserção na gestão do trabalho.
9. Curso de Atualização em Gestão Estratégica e Práticas Inovadoras de Gestão no SUS.	Gestão	Desenvolver programa de qualificação que possibilitem provocar mudanças no processo de trabalho na gestão do SUS.	Profissionais, diretores e gerentes municipais e regionais das áreas de atenção, regulação, vigilância, planejamento e gestão do trabalho.

Quadro 1 – Matriz de Estratégias do PAREPS da V regional 2010-2011.

(continuação)

ESTRATÉGIA	EIXO TEMÁTICO	OBJETIVO	PÚBLICO-ALVO
10. Curso de Atualização em Gestão Administrativa e Financeira de Políticas e Programas de Saúde.	Gestão	Qualificar o processo da gestão administrativa e financeira do SUS.	Gestores e Pessoal administrativo das secretarias municipais e V Regional.
11. Formação de preceptoria e tutoria de residências e estágios em saúde.	Formação e integração ensino, serviço e pesquisa; Gestão.	Qualificar os preceptores e tutores sobre temas diversos da área de conhecimento, políticas do SUS, linhas pedagógicas e metodologia científica.	Preceptores e tutores dos programas de residência e estágios em saúde.
12. Estágio de Vivência na realidade do SUS para estudantes de graduação e pós-graduações.	Formação e integração ensino, serviço e pesquisa.	Contribuir de maneira efetiva para a formação de profissionais com um caráter ético-político coerente com o desenvolvimento da integralidade nas ações de saúde e nas linhas de cuidado.	Estudantes de graduação e pós-graduações de IES, com convênio com a SES-PE.
13. Qualificação e Aperfeiçoamento nas CIES.	Formação e integração ensino, serviço e pesquisa	Contribuir na qualificação das CIES, na elaboração de projetos, na articulação política e nas implicações da Educação permanente em Saúde – EPS, como estratégia para mudança de prática e transformação da realidade.	Componentes das CIES e CGR's.
14. Extensão do Curso em Análises Clínicas	Qualificação Técnica	Expandir o Curso de formação de Técnicos em Análises Clínicas visando a qualificação da práxis.	Profissionais de nível médio.
15. Curso de Formação e Qualificação em Vigilância, especificamente os Técnicos para Agentes Comunitários em Endemias – ACE	Qualificação Técnica	Instrumentalizar os trabalhadores nas atribuições de atenção à saúde e de planejamento para o combate das doenças endêmicas.	Profissionais de nível Médio e superior e os Agentes Comunitários em Endemias – ACE.
16. Curso de atualização em imunização.	Qualificação Técnica	Instrumentalizar os trabalhadores nas atribuições de atenção à saúde e de planejamento no processo de imunização.	Profissionais que atuam em imunizações.
17. Curso de aperfeiçoamento para Formação de Conselheiros em educação Permanente em Saúde.	Controle Social; Gestão.	Apreensão conceitual e política da Política Nacional de Educação Permanente.	Conselheiros municipais e Conselheiros potenciais de educação e saúde.

Quadro 1 – Matriz de Estratégias do PAREPS da V regional 2010-2011.

				(conclusão)
ESTRATÉGIA	EIXO TEMÁTICO	OBJETIVO	PÚBLICO-ALVO	
18. Etapa regional do Seminário Estadual em Educação Permanente para o Controle Social.	Controle Social; Gestão.	Discutir diretrizes de implantação e implementação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde para o Controle Social.	Usuários, profissionais e gestores da V regional, envolvidos com o controle social do SUS.	
19. Curso Técnico de ACS's	Atenção Básica	Oferecer a primeira etapa do Curso de Formação Técnica para os ACS's que não fizeram e a segunda etapa para os ACS's para continuação da Educação Permanente a nível regional.	Agentes Comunitários de Saúde – ACS's da V regional.	
20. Academias da cidade	Linhas de Cuidado	Fortalecer e integrar aos serviços de Saúde às academias das Cidades	Profissionais de nível superior e médio e usuários dos serviços.	
21. Educação no Trânsito	Linhas de Cuidado	Desenvolver ações educativas, em articulação com o DETRAN, as escolas e auto-escolas, com intuito de diminuir os índices de acidentes de trânsito na V Regional.	Profissionais e usuários dos serviços.	
22. Cuidador do Idoso	Linhas de Cuidado	Ampliar o curso de Cuidador do idoso, visando a qualificação e sensibilização no cuidado com o idoso.	Profissionais da rede de saúde que atuam com essa demanda.	
23. Programa Saúde na Escola	Linhas de Cuidado	Fortalecer e expandir o Programa de Saúde na Escola para a V regional.	Profissionais da Saúde e Educação.	
24. Controle da Infecção e destino do lixo	Linhas de Cuidado	Implantar ações educativas de tratamento e reciclagem de lixo nas comunidades; e tratamento adequado do lixo nas unidades hospitalares e de saúde.	Prefeituras, escolas, comunidades, empresas, unidades hospitalares e de saúde.	

Fonte Pernambuco (2011f).

Outras necessidades apontadas foram: Criação de mesas de negociação permanente nos municípios e na regional; Estágios de vivências na realidade do SUS para docentes, estudantes de graduação e nível técnico em saúde; Articulação das experiências de integração ensino serviço; Implantação do departamento de Educação Permanente no Hospital Regional e núcleos de educação permanente nos hospitais estaduais e municipais da regional; Política de sensibilização para os gestores para atuação de profissionais capacitado; Fortalecer (os serviços) a

integração entre a assistência social, educação, conselhos (criança e adolescentes) e outros (pastorais, ong's, movimentos sociais).

Segundo consta no PAREPS, a Regional se encontrava carente de cursos e capacitações, levando em consideração que diariamente surgem novas técnicas de trabalho, deixando o profissional desatualizado, muitas vezes realizando suas tarefas de forma inadequada. Nesse sentido, acreditou-se que a nova Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, com suas diretrizes e estratégias, pudesse reorientar o trabalhador da saúde, assim podendo oferecer aperfeiçoamento e qualificação para um bom atendimento aos usuários do SUS. Assim, a V Gerência Regional de Saúde buscou colocar a educação permanente em saúde como estratégia de gestão, com o objetivo de implementar projetos de mudanças no processo de trabalho e na formação dos seus profissionais, colocando o cotidiano e sua qualificação como aprendizagens construídas a partir do trabalho vivo em ato (PERNAMBUCO, 2011f).

O Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde foi estruturado a partir dos Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde, os PAREPS. Sendo assim, em 2012, foi trabalhada a revisão dos PAREPS adequando-os a realidade locorregional e a conformação das redes assistenciais. Sendo assim as propostas para 2013 foram trabalhadas a partir de 5 grandes eixos: 1) Linha de Cuidado 2) Gestão 3) Formação e Integração Ensino, serviço e pesquisa 4) Formação Profissional 5) Mobilização e Controle Social (PERNAMBUCO, 2014).

O ano de 2013 foi marcado por ações estruturadoras da política de educação permanente e consolidação da CIES como uma instância intersetorial e interinstitucional, de natureza política e crítico-reflexiva de caráter permanente e consultivo, com a função de assessoramento na discussão, elaboração, condução e desenvolvimento da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde no Estado de Pernambuco, vinculada à CIB/PE. Da mesma forma, foi um ano de reformulação da Escola de Saúde Pública na sua natureza jurídica, estruturação administrativa e pedagógica e revisão do seu Projeto Político pedagógico (PERNAMBUCO, 2014).

Consta em documento da V regional, que nos anos de 2015 e 2016 a Matriz de Estratégias do Plano Regional de Educação Permanente em Saúde foi revisado considerando as epidemias de arboviroses, sobretudo do Zika vírus com emergência de saúde pública mundial. Foram realizadas ações emergências para qualificação da rede de atenção à saúde estadual e regional para atender a esta demanda. Portanto,

mesmo sem ser uma necessidade real durante a elaboração do PAREPS da V GERES é importante o apontamento de ações de educação permanente que visaram esse fim para os profissionais da V região de saúde no ano de 2016, após os casos de microcefalia no estado.

O estado de Pernambuco, veio desenvolvendo ações educativas de acordo com sua realidade e capacidade instalada. As ações são sempre desenvolvidas em parcerias com as CIES. Sendo necessária a discussão sobre a implementação da Política Estadual de Educação Permanente, consta nesse Plano a realização de quatro fóruns no âmbito da SES e em parceria com as CIES, sendo eles: Executar pelo menos um projeto de formação multiprofissional por ano, de cada Plano Regional de Educação Permanente em Saúde; Realizar quatro fóruns no âmbito da SES com representação das CIES, para discutir e apresentar a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) e a PNEPS com pactuação na CIB e homologação no Conselho Estadual de Saúde; Elaborar e executar anualmente um projeto de formação, nas 12 Regiões de Saúde, para o controle social; Viabilizar um projeto intersetorial de atenção à saúde do trabalhador no âmbito do serviço público estadual e realizar duas oficinas de capacitação aos membros das CIES por ano (PERNAMBUCO, 2016b).

Ao longo dos anos, a Política de Educação Permanente no Estado de Pernambuco foi se consolidando por meio da execução de ações estruturadoras: Descentralização dos recursos financeiros e autonomia para as CIES Regionais no planejamento e execução das ações por meio dos Planos de Ação Regionais - PAREPS, alinhados ao contexto local e pactuados nas CIR; Apoio financeiro e técnico ao funcionamento das CIES Regionais e CIES Estadual; Ações de fortalecimento da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco; Contratação de Apoiadores Institucionais descentralizados nas áreas Saúde Coletiva, Organizacional e Hospitalar com o objetivo de fortalecer a implementação e o acompanhamento da Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde no Estado de Pernambuco; Ações de formação e estruturação de Programas de Residência Médica e em Área Profissional de Saúde (Multiprofissional e Uniprofissional); Ações de educação para atender demandas em áreas estratégicas a partir das necessidades de saúde da população: Materno infantil, Urgência e Emergência, Cardiologia, Neurologia e Psiquiatria, Anestesiologia, Sífilis e HIV, Saúde Mental; Apoio na realização do III Fórum Global de Recursos Humanos para a Saúde; Ações de apoio à formação do Controle Social;

Ações de formação para apoio na estruturação dos Sistemas de Informação das Políticas de Saúde nas regionais de saúde; e Parcerias interinstitucionais para o desenvolvimento de Cursos de Especialização e Mestrado Profissional para gestores e profissionais da Rede Estadual de Saúde (PERNAMBUCO, 2016b).

Figura 5 – Linha do tempo sobre a PEP na V regional



Fonte: Elaborado pelo autor.

5.2 Caracterização dos processos e resultados da Educação Permanente da V regional de saúde de Pernambuco

A presente sessão analisa informações obtidas a partir da pesquisa documental (documentos oficiais da V regional, do PAREPS e dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG)) sobre os processos e resultados da Educação Permanente no período do estudo. Descreve ações destinadas à formação de trabalhadores e/ou qualificação do trabalho no e para o SUS da V regional de saúde em parceria com o setor de Educação Permanente da SES/PE, além disso discorre sobre os recursos financeiros envolvidos para a implementação da PEP no estado.

O RAG é um importante instrumento de acompanhamento e monitoramento do SUS, ele apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde, apurados com base no conjunto de ações, metas e indicadores, tem caráter analítico/indicativo. Ao final do período de vigência do Plano de Saúde, subsidia seu processo de avaliação de modo a possibilitar a elaboração de um novo Plano. Deve ser claro, objetivo, transparente e expressar a participação democrática e permitir a realimentação do processo de planejamento, orientando eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários.

5.2.1 Ações destinadas à formação de trabalhadores e/ou qualificação do trabalho no e para o SUS na V regional de PE

Buscou-se identificar, no conjunto de RAG e PAREPS, tipo e quantidades de ações realizadas e destinadas a qualificação do trabalho para o SUS da V regional de saúde, entre os anos de 2008 e 2016, em parceria com o setor de Educação Permanente da SES/PE. Em conformidade com o planejamento dos Planos Estaduais de Saúde e com o Plano Regional de Educação Permanente da V regional (Quadro 2).

Quadro 2 - Ações destinadas à formação de trabalhadores e/ou qualificação do trabalho no e para o SUS na V regional de PE em parceria com o setor de Educação Permanente da SES/PE.

ANO	CURTA DURAÇÃO	ESPECIALIZAÇÃO	RESIDÊNCIA
2008	9	-	-
2009	17	-	-
2010	13	-	-
2011	15	-	-
2012	5	-	-
2013	10	-	-
2014	7	-	2
2015	5	-	1
2016	65	4	2
TOTAL	146	4	5
%	95%	2%	3%

Fonte: Elaborado pelo autor.

Nota: No total foram realizadas 155 ações, representando 100%.

No ano de 2008 foram realizadas 9 ações, caracterizadas como de curta duração na modalidade de capacitação e com carga horária máxima de 40 horas.

Segundo consta no RAG 2008, o Plano Estadual de Saúde 2008-2011 tinha como uma de suas metas qualificar a Estratégia Saúde da Família através de implantação de um Plano de Educação Permanente para profissionais da rede de atenção primária. A situação encontrada em dezembro de 2008 foi de que, mesmo existindo iniciativas de todas as áreas técnicas em relação à capacitação de Equipes de Saúde da Família, não foi elaborada uma agenda integrada destas ações através de um Plano de Educação Permanente.

Para alcançar essa meta o RAG 2008 diz que várias ações no âmbito da Educação Permanente foram iniciadas em 2009, muitas delas em parceria com a Diretoria Geral de Educação em Saúde, envolvendo treinamento de Agentes

Comunitários de Saúde (ACS) e dos demais profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Acredita-se que só após o avanço da política de educação permanente é que se poderão incluir os profissionais das ESF na elaboração de protocolos de atenção, que deverão estar vinculados às políticas de regionalização da atenção que estão sendo discutidas na SES.

No ano de 2009 foram realizadas 17 ações de curta duração, nas modalidades de sensibilização, oficina, capacitação, reunião de monitoramento e avaliação, conferência e seminário.

No RAG 2009 consta que a meta de qualificar a estratégia de saúde da família através de implantação de um plano de educação permanente para profissionais da rede de atenção primária ainda não foi atingida. Segundo o RAG 2009 e o PAREPS 2011, o Plano ainda não havia sido implantado até o final do primeiro semestre daquele ano, contudo no segundo semestre de 2009 foi realizado o primeiro Seminário Regional de implementação da Política Nacional de Educação Permanente.

A política de Educação Permanente em saúde foi trabalhada a partir das discussões nas Regionais de Saúde, tendo como eixo norteador a Portaria 1996/07, do Ministério da Saúde, que serviu de subsídio, para a elaboração dos pré-projetos dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde, considerando a Regionalização, capacidade instalada e potencialidades na área de Educação.

Segundo consta no RAG 2009, a política de Educação Permanente em saúde foi implementada no segundo semestre de 2009.

No ano de 2010 foram realizadas 13 ações de curta duração que contemplaram a V regional, nas modalidades de capacitação, oficinas e seminários. Merece destaque a realização da Oficina de Regionalização, realizada no primeiro semestre do ano.

Em 2011, foram realizadas 15 ações de curta duração que contemplaram a V regional de saúde. Esse ano marca o final da vigência do Plano Estadual de Saúde 2008-2011.

O ano de 2012, segundo consta no RAG 2012, foi marcado por um período de transição, devido ao fim do PES 2008-2011 e do início do PES 2012-2015. Nesse ano foram realizadas 5 ações de curta duração que contemplaram a V regional de saúde.

Vale destacar neste ano que foram realizados dois Fóruns no âmbito da SES com representação das CIES, para discutir e apresentar a PEEPS e a PNEPS com pactuação na CIB e homologação no Conselho Estadual de Saúde.

Em 2013 foram realizadas 10 ações de curta duração que contemplaram a V regional de saúde. Em relação ao ano anterior, o ano de 2013 foi marcado pela consolidação da CIES como uma instância intersetorial e interinstitucional, de natureza política e crítico-reflexiva, de caráter permanente e consultivo, com a função de assessoramento na discussão, elaboração, condução e desenvolvimento da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde no Estado de Pernambuco, vinculada à CIB/PE.

Nas ações de Educação Permanente do Estado, principal polo de residência em Saúde Norte/Nordeste, destacam-se a ampliação de oferta de vagas para formação de especialistas nas mais diversas áreas da Saúde Pública, das vagas para médicos residentes, com oferecimento de programas de capacitação permanente para qualificação de profissionais da rede, dentre estes técnicos e enfermeiros.

Como consolidação da PEP em PE, cabe destacar uma ação que não foi programada no PES 2012-2015, mas foi executada, o repasse de R\$ 50.000 (cinquenta mil reais) para cada Regional de Saúde objetivando executar pelo menos 01 projeto de Educação Permanente em Saúde Multiprofissional. Vale ainda destacar, nesse ano, que foi realizado o II Seminário de Educação Permanente em Saúde nos dias 22 e 23 de agosto em Itamaracá.

No ano de 2014 foram realizadas 7 ações de curta duração que contemplaram a V regional e 2 duas ações na modalidade de residência. Com o objetivo de consolidar a Política de Educação Permanente em saúde, vale destacar as seguintes ações foram realizadas nesse ano: I encontro de Educação Permanente de Pernambuco; Reunião com a temática da EP com os municípios em cada região de saúde no âmbito das CIES regionais; Acompanhamento da execução dos projetos de pesquisa do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS); Acompanhamento e avaliação dos resultados dos projetos de pesquisas dos editais PPSUS 2013 e publicação da lei do FORMASUS.

Nesse ano também houve a implantação da Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Regional Dom Moura (HRDM), localizado na cidade de Garanhuns, com 10 vagas anuais, e implantação da Residência em Saúde Coletiva com enfoque em Redes de Atenção à Saúde.

Segundo o RAG 2015 e o PAREPS 2011, em 2015 foram realizadas 5 ações de curta duração e 1 ação de longa duração, a Residência Multiprofissional em Saúde

da Família com Ênfase em Saúde da População do Campo em parceria com a Universidade de Pernambuco.

A UPE e o Coletivo de Saúde do Campo, juntamente com o setor do MST e comunidades quilombolas foram pilares importantes para que, em 2015, fosse inaugurado o programa no campus da UPE, localizado na cidade de Garanhuns. Formado por duas turmas: uma para população assentada de Caruaru e outra para a população quilombola de Garanhuns (UPE, 2014).

A primeira experiência com residentes se deu na capital pernambucana em um assentamento do MST localizado na microrregião metropolitana do Recife. A execução de um projeto de extensão com a população assentada permitiu avaliar que a experiência pontual não era suficiente para dar conta da complexidade das questões de saúde no campo. (BATISTA; ALBUQUERQUE, 2014).

O programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com Ênfase na População do Campo (RMSFC) hoje se encontra na 3º (terceira) turma (VIANA, 2017).

Vale destacar, ainda nesse ano, o curso de Preceptorial da COREMU - UFPE realizado em dezembro de 2015, voltado para representantes dos tutores da Residência na V GERES e integrante da CIES da regional.

Houve ainda nesse ano, a realização do 2º Encontro Estadual de Educação Permanente, além de um Fórum no âmbito da SES com representação das CIES, para discutir e apresentar a PEEPS foi amplamente discutida nas CIES Regionais e CIR, CIES Estadual e apresentada em vários espaços colegiados da SES. Além disso, no mês de dezembro de 2015 foi realizada uma oficina de Educação Permanente do Estado de Pernambuco com participação dos membros da CIES de todas as regionais de saúde.

Até a finalização da dissertação, não constava no site da Secretaria Estadual de Saúde o Relatório Anual de Gestão do ano de 2016, com isso os dados desse ano foram coletados da Matriz de Ações Realizadas nos anos de 2015-2016 do PAREPS da V regional.

No ano de 2016 foram realizadas 65 ações de curta duração na V regional de saúde, nas modalidades de capacitação, atualização, seminário, oficina, fórum, roda de conversa e cursos através de videoconferência. Esta última modalidade merece ser destacada porque, após os documentos serem analisados, pela primeira vez

aparece a videoconferência/ensino à distância como meio de formação para os profissionais da V geses, das 65 ações 28 foram nessa modalidade.

Nessa conjectura, a incorporação do Ensino a Distância (EaD) contribuiria para potencializar os programas de educação permanente e possibilitar, ao mesmo tempo, o desenvolvimento pessoal daqueles que trabalham na saúde o desenvolvimento da instituição (BRASIL, 2005b). Para Godoy (2004), a EaD proporciona ao sujeito um estudo mais individualizado e adaptado ao ritmo do treinando, proporcionando flexibilidade temporal e transpondo barreiras geográficas, pois o aluno escolhe quando e onde realizar seu treinamento.

Dentre os cursos de curta duração é importante destacar os cursos de relacionados ao Ensino à Distância, que ao incorporar o EaD nos programas de EPS se está alcançando um grande número de trabalhadores capacitados e, a partir daí o desenvolvimento de profissionais com postura crítico-reflexiva, e comprometidos com a qualidade no desenvolvimento das práticas de saúde. Para Faria e David (2010), a educação permanente das equipes de saúde é necessária para a qualidade de atendimento e também para mudanças nas práticas profissionais.

Godoy (2004) aponta que um fator de motivação para aprender com o uso da tecnologia é a possibilidade de não ter que deixar seu local de trabalho, podendo utilizar os recursos dentro da própria instituição de trabalho, nem precisar participar do treinamento em horário diferente do praticado na instituição. Além disso, para White (2003) outra vantagem é flexibilização do tempo e a diminuição de custos que essa modalidade proporciona.

Como limites pode-se destacar que a modalidade exige uma interação entre os participantes em ambientes virtuais de aprendizagem, onde a presença do mediador se faz necessária para a efetividade do programa. Desta forma, Ortiz et al. (2008) afirmam que o papel do facilitador on-line é uma realidade que se propaga na mesma velocidade com que surgem novos grupos e formas de interação no ambiente virtual. A presença do tutor na realidade configura-se, portanto, como uma necessidade para um melhor funcionamento e alcance dos objetivos do treinamento, dentro desse cenário.

Além disso, deve-se considerar que nem todos os profissionais possuem acesso e habilidades para a utilização de ferramentas virtuais, de modo que se faz necessária a instrução deles mediante o desenvolvimento de competências para assimilação das novas tecnologias. Para tanto, é premente uma comunicação efetiva

com os tutores. Para o alcance dessas competências necessita-se de conhecimento para utilizar as novas tecnologias da informação e comunicação, não apenas como meios de melhorar a eficiência dos sistemas, mas, principalmente, como ferramentas pedagógicas efetivamente a serviço dos profissionais que atuam na saúde (NOVA, 2003).

Entretanto, o ensino à distância deve ser visto como uma possibilidade educacional para o desenvolvimento contínuo de trabalhadores da saúde, praticado enquanto outra opção se coloca ao trabalhador para sua qualificação. Não pode ser simplesmente encarada enquanto substitutiva do sistema educacional já posto, por mais deficiente que este esteja operando (OLIVEIRA, 2007).

Além dos 65 cursos de curta duração, no ano de 2016, foram realizados 4 cursos de Especialização e implementadas 2 Residências, são elas: Especialização em Gestão da Clínica - Sírio Libanês/MS para profissionais da V Região de Saúde e do HRDM; Especialização em Vigilância na Saúde - Sírio Libanês/MS para profissionais da V Região de Saúde e do HRDM; Especialização em Regulação dos Serviços de Saúde - Sírio Libanês/MS para profissionais da V Região de Saúde e do HRDM; Especialização em Saúde Pública para gestores da V GERES; Implantação da Residência em Enfermagem Obstétrica em março de 2016 para profissionais enfermeiros com 2 vagas para a V regional e Implantação do Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização de Atenção à Saúde - Hospital Regional Dom Moura - Garanhuns-PE - parceria com a ESPPE.

Também merece destaque, entre as ações desse ano, o Programa de Ensino Tutorial (PET-MEC) em parceria com a Universidade de Pernambuco- UPE, o Estágio de Vivência na realidade do SUS para estudantes de graduação de Medicina da UPE Campus Garanhuns e o estágio Vivência na Realidade do SUS, realizado em parceria com a ESPPE, para estudantes de residência em Enfermagem Obstétrica, Gestão do Cuidado do HRDM e Saúde Pública com enfoque em Redes de Atenção à Saúde.

Conforme observado, no período de 2008 a 2016, do total de iniciativas realizadas e destinadas à formação de trabalhadores e/ou qualificação do trabalho no e para SUS na V regional, uma grande quantidade de ações caracterizou-se como cursos de curta duração. Esse achado será objeto de discussão na sessão a seguir.

5.2.1.1 Cursos de curta duração

Após análise dos documentos, identificou-se que foram realizadas 155 ações (100%) em parceria com a SES/PE que contemplaram a V regional de saúde. Em seguida, as ações foram classificadas segundo o tipo, de maneira que é possível observar predominância dos cursos de curta duração (95%), seguidos pelas Residências (3%) e das Especializações (2%).

Não foi possível concluir com precisão qual o principal público alvo de cada ação. Ademais, pôde-se observar que a maior parte das ações com público identificado eram destinadas aos trabalhadores de nível superior, principalmente médicos e enfermeiros, sendo a maioria dos cursos fundamentados no saber técnico-científico e voltados para categorias específicas. As ações voltadas para equipes multiprofissionais foram a minoria, podendo ter sido contabilizado em menor número devido à falta de informação sobre o público alvo em várias ações registradas nos Relatórios Anuais de Gestão analisados.

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

Cumprе salientar que diversos autores, dentre eles Davini (2005), atribuem a modalidade de cursos de curta duração a condição de Educação Continuada (EC), adjetivada também como modelo de capacitacionismo.

Para Ribeiro (2004), a estratégia de educação continuada nos serviços de saúde reforça a fragmentação do cuidado, das equipes e do processo de trabalho. Enfoca o desempenho de cada categoria profissional em suas funções determinadas social e tecnicamente pela divisão do trabalho.

Fundamentada principalmente no saber técnico-científico a EC busca a atualização do conhecimento específico das categorias profissionais por meio da transferência do conhecimento que conduz à fragmentação das práticas de saúde (SILVA, 2009).

Segundo Struchiner (2002), do ponto de vista pedagógico, os participantes desses programas são expostos a métodos reprodutivistas, de transmissão de conhecimentos, que conduzem à passividade e à superficialidade, assim como à falta de criatividade, de curiosidade e de compreensão dos fenômenos e experiências vivenciadas. Desse modo, quando retornam aos serviços os trabalhadores se veem

confrontados em suas realidades cotidianas com a impossibilidade de aplicar o conhecimento adquirido.

Para Girade et al. (2006), a educação continuada merece atenção crescente, uma vez que há necessidade de preparar pessoas para o enfrentamento de mudanças e desafios, conciliando as demandas de desenvolvimento pessoal e grupal com a organização e sociedade. Além disso, diz que é imprescindível que o profissional se mantenha em processo de aprendizagem contínua, engajando-se em programas de educação continuada, procurando, promovendo ou exigindo da instituição na qual trabalha, apoio para a vida profissional na área específica de atuação. Posto isto, precipitado seria afirmar que a educação continuada seria substituída pela educação permanente, dada sua importância no processo formativo.

Cotrin (2009) afirma que é relevante destacar que Educação Permanente e Educação Continuada são processos que se caracterizam pela continuidade das ações educativas e ainda que se fundamentem em princípios metodológicos diferentes, quando implantadas, possibilitam a transformação profissional através do desenvolvimento de habilidades e competências e assim fortalecem o processo de trabalho. Afirma ainda que, mais importante do que nomear ou apontar relevância de uma modalidade em razão de outra, está o produto final a ser almejado, no âmbito do atendimento das demandas dos trabalhadores, dos gestores institucionais e dos organizadores destas práticas, posto que a partir desta preocupação primordial, surgirá um efetivo processo de ensino-aprendizagem.

A educação, para Farah (2003), é um processo constante em busca de alternativas e soluções para os problemas de saúde vivenciados pelas pessoas e grupos em suas realidades, o que influenciará no processo de reflexão e transformação das práticas vigentes nos serviços através da complementação e/ou aquisição de novos conhecimentos.

Para Ceccim (2005), a Educação Permanente e Continuada são ferramentas para a construção e revalidação do conhecimento e para isto, as práticas educativas apresentam-se como complementares e específicas em determinados momentos.

5.2.1.2 Especializações e Residências

De acordo com os RAGs analisados no período, e em conformidade com os Planos Estaduais de Saúde e as necessidades regionais destacadas pelo PAREPS

2011, foram realizados 4 cursos de Especialização em áreas de interesse da Saúde Pública para profissionais da V regional, implementadas 5 Residências (4 Residências Multiprofissionais e 1 Residência de Enfermagem Obstétrica), correspondendo a 2% e 3%, respectivamente, do total de ações realizadas na V regional.

Especialização é um curso de pós-graduação lato sensu que informa, atualiza e capacita o profissional que está no mercado de trabalho. Diferentemente da graduação, generalista por excelência, a especialização confere habilidades técnicas específicas a determinado tema, com programas nas mais diversas áreas de conhecimento. Apenas portadores de diploma de curso superior podem ser nele matriculados; os cursos de especialização devem ter duração mínima de 360 (trezentos e sessenta) horas e podem ser oferecidos a distância por instituições credenciadas pela União (BRASIL, 2008).

As Residências Multiprofissionais e em Saúde (RMS) são pós-graduações lato sensu (Especialização), com duração mínima de dois anos, equivalente a uma carga horária mínima total de 5760 (cinco mil setecentos e sessenta) horas, voltadas para a educação em serviço e destinadas às categorias que integram a área de saúde. A educação interprofissional e as práticas colaborativas que acontecem dentro de um contexto de aprendizagens compartilhadas são temas que vêm sendo amplamente discutidos em nível global em publicações como da OMS, enfatizando a importância da reformulação do modelo de formação profissional (PEREGO; BATISTA, 2016).

O Programa da Residência Multiprofissional em Saúde, criado a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, propõe a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, observando a necessidade de qualificação de todas as profissões da saúde, assim definidas: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 2005a). Prevê uma série de ações que possibilite a atenção integral à saúde, dando enfoque especial à Atenção Básica.

Estabeleceu-se que a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) deve constituir-se como um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente para a construção do SUS.

A Portaria Interministerial nº 1.077/2009 criou o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde (BRASIL, 2009)

e o MS assumiu o papel de regular as RMS por meio da criação de vagas para a especialização de profissionais da saúde em áreas prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS), reorganizando assim a oferta dessa modalidade de formação. Dessa forma, além de atuar no movimento de institucionalização e reconhecimento da RMS, o MS tornou-se o responsável pela ampla linha de financiamento desses programas (BRASIL, 2011).

Enquanto o Ministério da Educação financia as bolsas das instituições do sistema público federal de ensino superior como os hospitais universitários, o MS responsabiliza-se pelas bolsas vinculadas a programas estratégicos em sua área. Os estados e municípios financiam diretamente os programas desenvolvidos em hospitais e instituições de suas respectivas redes, tanto quanto os mantenedores privados incumbem-se do pagamento das bolsas de residência nos hospitais e instituições de saúde privados (BRASIL, 2011).

Segundo Araújo (2009), o Programa Nacional de Bolsas objetiva consolidar essas Residências enquanto campos de atuação estratégicos para o SUS. É financiado com os recursos da programação orçamentária do MS e desenvolvido em parceria com a Coordenação Geral de Residências do Departamento de Hospitais e Residências da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação, que, juntos, fazem a convocatória por editais. São concedidas bolsas de estudo diretamente aos residentes, e não mais por convênio.

Dentre as políticas de formação de recursos humanos para a saúde, especialmente para o SUS, a Residência Multiprofissional em Saúde foi, nessa perspectiva, apresentada como uma estratégia do Estado que objetiva uma formação específica, com vistas a instituir um arsenal de profissionais com perfil para modificar práticas atuais e para criar uma nova cultura de intervenção e de entendimento da saúde no âmbito da implantação do SUS, através da formação em serviço.

Em pesquisa nacional realizada por Sarmiento et al. (2017), sobre a distribuição regional de formação na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde no período de 2009 a 2015, o Nordeste apresentou um incremento de programas induzido pela prioridade dada nos editais publicados. Observou-se uma tentativa de organização na distribuição e uma tendência ao aumento dos programas apresentados e aprovados. Todos os estados do Nordeste aprovaram projetos com bolsas de RMS, sendo que, em 2014, teve a maior frequência do período com 24

projetos. Pernambuco aprovou o maior número de programas de RMS de 2009 a 2015 com 7,8% de todos os programas ofertados nessa região.

Em relação a V regional de PE, houve um incremento importante com o surgimento de cinco programas de RMS na região, alguns com investimentos do governo estadual e outros por indução do MS.

Os programas de RMS provocam reflexões sobre o cotidiano, as relações e o processo de trabalho e têm potencial de modificar não apenas a perspectiva do indivíduo formado, mas os próprios espaços em que se desenvolvem, fortalecendo o contínuo processo de educação permanente em saúde (SARMENTO, 2017).

Segundo Nascimento (2010), a Residência Multiprofissional busca promover a transformação dos serviços de saúde onde estiver inserida instigando a crítica sobre a prática interdisciplinar e as possibilidades e limites de transformação da realidade. A intrínseca característica da interdisciplinaridade confere caráter inovador aos programas de Residência Multiprofissional em Saúde. Este modo de operar a formação Inter categorias visa à formação coletiva inserida no mesmo campo de trabalho sem deixar de priorizar e respeitar os núcleos específicos de saberes de cada profissão.

Em pesquisa qualitativa de caráter descritivo sobre a experiência e as atividades desenvolvidas por residentes multiprofissionais da Universidade Federal do Amazonas, onde o objetivo era analisar a inserção da Residência Multiprofissional em Saúde na atenção básica, visando a construção de ações interdisciplinares na busca de novas formas de assistência em saúde no nível primário. Identificou-se que a experiência de inserção dos residentes multiprofissionais na atenção básica e o desenvolvimento de ações interdisciplinares educativas voltadas para promoção e prevenção em saúde se mostrou adequado com o que preconiza a política de atenção básica no Brasil no que concerne ao trabalho interdisciplinar como estratégia na promoção, prevenção e tratamento em saúde (MAIA et al., 2013).

Ainda sobre o estudo acima citado, foi analisada a visão dos residentes sobre quais eram os benefícios do trabalho interdisciplinar. Eles falaram que a visão interdisciplinar permitiu-lhes perceber o indivíduo como um todo, ou seja, sob uma visão holística e não mais como um indivíduo fragmentado. A interdisciplinaridade significa reciprocidade e mutualidade e exige relações sócias horizontais e neste contexto, é necessário criar uma cultura de trabalho coletivo, associado à troca de saberes. Tendo em vista que a construção de um trabalho interdisciplinar depende de

muitos fatores, acredita-se que esta seja evolutiva e gradativa. A residência multiprofissional é um passo positivo para a formação de profissionais que atuem em equipe, com o coletivo e de forma interdisciplinar. Através das atividades desenvolvidas, os residentes perceberam que a interdisciplinaridade é uma ferramenta que pode contribuir para o avanço da atenção qualitativa e da satisfação do usuário que utiliza os serviços públicos (MAIA et al., 2013).

Segundo pesquisa intitulada “Aprendizagens Compartilhadas na Residência Multiprofissional em Saúde”, os resultados referentes a esta pesquisa demonstraram o quanto a educação interprofissional obteve resultados positivos na Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde, colocando estes profissionais em contato, uns com os outros, com o objetivo de prepará-los para o exercício de práticas colaborativas. Porém, existem determinados aspectos que requerem um olhar mais crítico, apontando para a necessidade de aprimoramento e mudanças. Operacionalizar uma formação que não segue modelos tradicionais ocasiona, muitas vezes, resistência nos profissionais, tanto da academia como dos serviços, gerando dificuldades, dúvidas e tensões. Segundo Peduzzi et al. (2013), isto ocorre não somente pelos motivos citados acima, mas também pela necessidade de desenvolvimento das especificidades de cada profissão, importantes para subsidiar o trabalho em equipe.

Para Rosa e Lopes (2010), a Residência Multiprofissional em Saúde é uma nova estratégia para políticas de educação permanente que, enfocando categorias profissionais não médicas da área, favorece a produção das condições necessárias para mudanças no modelo médico-assistencial restritivo, ainda hegemônico, de atenção em saúde. Resta saber se essa interferência no modelo educacional vai contribuir para uma melhor ação profissional ou se restringe à estruturação da rede de serviços públicos, através da oferta de um campo de trabalho precarizado. Pois o cenário atual da saúde pública no Brasil se encontra com grandes disparidades locais e regionais, especialmente no que tange à formação profissional, à política de contratação/capacitação/formação de pessoal e ao acesso a processos de educação permanente. Sem perder de vista, igualmente, os problemas relacionados ao apoio e à cobrança de políticas sociais vinculadas à participação popular e ao controle social.

Segundo Silva et al. (2016) na perspectiva política de formação de recursos humanos para a saúde, especialmente para SUS, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde foi apresentado como uma importante estratégia de

formação em serviço. Frente aos inúmeros desafios, esses Programas não estão isentos a evasão por parte dos residentes, foi o que revelou pesquisa realizada em um determinado Programa de Residência onde o índice de evasão chegou a 50% numa determinada turma. Referente aos motivos que levaram a tomada de decisão de desistir do Programa de Residência Multiprofissional a maioria dos entrevistados relatou estar associada a algum tipo de sofrimento vivenciado na ocasião, sofrimento estes mais relacionados às relações de trabalho.

Silva et al. (2016) afirmam que autonomia, liberdade, reconhecimento e apoio ao trabalhador são algumas das chaves essenciais para que não haja profissionais desmotivados e adoecidos. Assim, não se pode deixar de lembrar que o residente é um trabalhador, portanto com as mesmas necessidades. É um trabalhador que cumpre 60h semanais, o que faz uma diferença significativa na qualidade de vida dessas pessoas. O que demanda apoio e suporte, pois estes são alentos importantes que tornam a jornada mais leve e facilitam que o residente desempenhe seu papel de maneira significativa nesse processo de formação.

Em relação a V regional de saúde de PE, a oferta de cursos de Especialização e Residências era uma necessidade relatada no PAREPS 2011 e incentivada pelo Governo do Estado através da interiorização de cursos. Foi relatado na época a necessidade de ações estruturantes voltadas à mudança de rotina de serviços ou instituições como estratégia de integração ensino-serviço e fixação de profissionais no território. Tais ações se mostram como estratégias relevantes de formação de profissionais dessa regional para o SUS. Essas modalidades de formação, portanto, podem propiciar a construção e reconstrução de um novo conhecimento disparador de uma prática em saúde diferenciada, que conte com a sensibilidade e integralidade para atender as necessidades de saúde da população.

Por outro lado, no tocante a quantidade de ações estruturantes (Especializações e Residências) em relação ao total de ações, estas se mostram em minoria, representando 5% do total de ações realizadas no período do estudo.

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

Ainda no âmbito da integração ensino serviço, as residências em saúde, por sua vez, constituem uma estratégia privilegiada para a formação de profissionais no e para o serviço, com grande potencial político pedagógico para mudança técnico e assistencial do SUS (GONÇALVES, 2015).

Segundo Farah (2006), a educação dos profissionais é um forte indicador de qualidade porque representa a estratégia básica de formação dos recursos humanos.

Formar é também apoiar equipes em processos de trabalho, não transmitindo supostos saberes prontos, mas em uma relação de cumplicidade com os agentes das práticas. Formar é produzir analisadores sociais e modos de lidar com a emergência de situações problemáticas das equipes para sair da culpa e da impotência frente à complexidade dos desafios do cotidiano da saúde (PASSOS; CARVALHO, 2015).

5.2.2 Recursos Financeiros envolvidos para implementação da Política de Educação Permanente no Estado de Pernambuco

A PNEPS é uma política instituída a partir da esfera federal, através de um importante volume de recursos financeiros destinados aos demais entes federados. Porém, os recursos em questão vão além das transferências fundo a fundo, dizem respeito a quantidade de recursos direcionados para as atividades coletivas e sua forma de gestão (OUVERNEY, 2005).

Pelos critérios estabelecidos na Portaria 1996/2007, os gestores dispõem de financiamento federal, regular e automático para a Educação em Saúde, com repasse Fundo a Fundo, por meio do Bloco de Financiamento da Gestão do SUS, com vistas ao planejamento e execução no curto, médio e longo prazos de ações educativas de formação e desenvolvimento que respondam às necessidades do sistema e estejam de acordo com a realidade regional/local (FRANÇA et. al., 2016).

Segundo os Relatórios Anuais de Gestão de Saúde de Pernambuco analisados, o financiamento da PEP no estado é oriundo em sua maioria da esfera federal, havendo um pequeno incremento da esfera estadual e de convênios firmados. Não foi possível identificar com precisão, na maioria dos RAGs analisados, qual a origem do recurso e o total geral disponível para gastos com Educação Permanente, além disso não estava claro quais foram as despesas com EP no estado (Tabela 1).

De acordo com documento da SES-PE, uma Oficina com membros da CIES Estadual foi realizada em dezembro de 2015 para planejamento das ações e

execução dos recursos remanescentes. Segundo Resolução da CIB/PE nº 2859 de 04 de abril de 2016, que pactua aplicação de recursos financeiros remanescente da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, foi pactuado repasse de R\$ 40.000,00 (Quarenta mil reais) para cada Regional e R\$ 90.000,00 (Noventa mil reais) para a ESPPE para executar ações nos componentes Atenção Primária à saúde/Vigilância à saúde da mulher. Consta ainda que a CIES Estadual levantou a possibilidade de repasse diferenciado em função das diferenças regionais, no entanto, os membros entenderam ser mais adequado o repasse com mesmo valor para todas as CIES regionais, considerando o valor global disponível. As ações que serão planejadas com esse recurso devem ser complementares ao que já estava sendo desenvolvido pelas GERES e municípios.

Tabela 1 - Execução da despesa da Secretaria de Saúde por linha de ação do Plano Estadual de Saúde e por origem dos recursos nos anos de 2008 a 2016

ANO	LINHAS DE AÇÃO DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE	FUNDO A FUNDO	TESOURO ESTADUAL	CONVÊNIO	TOTAL GERAL	DESPESA COM EP (VALORES PAGOS)
2008	Educação Permanente em Saúde	R\$ 3.068.507,73	R\$ 1.106.901		R\$ 4.175.408,73	R\$ 1.121.641
2009	Educação Permanente em Saúde	R\$ 3.228.423,39	R\$ 232.162	R\$ 98.524	R\$ 3.559.109,39	R\$ 1.187.426
2010	Educação Permanente em Saúde	R\$ 1.148.616,63	-	-	R\$ 1.148.616,63	-
2011	Educação Permanente em Saúde	R\$ 3.276.802,29	-	-	R\$ 3.276.802,29	-
2012	Educação Permanente em Saúde	-	-	-	R\$ 4.988.300	-
2013	Educação Permanente em Saúde	-	-	-	-	-
2014	Educação Permanente em Saúde	-	-	-	-	-
2015	Educação Permanente em Saúde	-	-	-	R\$ 572.200	-
2016	Educação Permanente em Saúde	-	-	-	-	-

Fonte: Pernambuco (2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016).

De acordo com pesquisa realizada por Macedo (2016), intitulada “A Institucionalização da Política de Educação Permanente em Saúde em Três Estados da Região Nordeste”, onde foram analisados os estados de Pernambuco, Paraíba e Sergipe, a SES-PE foi a que apresentava maior nível de centralização da política, possuindo, dentre outras, a responsabilidade de elaborar os PEEPS e, somente após a disponibilização dos recursos financeiros no fundo estadual de saúde, analisar a pertinência dos PAREPS e executar as ações assim consideradas.

Ainda segundo Macedo (2016), foram encontradas algumas dificuldades para implementação da PEEPS, comum aos três estados estudados. Primeiramente, dentre as dificuldades mais relevantes destacam-se as questões referentes ao financiamento da política, seja para execução dos recursos disponíveis nos fundos estaduais, para liberação destes ou mesmo da insuficiência perante o volume de ações. Destacam-se, também as dificuldades referentes a normatização para elaboração e execução dos projetos pelas SES, ao passo em que a política tem pouca prioridade na agenda da gestão e o gestor de EPS tem baixa governabilidade na estrutura das SES.

Identificou-se um cenário complexo onde, segundo os gestores da EP respondentes ao questionário aplicado na pesquisa, existem importantes dificuldades das SES para executar os recursos financeiros alocados no próprio fundo estadual de saúde. Ao mesmo tempo em que os gestores têm baixa governabilidade à efetivação dos processos administrativos necessários para a realização das ações e a política tem baixa prioridade na agenda da gestão da SES. As dificuldades encontradas pela SES-PE na execução financeira dos recursos disponíveis no fundo estadual foram o desconhecimento dos processos que permitem sua execução, as dificuldades do âmbito administrativo das SES e as limitações jurídico-legais. É possível concluir que, segundo os respondentes dos 3 estados pesquisados, a SES-PE é a que apresenta o maior grau de dificuldades à implementação da política pela esfera estadual (MACEDO, 2016).

Em estudo realizado em âmbito nacional sobre a implementação da PEP pelas secretarias estaduais de saúde, foi identificado que os gestores apontaram como principais dificuldades para a execução dos recursos financeiros disponíveis para a EPS as de natureza administrativa e as de conteúdo jurídico-legal. Segundo os entrevistados, existem vários fatores dificultadores, dentre os quais: tempo do trâmite dos contratos; morosidade no trâmite dos processos; priorização de outros processos

(medicação, compra de equipamentos de alta complexidade) em detrimento dos processos de capacitação; dificuldade quanto à pactuação da execução das ações dos municípios, especialmente quanto à distribuição de vagas, liberação das equipes, profissionais, dificuldade para contratação de facilitadores e falta da garantia de continuidade dos repasses dos recursos financeiros pelo Ministério da Saúde (FRANÇA, 2016).

Em estudos anteriores, realizados por Pierantoni e Garcia (2012) e Ferraz (2013), que concerne à efetivação da PNEPS, a liberação dos recursos e dúvidas acerca da gestão financeira foram as dificuldades mais referidas pelos gestores. Oliveira (2013) corrobora com essas evidências, pois constatou que 30,8% dos gestores das secretarias estaduais e municipais de saúde declararam que a liberação de recursos financeiros é uma das principais dificuldades enfrentadas, tendo em vista impedimentos para utilização dos mesmos.

A descentralização do financiamento da PNEPS, de responsabilidade compartilhada, encontra limites. As diferentes instâncias do SUS foram capazes de produzir mecanismos céleres para o financiamento e contratação de ações e serviços de saúde, mas isso não ocorreu nas ações e serviços educacionais (FERRAZ, 2013).

A necessidade de aperfeiçoamento dos processos administrativos e marcos legais de estados e municípios, que devem estar aptos a viabilizar a contratação e a execução das ações de EP, também é relatada, segundo D'ávila, Assis e Melo (2014). Nele, inserem-se aspectos como: critérios de distribuição de recursos financeiros para implementação e acompanhamento de projetos (PAULINO et al., 2012). Stroschein e Zocche (2011) destacam que há necessidade de aperfeiçoar os processos administrativos e marcos legais de estados e municípios para viabilizar a contratação e execução das ações de EP.

De acordo com Feuerwerker (2005), a descentralização prevista na estruturação do SUS, inclusive, no âmbito dos recursos financeiros, tem sido um grande desafio. Por um lado, possibilita aproximar a construção do sistema das diferentes realidades locais, havendo um certo grau de autonomia para os gestores locais na elaboração de políticas específicas, visto que ainda persiste no SUS um modo centralizado de formulação e proposição de políticas, sendo assim, efetivamente a municipalização possibilitou levar a agenda da saúde para a totalidade dos municípios brasileiros. No entanto, essa descentralização ocorreu sem que houvesse um investimento efetivo na qualificação da gestão local, não somente por

meio de capacitações, mas através do apoio efetivo, direto, presencial, à construção da caixa de ferramentas das equipes locais para a gestão e para a formulação de políticas.

Essas dificuldades se manifestam na gestão de processos de educação permanente em saúde. Sendo que, em especial, a do financiamento já era um dos elementos identificados como fragilidade nos Polos de Educação Permanente em Saúde, estratégia anterior da PNPES. Na época, diante da limitada participação dos municípios na identificação de necessidades e na construção de estratégias para a EPS, outros sujeitos adquiriram protagonismo, o que gerou desconforto, pois muitas vezes os projetos apresentados aos Polos não eram estruturados a partir das necessidades locais dos serviços/comunidades, mas sim eram aprovadas propostas pré-elaboradas nas Instituições de Ensino Superior sem a articulação necessária junto às realidades locais. Este segue sendo um fator limitante para a produção de políticas regionais de educação permanente em saúde em âmbito de algumas CIR e CIES (FERRAZ et al., 2013).

5.3 Analisar o papel da CIES no desenvolvimento da implementação da Política de Educação Permanente da V regional de saúde de Pernambuco

Esta seção busca responder ao terceiro e último objetivo específico do presente estudo. Para isso, primeiro recorreu-se aos documentos normativos encontrados para caracterizar a CIES da V regional. Com a finalidade de identificar outras características da CIES, logo após, recorreu-se, também, às Atas de reunião, que foram analisadas mediante leitura dos textos na íntegra, buscando-se delimitar as categorias de análise, de modo a responder aos objetivos da pesquisa.

5.3.1 Caracterização da CIES da V regional

De acordo com a Política Nacional de Educação Permanente, Portaria MS/GM nº1.996/2007 em seu Art. 2º, com o objetivo de avançar na implementação da política, a PNEPS passou a ser conduzida regionalmente por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. As CIESs são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação

Permanente em Saúde previstas no art. 14 da Lei nº 8.080, de 1990, e na NOB/RH – SUS (BRASIL, 2007b).

Considerando-se a portaria 1996/07, as CIESs devem funcionar como instâncias interinstitucionais e regionais para a cogestão dessa política, orientadas pelo plano de ação regional para a área da educação na saúde, com a elaboração de projetos de mudança na formação (educação técnica, graduação, pós-graduação) e no desenvolvimento dos trabalhadores para a (e na) reorganização dos serviços de saúde (BRASIL, 2007a).

As CIESs deverão ser compostas pelos gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal e, ainda, conforme as especificidades de cada região, por: gestores estaduais e municipais de educação e/ou de seus representantes; trabalhadores do SUS e/ou de suas entidades representativas; instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos; e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS (BRASIL, 2007a).

E deverão contar com uma secretaria executiva para encaminhar as questões administrativas envolvidas na gestão dessa política no âmbito regional (BRASIL, 2007a).

São atribuições das CIESs: apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde da sua área de abrangência; articular instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde, da legislação vigente, e do Plano Regional para a Educação Permanente em Saúde, além do estabelecido nos Anexos a esta Portaria; incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação; contribuir com o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação das ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde implementadas; e apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, na proposição de intervenções nesse campo e no planejamento e desenvolvimento de ações que contribuam para o cumprimento das

responsabilidades assumidas nos respectivos Termos de Compromisso de Gestão (BRASIL, 2007a).

As CIESs apoiarão os gestores do CGR na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, contribuindo para o desenvolvimento da educação em serviço como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde. Nessa perspectiva, essas comissões assumirão o papel de indutor de mudanças, promoverão o trabalho articulado entre as várias esferas de gestão e as instituições formadoras, a fim de superar a tradição de se organizar um menu de capacitações/treinamentos pontuais (BRASIL, 2007a).

Nesse sentido identificou-se que a CIES da V regional conta com um regimento interno, Resolução nº. 005/2015, formulado por seus membros no ano de 2015 e de acordo com o que preconiza a portaria 1996/07, para regulamentar sua finalidade, competências, composição e organização (PERNAMBUCO, 2015f).

Com relação a parte estrutural e funcional da CIES, segundo levantamento realizado pela SES/PE no ano de 2015, existe sala, computador, mesa e armários exclusivos para a CIES. Também há materiais compartilhados com outros setores da Regional, como impressora, datashow, telão e microfone. A CIES não dispõe de telefone e nem DVD. Na sala da CIES há 15 cadeiras, 01 birô, 01 estante pequena, 01 quadro para aviso e pastas de arquivos (Quadro 3).

Quadro 3 – Levantamento Estrutural da CIES da V GERES

Infraestrutura	Exclusivo	Não exclusivo	Não dispõe
Sala	X		
Computador	X		
Impressora		X	
Telefone			X
Mesa	X		
Armário	X		
Datashow		X	
Telão		X	
Microfone		X	
DVD			X

Fonte: Pernambuco (2015).

Ainda de acordo com o levantamento realizado pelas SES/PE, as reuniões ordinárias devem acontecer na segunda terça-feira de cada mês, às 09:00 horas, no

auditório da V GERES, com todos os recursos de mídia disponíveis e ponto digital. A frequência aproximada dos membros considerando a composição total fica em média de 40% (PERNAMBUCO, 2015f).

No capítulo VI do Regimento Interno da V GERES, do funcionamento, no Art. 27, diz que a CIES Regional reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês, de acordo com calendário anual aprovado em Plenário, ou extraordinariamente quando convocada pelo Coordenador. Em parágrafo Único diz ainda que as convocações das reuniões extraordinárias deverão ser realizadas com antecedência mínima de 05 dias úteis e substanciadas com as devidas justificativas e documentos ou textos em anexo quando possível (PERNAMBUCO, 2015f).

Ainda diz, no Art. 31, que as reuniões ordinárias e extraordinárias serão realizadas em caráter propositivo com qualquer número. Já para pautas referentes a eleição de coordenação, encaminhamentos para homologação da CIR e alteração deste regimento será exigido o quórum qualificado de 1/3 dos seus membros (PERNAMBUCO, 2015f).

No capítulo VI, Art. 33, diz que todos os assuntos tratados em reunião serão registrados em ata, com redação sucinta, que será encaminhada aos participantes para possíveis considerações, e depois submetida ao Plenário para aprovação (PERNAMBUCO, 2015f).

Em relação a composição, possui entre seus membros trabalhadores e gestores dos municípios que compõe a V regional, professores das instituições de formação (Universidade de Pernambuco - Campus Garanhuns, Universidade Federal Rural de Pernambuco - Campus Garanhuns e Autarquia de Ensino Superior de Garanhuns-AESGA), trabalhadores e gestores do Hospital Regional Dom Moura-HRDM, professores e residentes das Residências da Regional, trabalhadores e gestores da V GERES, usuário do SUS membro do Conselho Municipal de Saúde de Garanhuns e usuário do SUS membro da ONG – Movimento Vem Pra Rua Garanhuns. Totalizando 28 membros da CIES da V regional. Segundo o Art. 36 do regimento interno, a função de membro é considerada de relevância pública e não será remunerada, segundo o Regimento Interno (PERNAMBUCO, 2015f).

A CIES da V regional conta com coordenador, vice coordenador e secretário executivo. Segundo o Regimento Interno, Art. 6, a Coordenação deverá ser composta por um Coordenador e um Vice-coordenador, de segmentos diferentes eleitos em Plenário. O mandato da Coordenação será de dois (2) anos, podendo ser reeleito por

uma única vez por igual período e substituído a qualquer tempo, por solicitação subscrita por um terço dos membros e aprovada por maioria simples em Plenário, sem prejuízo ao segmento em exercício. A eleição do Coordenador e Vice será aberta em reunião ordinária, sendo facultado a todos os membros votar e ser votado, garantindo o quórum qualificado de 1/3 dos seus membros na primeira chamada ou pela maioria dos presentes na segunda chamada (PERNAMBUCO, 2015f).

São atribuições do Coordenador, segundo o Regimento, Art. 9: representar legalmente a CIES Regional em suas relações formais internas e externas; convocar as reuniões ordinárias de acordo com o cronograma anual, estabelecido em Plenário; convocar as reuniões extraordinárias, de acordo com o disposto nesse regimento; avaliar e definir as pautas, considerando as prioridades; coordenar as Plenárias; contribuir de maneira efetiva para fazer cumprir as proposições emanadas das reuniões plenárias; e solicitar representação do seu vice coordenador por ocasional impedimento ou indicar substituto caso este justifique negativa (PERNAMBUCO, 2015f).

O Art. 10º do regimento dispõe sobre as atribuições do Vice-coordenador: auxiliar o Coordenador em suas atribuições e convocar nova eleição para Coordenador em caso de impedimento definitivo do mesmo. Na ausência do Coordenador e do Vice nas reuniões plenárias, a mesma deverá eleger um substituto para realização da atividade (PERNAMBUCO, 2015f).

Quanto a Secretaria Executiva, o Art. 11 afirma que será constituída por membros da V GERES, tendo por finalidade o apoio técnico e institucional ao seu funcionamento e cumprimento deste regimento. São atribuições da Secretaria Executiva: encaminhar expedientes da CIES Regional; estruturar e apoiar as reuniões e atividades; sistematizar dados e informações relativos aos trabalhos desenvolvidos; organizar e garantir o fluxo de informações do colegiado; e elaborar e submeter à aprovação as atas das reuniões plenárias ordinárias e extraordinárias (PERNAMBUCO, 2015f).

De acordo com Art. 29 do Regimento Interno, os membros, órgãos, entidades ou instituições que tenham interesse em solicitar pauta a este colegiado, deverão submeter para apreciação enviando à Secretaria Executiva, com cinco dias úteis de antecedência os assuntos acompanhados das justificativas e/ou documentos que subsidiem as discussões; E no Art. 30 diz que o Coordenador aprovará a versão final

da pauta que será encaminhada a todos os integrantes, com antecedência mínima de dois (2) dias úteis a realização da reunião (PERNAMBUCO, 2015f).

A V Geres possui ainda uma Câmara Técnica de Apoio e Monitoramento do Plano Regional de Educação Permanente em Saúde com 9 membros da CIES de diferentes segmentos e instituições. Onde, segundo Regimento Interno, Art. 21, são atribuições: avaliar, propor e contribuir com a execução e o monitoramento dos projetos executados no âmbito da Política de Educação Permanente em Saúde e Educação na Saúde; sistematizar os dados dos PAREPS considerando o contexto sócio sanitário da regional e as propostas de educação permanente para subsidiar a construção do Plano Regional de Educação Permanente em Saúde; articular e analisar as demandas e propostas de formação das áreas técnicas à luz da PNEPS e do diagnóstico situacional da regional; articular com o Apoio Institucional dos municípios e da regional para acompanhamento da execução e atualização das ações propostas pelo PAREPS; avaliar, propor e contribuir com a elaboração e monitoramento do Plano Regional de Educação Permanente em Saúde; construir um plano de ação anual; e cumprir e fazer cumprir as proposições do Plenário dentro das ações a serem desenvolvidas (PERNAMBUCO, 2015f).

O Regimento Interno, no Art. 34, dispõe ainda sobre a sequência dos trabalhos das reuniões que será preferencialmente a seguinte: I - Verificação do quórum; II - Apresentação e discussão da pauta; III - Repasse das Câmaras Técnicas e Grupos de Trabalho; IV - Informes. Entretanto, a sequência ou composição poderá ser alterada, mediante consenso dos membros da CIES. Além disso, a CIES Regional poderá solicitar à V GERES, a qualquer tempo, acompanhamento ou assessoramento necessário para a realização das suas ações, mediante aprovação de seus membros (PERNAMBUCO, 2015f).

5.3.2 Análise das atas de reunião da CIES da V regional

Considerando-se, ainda, o último objetivo do estudo recorreu-se a análise das atas de reunião em busca de mais informações relativas a CIES. Após realização da pesquisa documental, foram encontradas 17 atas de reuniões da CIES da V regional, todas manuscritas, entre os anos de 2010 e 2016.

Segundo Regimento Interno da CIES da V regional, as reuniões ordinárias devem ocorrer uma vez por mês, estando de acordo com a portaria 1996/07, onde é

preconizado que a CIES deve reunir-se regularmente. Fica a dúvida se houve falta de registro, extravio ou não realização de reunião da CIES regional nos anos e meses em que atas não foram encontradas. Vale lembrar que ao longo do período da pesquisa houve troca de Governo e de funcionários da V regional de saúde de PE.

No ano de 2010 foram encontradas atas dos meses de julho, agosto, setembro e outubro, já no ano de 2011 foram encontradas três atas do mês de março e uma do mês de abril. Nos anos de 2012, 2013 e 2014 não foi encontrada nenhuma ata. Já no ano de 2015 foram encontradas atas dos meses de maio, junho, julho, agosto e setembro, e no ano de 2016 foram encontradas atas dos meses de julho, agosto, outubro e novembro (Quadro 4).

Quadro 4 – Quantidade de atas da CIES regional encontradas entre 2010 a 2016 na V regional de saúde de Pernambuco

ANO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
QUANTIDADE DE ATAS DA CIES POR ANO	4	4	-	-	-	5	4	17

Fonte: Elaborado pelo autor.

Após leitura das atas foram delimitadas duas categorias de análise de acordo com os temas mais frequentes nos relatos e de importante relevância para analisar a implementação da PEP na V regional de saúde de PE, são elas: Apoio Técnico Estadual e Dificuldades da CIES da V regional de saúde de Pernambuco.

5.3.2.1 Apoio Técnico Estadual

Levando em consideração a Portaria 1996/07, que assume o nível estadual como protagonista do processo de regionalização e responsável pelo planejamento do desenvolvimento dos trabalhadores do SUS (AMESTOY et al., 2010), foram identificadas fragilidades em relação ao apoio técnico que o estado oferece a V regional para implementação da PEP.

Foram identificadas fragilidades em relação apoio técnico para construção do PAREPS da V GERES.

Começamos a discussão sobre a elaboração dos projetos dos cursos da V Geres, onde sentimos uma certa dificuldade por motivo de não termos um

modelo específico. Foi criado um roteiro para elaboração dos projetos, onde um representante da CIES componente da área de construção do PAREPS entrará em contato com instituições de ensino formadoras e profissionais da área para construção do projeto, também ficou definido que fosse contatada a Escola de Saúde Pública para saber da garantia do recurso financeiro (PERNAMBUCO, 2010a).

Pode ser observado, que no ano seguinte a CIES Estadual enviou um modelo para elaboração de projetos, porém não é citado mais nenhum outro tipo de apoio para formulação do PAREPS da V GERES. “Confecção do PAREPS conforme o modelo enviado pela coordenadora da CIES Estadual” (PERNAMBUCO, 2011d). “Reorganização do PAREPS, orientando-se pelo modelo enviado pela CIES Estadual. Uma integrante da CIES regional ficou responsável para tentar montar o PAREPS e trazer na próxima reunião para ser discutido e finalizado” (PERNAMBUCO, 2011e).

De acordo com a portaria do MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, o Art. 20 diz que o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde garantirão cooperação e assessoramento técnicos que se fizerem necessários para Elaboração do Plano de Ação Regional para Educação Permanente em Saúde e para Orientação das ações propostas à luz da Educação Permanente em Saúde e da normatização vigente (BRASIL, 2007a).

De acordo com França (2016), pesquisas anteriores reconheceram que, de maneira geral, as CIES se desarticularam e tiveram atuação pouco expressiva na implementação da política de EP nos estados. Identificaram também a necessidade de trabalhar junto às CIES seu papel de articulação macrorregional, a partir da configuração dada às Comissões no Estado (alinhamento com as macrorregiões de saúde) e da superposição de atribuições.

Foi relatada, também, a necessidade de apoio técnico para qualificação dos membros da CIES regional e para outros profissionais da saúde da V regional conforme pode ser verificado abaixo:

“Reforçar à escola de Saúde Pública uma Oficina sobre orçamento e planilha de custos para os componentes da CIES e outros profissionais da saúde que trabalhem diretamente com elaboração de projetos, conforme estratégia do PAREPS sobre Qualificação e Aperfeiçoamento nas CIES” (PERNAMBUCO, 2010d).

Através dos relatos encontrados nas atas, foi observada a predominância de ações de Educação Continuada em detrimento as ações de Educação Permanente. Dificuldade de ir além das ofertas de cursos.

“Foi informado que a CIES regional recebeu da CIES/Estadual um ofício solicitando que enviasse as prioridades de treinamento de curso para compor o Plano Estadual 2015 e 2016 e, que não respondeu antes para que a comissão pudesse participar” (PERNAMBUCO, 2015c).

“Relacionando algumas prioridades, depois de apresentado o formato do documento a ser preenchido, foi aberto o debate em pequenos grupos e depois consolidado, após consenso de todos, o documento foi finalizado com propostas de cursos para a regional” (PERNAMBUCO, 2015c).

Os cursos foram propostos, de acordo com orientação de documento enviado pela CIES Estadual, em sua maioria, na modalidade de capacitação e atualização com conteúdo técnico e para categorias específicas, não favorecendo assim a equipe multiprofissional. Essa evidência corrobora com a pesquisa documental dos Planos Estaduais Saúde e RAGs, achados da sessão 6.1 do presente trabalho, onde foram encontrados mais cursos de curta duração de caráter de educação continuada.

Nesse sentido, essa fragilidade pode ser atribuída tanto a CIES Estadual quanto a CIES regional, já que em pesquisa nacional sobre a CIES, realizada por França et al. (2016), foi identificado que há dificuldades para se romper com a lógica de que capacitação soluciona todos os problemas, pois a EP vai além da capacitação.

Em pesquisa realizada no Distrito Federal por Moraes e Dytz (2015), foi observada a pouca participação da CIES regional na construção das estratégias de intervenção na área da educação na saúde, sendo suas responsabilidades assumidas pelo Estado, mantendo-se a lógica de centralização e verticalização na tomada de decisões.

Em estudo sobre a CIES, realizado por Silva et al. (2013), foi observado que a CIES não constitui uma prioridade para o governo e, nesse caso, cursos, capacitações e seminários se caracterizam como ações pontuais e fragmentadas. Estudo anterior constatou que propostas educativas reiterativas e tecnicistas, com ênfase em treinamentos, capacitações e cursos em áreas específicas, são indispensáveis nas práticas de saúde, porém, é preciso transcender a fragmentação e a descontinuidade.

Na definição das propostas de EPS, Mehry, Feuerwerker e Ceccim (2006) afirmam que a definição dos conteúdos é ascendente, a partir dos coletivos e dos processos de trabalho que identificam a natureza das necessidades educativas.

Dessa forma, permite-se a construção efetiva de propostas de EPS. Porém, a construção de propostas educativas, desenvolvidas de acordo com os preceitos da EPS e que, conseqüentemente, tenham significado para os sujeitos, precisam estar articuladas com as necessidades, assim como estar vinculadas e desenvolvidas em diferentes momentos e cenários, de forma especial nos espaços de trabalho. A participação e o envolvimento dos diversos atores dão sustentação às propostas educativas e as sedimentam, situando-se as CIES como um dos principais fóruns de discussões.

Ricaldoni e Sena (2006) destacam que o desafio da educação permanente está em estimular o desenvolvimento da consciência dos sujeitos em relação ao seu contexto, bem como seu envolvimento, participação e responsabilidade em seu processo educativo. Para que isso se torne efetivo, porém, é necessário rever os métodos de EPS utilizados, com processos sistematizados e participativos, tendo como cenário o próprio espaço de trabalho, no qual pensar e fazer são fundamentais no processo de aprender, ensinar e trabalhar.

Além do relatado acima, também foram encontradas fragilidades em relação ao apoio financeiro da CIES Estadual.

“Diante do Artigo 29 do Regimento Interno da CIES Estadual, um componente da CIES da V regional quis saber se a regional dispõe de dotação orçamentária para alimentação e hospedagem para membros da Comissão em serviço” (PERNAMBUCO, 2015a).

“A resposta obtida da CIES Estadual quanto a dotação orçamentária foi a de que não tem dotação específica para cada CIES regional, no entanto, orientam a todos pactuar o possível e necessário com as regionais, considerando como contrapartida para seu funcionamento e manutenção” (PERNAMBUCO, 2015b).

“Os membros da CIES regional, através de votação, decidiram quanto a dotação orçamentária para custear as atividades designadas em plenário a seus membros, referente a transporte, alimentação, hospedagem e inscrição em eventos, foi consenso de que será garantida pelas instituições, municípios e V GERES, as condições necessárias” (PERNAMBUCO, 2015b).

Os aspectos que mais chamam a atenção em relação aos recursos financeiros dizem respeito à dificuldade de execução e a insuficiência para atender as demandas. Em relação às dificuldades de execução dos recursos foram apontadas questões relacionadas a natureza administrativa e de conteúdo jurídico legal. Acredita-se que as dificuldades apontadas podem estar relacionadas à especificação das áreas

prioritárias para a realização das ações expressas nas portarias que normatizam a destinação dos recursos financeiros para a EPS. No que tange ao repasse e utilização dos recursos, os achados demonstraram de diferentes maneiras e intensidades, preocupação, dificuldade e discordância no que se refere à utilização e manejo dos recursos destinados à EP. Outra preocupação ancora-se na mudança da lógica de financiamento para a Educação em Saúde proposta pelo MS, em que houve a suspensão do repasse automático a partir de 2012 e a possibilidade do financiamento ser por projeto (FRANÇA., 2016).

Para Pressman e Wildavsky (1998), recursos insuficientes são fatores que podem colaborar para o fracasso na implementação de uma política, assim como a garantia de uma fonte de financiamento é considerada fator determinante para uma implementação exitosa.

Segundo Ferraz et al. (2013), a gestão de recursos financeiros ainda se configura como um desafio a ser superado na realidade da educação permanente em saúde, pois não há como manter uma ação continuada de processos de mudança se os aspectos relativos ao financiamento ainda se configuram como um entrave.

Esses achados corroboram com o que foi encontrado na sessão 6.2.2 por Macedo (2016), sobre as fragilidades no tocante aos recursos financeiros, principalmente quanto a centralização da política, já que a SES/PE possui, dentre outras, a responsabilidade de elaborar os PEEPS e, somente após a disponibilização dos recursos financeiros no fundo estadual de saúde, analisar a pertinência dos PAREPS e executar as ações assim consideradas.

5.3.2.2 Dificuldades da CIES da V regional de saúde de Pernambuco

A segunda categoria que emergiu após análise das atas foi sobre as dificuldades enfrentadas pela CIES da V regional. Dificuldades é um tema recorrente nos trabalhos que estudam as CIES, de acordo com França et al. (2016), Moraes e Dytz (2015), Ferraz (2013) e Silva et al. (2013), estes trabalhos corroboram com os achados do presente estudo.

Uma das principais queixas relatadas em todos os anos analisados foi a falta de presença dos membros da CIES às reuniões. “Alto índice de falta dos componentes da CIES regional nas reuniões, onde foi sugerido que entrássemos em contato com todos os componentes para que seja escolhida a nova composição da

comissão” (PERNAMBUCO, 2010a). “Enviar e-mail para todos os componentes solicitando a presença de todos para a reestruturação da CIES” (PERNAMBUCO, 2010d). “Não tivemos a presença dos componentes da CIES, portanto não poderemos realizar a reunião” (PERNAMBUCO, 2011b). “A eleição para escolha de coordenador e do vice coordenador da CIES/V GERES ficou para a próxima reunião por não ter quórum” (PERNAMBUCO, 2015d). “Um membro da Comissão falou sobre a necessidade de recomposição da CIES da V GERES lembrando a importância da efetiva participação dos seus membros” (PERNAMBUCO, 2016e). “A coordenadora da CIES comentou a dificuldade das representações se fazerem presentes à reunião por motivos diversos dos serviços”. (PERNAMBUCO, 2016f).

“A coordenadora da CIES local comunicou o envio de ofícios convite aos segmentos que compõe a CIES para nova indicação e/ou confirmação dos seus representantes como estabelece o regimento interno. Tendo retornado ao ofício a Residência em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção À Saúde e o Conselho Municipal de Saúde de Garanhuns indicando um membro cada, e o Hospital Dom Moura e Município de Caetés confirmando o nome dos representantes que já eram da CIES” (PERNAMBUCO, 2016d).

Segundo MORAES e DYTZ (2015) existe uma dificuldade para que a CIES funcione tal como explicitado na política, pois esses atores têm outras demandas provenientes das suas instituições de origem. Tal fato faz com que a implementação não ocorra como previsto nos instrumentos legais e não possibilite a participação de outros atores importantes na consolidação dessa proposta. Nesse sentido, vale reconhecer que a manutenção burocrática de um espaço formal de encontro, no caso a CIES, não é suficiente para a produção das propostas que tenham como foco a educação permanente no cotidiano dos serviços; tampouco sem a participação ativa dos sujeitos que integram essa comissão haverá a concretização das ações que a política almeja.

A articulação, a participação e o envolvimento pessoal e institucional, quando presentes, são destacados como fatores facilitadores, uma vez que a não evidência deles é sentida como um dos principais entraves na implantação de propostas educativas, constituindo-se dessa forma em fatores limitadores da implantação da EPS (SILVA et al., 2014).

Como dificuldade da CIES foi identificada também a falta de organização e informação para seus membros. “Não entendemos porque não fomos avisados desta

reunião da CIES” (PERNAMBUCO, 2010b). “Um dos componentes da CIES falou sobre a importância de se iniciar as reuniões dentro do horário previsto” (PERNAMBUCO, 2015b). “A Comissão local precisa ter um calendário de reuniões nos moldes da CIES Estadual, que já está com seu calendário definido com encontros mensais até o final do ano” (PERNAMBUCO, 2015b).

Foi relatada a necessidade de formar Câmaras Técnicas, sendo uma delas para fortalecer os núcleos municipais de EP.

“Um membro da CIES justificou a necessidade de já de imediato formar as Câmaras Técnicas, se não permanentes, mas provisórias. Uma de Apoio e Monitoramento do PAREPS e outra de Articulação e Fortalecimento dos Núcleos Municipais de Educação Permanente em Saúde” (PERNAMBUCO, 2015b).

Para Moraes e Dytz (2015), faz-se necessário ampliar as responsabilidades da CIES, não ficando apenas como instância que aprova ou não planos já construídos por atores que fazem parte da gestão, mas constituindo um processo de construção conjunta entre os sujeitos que a compõem.

“Um membro da CIES, do Conselho Municipal de Saúde de Garanhuns, indagou sobre as obrigações da CIES, tendo a coordenadora explicado e se comprometido a enviar o Regimento Interno para todos os membros da CIES da V GERES” (PERNAMBUCO, 2016d).

De acordo com Ferraz (2013), o processo de descentralização não foi acompanhado de qualificação das equipes gestoras e o mesmo pode ser afirmado em relação às CIESs, que precisam conhecer o processo de gestão, organização e estruturação da PNEPS dos seus respectivos territórios de abrangência.

Segundo Ferraz (2011), em estudo realizado no Estado de Santa Catarina sobre as CIES no ano de 2010, diante da consciência do limitado conhecimento da maioria dos membros da CIES sobre a PNEPS, foram propostas pelos próprios membros estratégias para superar essa situação limite, como a necessidade de elaborar ações de EPS para os membros que ingressam nas CIES, de modo que, por meio do conhecimento sobre as estruturas da política, efetivamente tenham a potencialidade de realizar diálogos problematizadores e compreendam a função de representação junto a essa instância de articulação locorregional.

Após análise das atas, também pôde ser observada a importância da CIES estar articulada e em pleno funcionamento para servir de espaço para discussão e planejamento de ações estruturantes de EP.

“Um membro da CIES vinculado ao Hospital Regional Dom Moura, relatou que vem sendo desenvolvido um projeto de criação de Residência Médica para a região, com objetivo de organizar o fluxo de estudantes de Medicina na região e formar profissional preceptor médico. Falou ainda que o projeto em andamento depende de formalização dessa Comissão” (PERNAMBUCO, 2015b).

“Um membro da CIES da V regional defendeu que ao invés de se fazer um projeto específico para Residência Médica, fosse feito um projeto macro que englobasse todos os programas de Residências, e em uma parte desse projeto estaria a Medicina. Foi sugerido por outro membro da comissão que a ideia fosse melhorada e amadurecida para ser apresentada como proposta de curso na área de gestão da CIES” (PERNAMBUCO, 2015b).

“A coordenadora do programa de Residência Multiprofissional da Universidade de Pernambuco passou a apresentar o programa de Residência, falou inicialmente que a residência a qual coordena é multiprofissional voltada para a saúde da família, com ênfase para o campo e que era a primeira do país com essa ênfase, acontecendo em Garanhuns e Caruaru, composta por dezenove residentes” (PERNAMBUCO, 2015d).

A Implementação das Residência Multiprofissionais para promover espaço de discussão e articulação da Política do SUS com o processo de formação, fortalecendo a integração ensino-serviço e a rede de saúde da regional foi uma das ações de EP propostas no PAREPS em 2011.

Para Mehry et al. (2006), a proposta de EPS está articulada com estes objetivos: produzir novos pactos e acordos coletivos para o SUS; ter como foco o processo de trabalho: atenção, gestão, educação e formação; atuar de forma integrativa com enfoque multiprofissional e interdisciplinar; trabalhar na geração de coletivos organizados para a produção e a gestão de recursos humanos; e possibilitar a construção de estratégias de maior potencialidade.

A integração docente-assistência constitui-se em um dos alicerces sobre os quais se fundamentam os processos de transformação na educação dos profissionais e dos sistemas de saúde, o que se expressa especialmente pelas articulações universidade-serviço, universidade-comunidade e serviço-comunidade, as quais têm em seus princípios o processo de construção permanente (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Nesse sentido, a participação da academia na CIES representa a necessária interlocução do que se preconiza nas teorias e do que se evidencia no campo das práticas, ou seja, a teoria se experimenta na prática, e é na prática que se absorve ou se refuta a teoria. Aos docentes e discentes, essa experiência não representa uma simples experimentação, mas sim a imersão em um espaço diferenciado, na qual o saber e o fazer se aproximam e, reciprocamente, se potencializam. Nesta concepção, as ações transcendem das práticas isoladas para ações coletivas, havendo efetivamente a integração docente-assistencial (SILVA et al., 2014).

Para Barrios (2009), a CIES configura-se em importante espaço de discussão para avaliação, redefinição, reconfiguração dos planos regionais e a consequente implementação dos programas de educação permanente em saúde.

Diante da importância da articulação entre ensino-serviço, após ser constatado que em poucas Atas analisadas foram registradas a participação dos docentes e discentes das universidades, é necessário que essa relação seja aprimorada. Assim como é preciso criar mecanismos que promovam ativamente a participação desse segmento na CIES, sobretudo em discussões que permitam a aproximação entre docentes, discentes e trabalhadores na construção de programas educativos congruentes com a atenção e a gestão.

Segundo França et al. (2016), apesar do reconhecimento de que as CIES são instâncias necessárias para o desenvolvimento da política de educação permanente, ainda são escassos estudos que analisem como tais instâncias têm operado e desenvolvido o conjunto de atribuições de sua competência.

É importante registrar que no processo de desenvolvimento da pesquisa foi identificado que a CIES tem grande fragilidade do ponto de vista de organização, devido à dificuldade em encontrar atas de anos anteriores a atual gestão de EP, isso só foi possível depois de muito esforço e após contato com funcionários mais antigos da V regional. É possível imaginar que as trocas de governo ao longo do período do estudo, com consequente troca de gestores da Educação Permanente na V regional contribuem para essa desorganização, gerando descontinuidade no processo administrativo da política, já que muitas vezes existem extravios de documentos ou mesmo falta de boa vontade em assessorar a transição de governo.

5.4 Análise da implementação da Política de Educação Permanente na V regional de saúde de Pernambuco

Nessa sessão será realizada a análise de implementação da política de EP na V regional baseada nas evidências encontradas a partir do presente estudo e à luz da literatura de análise de implementação de políticas públicas.

Baseadas nos modelos *top down*, *botton up* e em Viana (1996) foram definidas variáveis relacionadas a etapa de implementação da Política de Educação Permanente na V regional de saúde e que serão analisadas: características da política e apoio técnico-financeiro.

A primeira variável a ser analisada diz respeito às características da política de EP na V regional de saúde de PE.

Partindo-se do princípio que a CIES tem importante relevância na implementação da PEP, pois deve participar da sua formulação, condução e desenvolvimento, observou-se que há um regimento interno, que regulamenta seu funcionamento e suas atribuições e, também, uma CIES formada por atores de vários setores, como preconiza a portaria 1996/07. Esses achados são de grande importância para o fortalecimento da EP.

Entretanto, foram encontradas várias dificuldades relacionadas a essa temática, como: a falta de periodicidade das reuniões, que deveriam acontecer mensalmente; a falta de presença de seus componentes nos momentos em que as reuniões aconteceram, algo que foi relatado em várias atas analisadas; a falta de organização e pontualidade das reuniões; e a falta de conhecimentos dos seus membros sobre as obrigações da CIES. Sendo este último, um ponto importante para tentar explicar as dificuldades encontradas, pois o desconhecimento sobre a importância e obrigações da CIES pode ser um dos fatores que contribui para sua fragilidade.

Os achados acima relatados apresentam-se como dificuldades para uma adequada implementação da política, visto a importância da CIES regional no processo de implementação da PEP estar articulada e em pleno funcionamento para servir de espaço para discussão e planejamento de ações baseadas na EP. Nesse sentido, observou-se que a CIES da V regional tem uma atuação pouco expressiva no processo de implementação da PEP.

Quanto ao Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde da V regional, observou-se que sua construção ocorreu no ano de 2011, de acordo com o que preconiza a portaria 1996/07. Para a sua construção foi feito um levantamento das necessidades de EP e para isso a V regional recebeu uma apoiadora institucional de EP e uma facilitadora de área, dando suporte e fazendo as articulações necessárias para o desenvolvimento do processo. Nas diversas reuniões que aconteceram, foram identificados os cursos mais necessários para capacitar os trabalhadores de saúde. Esse é um achado importante, pois o PAREPS é norteador das atividades da CIES na construção e implementação de ações e intervenções na área de educação na saúde em resposta às necessidades do serviço.

Segundo recomendações do MS, o PAREPS deve ser sempre atualizado, entretanto, não se observou atualização do mesmo na V regional, sendo esta uma fragilidade importante a ser considerada na implementação da PEP, já que este instrumento serve como norte para ações a serem realizadas de acordo com o que preconiza a EP.

Em relação as características das ações de formação para o SUS que contemplaram a V regional, incrementos importantes foram observados em relação a ações estruturantes para o fortalecimento da Educação Permanente, como a interiorização de programas de residências multiprofissionais, antes inexistentes na regional.

Observou-se que, com a aprovação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, inúmeros projetos voltados para a formação de recursos humanos em saúde foram viabilizados, objetivando tornar a rede pública de saúde um campo de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho.

Houve avanços na Política de Educação na Saúde do SUS/PE de forma descentralizada e regionalizada principalmente com implantação dos programas de residência em área profissional vinculados a ESPPE. É preciso considerar que também houve indução, através de editais de RMS, por parte do MS.

As RMS servem como espaços de formação com potencial questionador do instituído e como dispositivos de educação permanente, sua definição como importante estratégia dentro de uma política de Estado de formação para trabalhadores da saúde implica não somente debates pedagógicos, mas legitimação política, com constante mobilização, inclusive por meio de instrumentos legais, para a sustentabilidade e ampliação dos programas.

Observou-se que do total de ações realizadas, mais de 90% foram cursos de curta duração, em sua maioria voltados para o aprendizado técnico-científico e sem privilegiar a equipe multiprofissional. Geralmente os cursos de curta duração vem associados à ideia de EC, fica a dúvida se parte desses cursos de curta duração tiveram um caráter de EP, se eles estiveram vinculados a um macroprojeto ou um objetivo importante a partir da necessidade da regional e a depender também da estratégia metodológica utilizada. Porém, como não se tem informações sobre isso nos documentos analisados, a análise foi feita a luz dos achados na presente pesquisa. Dessa forma, tais informações corroboram para uma política baseada em ações que se aproximam do conceito de Educação Continuada e reforça a fragmentação do cuidado nos serviços de saúde, ao passo em que se distancia do conceito de Educação Permanente.

Após análise observou-se, então, que a CIES da V regional embora tenha apresentado avanços em relação ao normativo, encontra-se com grandes dificuldades de organização, articulação e funcionamento. Quanto a questão da regionalização da PNEPS, observou-se que esta provocou mais mudanças na organização da política nos estados do que propriamente em sua apropriação conceitual.

A segunda variável diz respeito ao apoio técnico-financeiro. Nesse sentido, observou-se que a SES/PE ofereceu apoio técnico para orientar a construção do PAREPS nos moldes da portaria 1996/07, sendo este um fator importante para que fosse construído na lógica da EP, apesar disso observou-se a necessidade de mais apoio nesse sentido, principalmente quanto ao acompanhamento do PAREPS e sua atualização. Além disso, foi observada fragilidade no apoio técnico para qualificação dos membros da CIES regional da V regional.

Pode-se analisar que quanto ao auxílio técnico por parte da SES/PE, este mostra-se ainda frágil, embora haja sim um diálogo importante, uma aproximação, é preciso maior apoio técnico para auxiliar a implementação da PEP na V regional.

Quanto aos recursos financeiros disponíveis, uma mudança fundamental da PNEPS foi a descentralização do recurso federal do Fundo Nacional para os Fundos Estaduais de Saúde, visando à implementação e execução das ações de Educação Permanente em Saúde. Para isso, as CIES deveriam construir os projetos e as estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores a serem apresentadas a CGR, hoje CIR, para homologação na CIB. O que se pretendia era aumentar a capacidade regional para a intervenção na área da

Saúde através da Educação Permanente como orientadora das práticas de Educação na Saúde.

Entretanto, observou-se em Pernambuco que a CIES Estadual não dispunha de dotação orçamentária específica para cada CIES regional. Embora houvesse recursos financeiros, principalmente oriundo da esfera federal, estes mostraram-se centralizados no nível estadual, pois somente após a disponibilização dos recursos financeiros no fundo estadual de saúde é que se analisa a pertinência dos PAREPS para conseqüente execução das ações assim consideradas.

Após análise observou-se que esta é uma importante fragilidade e um obstáculo na implementação da PEP na V regional, pois sem financiamento regular as ações estratégicas formuladas no PAREPS não serão desenvolvidas, já que a questão financeira está centralizada a nível estadual, sendo ela quem recebe o recurso do governo federal e quem decide como utilizar o dinheiro e como distribuir de acordo com o que acha ser importante para cada regional. Ficando o apoio financeiro a dependência dos municípios, apesar destes não disporem de verba específica para a EP.

Compreende-se que a implementação da política não está concluída, ela está em processo, diante disso é preciso que se dê atenção aos seguintes pontos para que o desafios sejam superados: ao processo de descentralização da PEP em relação aos recursos financeiros e à gestão, para que a tomada de decisão seja realizada pela regional, de acordo com o PAREPS; a necessidade de oferta de mais apoio técnico da SES/PE para a V regional, sendo o principal objetivo a atualização e monitoramento do PAREPS; a necessidade de mais apoio da SES/PE na qualificação dos membros das CIES da V regional para que compreendam a importância da EP; necessidade de fortalecimento da CIES regional, articulação e pleno funcionamento, de acordo com o que está preconizado no seu regimento interno; e a necessidade de entender a CIES como estratégica na implementação da PEP.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa permitiu compreender aspectos relevantes da PEP na V regional de saúde de PE, identificando as principais dificuldades para sua implementação.

Constatou-se que dentre os desafios existentes na implementação da PNEPS está a questão do financiamento. Mesmo com as novas diretrizes e mudança de fluxo, a utilização dos recursos ainda é de difícil execução e se insere entre as maiores dificuldades de uma gestão regional da saúde.

Outro grande desafio reside no fato de a CIES regional ter tido um papel inexpressivo no processo de implementação da política. Isso se deve tanto a desorganização interna, desarticulação, quanto a falta de apoio técnico e financeiro estadual.

Quanto à implementação da Política de Educação Permanente na V regional percebeu-se que não há um processo acabado, mas sim um contínuo movimento de interação entre uma política em mudança e uma estrutura de relações de grande complexidade.

As questões que motivaram esta investigação foram aqui tratadas reconhecendo os limites para o aprofundamento de alguns temas. Pela complexidade de elementos desse campo, os resultados deste estudo não esgotam o universo de questões que cercam a implementação da PEP.

Vale salientar que as considerações desse estudo estão aparadas com base nas fontes de pesquisa encontradas e com base na análise de políticas públicas, que leva em consideração o olhar e as convicções do pesquisador, pode ser que outra fonte e outra análise dê a sensação de que a política está implementada.

É importante dizer que foi realizada uma análise de política parcial, focando em um aspecto específico, a implementação, limitando-se à análise de parte do processo político. Seria interessante que outras pesquisas fossem realizadas com estudos mais abrangentes, com amplo foco de análise, na busca de apreender o processo político em sua totalidade.

Por fim, sugere-se que estudos dessa natureza sejam realizados em outras regionais de PE para conhecimento dos seus processos de implementação.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, V. et al. A Integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008.
- ALMEIDA, M. et al. **Formação dos Profissionais de Saúde no Paraná e a Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais**. Relatório do Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Paraná. Londrina: Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Paraná, 2005.
- AMESTOY, S. et al. Paralelo entre educação permanente em saúde e administração complexa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 383-387, 2010.
- ARAÚJO, J. L. J. **Health sector reform in Brazil, 1995-1998. An health politic analysis of a developing health system**. 2000. Tese (PhD) - The Nuffield Institute for Health, University of Leeds, Leeds, 2000.
- ARAÚJO, L. **Ações Estratégicas necessárias para construir uma Política de Formação de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003.
- BALBINO, A. C. et al. Educação permanente com os auxiliares de enfermagem da Estratégia Saúde da Família em Sobral. **Trabalho Educação e Saúde**, Ceará, v. 8, n. 2, p. 249-66, 2010.
- BAPTISTA, T.; REZENDE, M. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2011.
- BARDACH, E. **Los Ocho Pasos para el Análisis de Políticas Públicas**. México: CIDE, 1998.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. ed. atual. rev. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BARRIOS, S. T. G. **Micropolítica e gestão regionalizada da saúde: estudo de caso no colegiado de gestão da 4ª região sanitária do estado do Rio Grande do Sul**. 2009. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2009.
- BATISTA, M. F. S.; ALBUQUERQUE, P. C. A produção da saúde e a população do campo: uma experiência no assentamento de reforma agrária em Pernambuco-Brasil. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 8, n. 2, p. 173-194, 2014.

BLEJMAR, B.; ALMEIDA, M. Mudança organizacional e transformação social. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de movimento de mudança**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999. cap.1, p. 17-45.

BOBBIO, N. et al. Políticas Públicas. In: _____. **Dicionário de política**. 5. ed. Brasília: UnB, 2004. p. 968.

BORGES, E. D. **Educação Permanente em saúde: uma estratégia em construção para a gestão do Programa Saúde da Família do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria**. 2007. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil: 1988**. Texto constitucional de 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de n. 1, de 1992, a 39, de 2002, e pelas Emendas Constitucionais de Revisão de n. 1 a 6, de 1994. 20. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004a. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política do Ministério da Saúde para o fortalecimento e ampliação dos processos de mudanças na graduação em saúde: AprenderSUS**. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios e diretrizes para NOB/SUS-RH**. 3. ed. Brasília, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A educação permanente entra na roda**. Brasília, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 20 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2007a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>. Acesso em: 20 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização Solidária e Cooperativa: orientações para sua implementação no SUS**. Brasília, 2007b. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regionalizacao2006.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de qualificação e estruturação da gestão do trabalho e da educação no SUS-ProgeSUS**. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 28 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 15 nov. 2017.

CARDOSO, M. et al. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1489-1500, 2017.

CARVALHO, M. L. et al. Implementação de política pública: uma abordagem teórica e crítica. In: COLOQUIO INTERNACIONAL SOBRE GESTIÓN UNIVERSITARIA EM AMÉRICA DEL SUR, 10., 2010, Mar del Plata. **Balance y perspectiva de la Educación Superior en el marco de los Bicentenarios de América del Sur**. Mar del Plata: BIAR, 2010.

CASTRO, A. L. B; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, 2010.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

COHN, A. **Saúde da Família e SUS: consonâncias e dissonâncias**. Rio de Janeiro: Azougue; 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE, Brasília, 1986. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <www.vsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CNRH_sa%FAde.pdf ->. Acesso em: 26 out. 2016.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1., Brasília, 1941. **Relatório Final.** Brasília: Ministério da Saúde, 1941. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>>. Acesso em: 26 out. 2016.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 3., Brasília, 1963. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 1963. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3confnac_an_1.pdf>. Acesso em: 26 out. 2016.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 4., Brasília, 1967. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 1967. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/4conf_nac1.pdf%20-anais>. Acesso em: 26 out. 2016.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5., Brasília, 1975. **Relatório Final.** Brasília: Ministério da Saúde, 1975. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>>. Acesso em: 26 out. 2016.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 6., Brasília, 1977. **Relatório Final.** Brasília: Ministério da Saúde, 1977. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>>. Acesso em: 26 out. 2016.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7., Brasília, 1980. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 1980. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>>. Acesso em: 26 out. 2016.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília, 1986. **Relatório Final.** Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>>. Acesso em: 26 out. 2016.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9., Brasília, 1992. **Relatório Final.** Brasília: Ministério da Saúde, 1993. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>>. Acesso em: 26 out. 2016.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10., Brasília, 1996. **Relatório Final.** Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>>. Acesso em: 26 out. 2016.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., Brasília, 2000. **Relatório Final.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>>. Acesso em: 26 out. 2016.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12., Brasília, 2003. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>>. Acesso em: 26 out. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Brasília, 2011. (Coleção para entender a gestão do SUS).

COSTA, P. P. **Dos projetos à política pública**: reconstruindo a história da educação permanente em saúde. 2006. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2006.

COTRIM-GUIMARÃES, I. M. A. **Programa de educação permanente e continuada da equipe de enfermagem da clínica médica do Hospital Universitário Clemente de Faria**: análise e proposições. 2009. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

D'AVILA, L. S. et al. Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um estado da Região Sudeste do Brasil. **Cien Saude Colet**. 19(2):401-416, 2014.

DAVINI, M. C. **Educación Permanente en Salud**. Washington: PALTEX, 1995.

DUNN, W. **Public policy analysis**: an introduction. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1981.

DYE, T. **Policy analysis**: what governments do, why they do it, and what difference it makes. Tuscaloosa: University of Alabama Press, 1976.

ELMORE, R. **Diseño retrospectivo**: la investigación de la implementación y las decisiones políticas. Ciudad del México: Miguel Angel Porrua, 1996.

ELMORE, R. Backward Mapping: Implementation research and policy decisions. **Political Science Quarterly**, New York, v. 94, n. 4, p. 601-616, 1979.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-52, 2014.

FARAH, B. F. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? **Revista Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 6, n. 2, p. 123-125, 2003.

FARAH, B. F. **A educação permanente no processo de organização do serviço de saúde**: as repercussões do curso introdutório para as equipes de saúde da família – experiência do município de Juiz de Fora, MG. 2006. Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

FARIA, M. G. A.; DAVID, H. M. S. L. Telessaúde Brasil Redes do Núcleo Rio de Janeiro: Educação Permanente no trabalho de Enfermeiros da Atenção Básica. **Jornal Brasileiro de Telessaúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 23-24, 2010.

FERLA, A. A. et al. Educação permanente e a regionalização do Sistema Estadual de Saúde na Bahia: ensino-aprendizagem e política de saúde como composição de tempo. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 33, n. 1, p. 7-21, 2009.

FERRAZ, F. **Contexto e processo de desenvolvimento das comissões permanentes de integração ensino-serviço: perspectiva dos sujeitos sociais pautada na concepção dialógica de freire**. 2011. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

FERRAZ et al. Gestão de recursos financeiros da educação permanente em saúde: desafio das comissões de integração ensino-serviço. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1683-1693, 2013.

FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil**. São Paulo: HUCITEC/REDE UNIDA, 1998.

FEUERWERKER L. C. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface Comunidade Saúde Educação**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, 2005.

FRANÇA, T. **Análise da Política de Educação Permanente do SUS (PEPS) implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES)**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina Social, 2016.

FRENK, J. Comprehensive policy analysis for health system reform. **Health Policy**, Mexico City, v. 32, n. 1, p. 257-77, 1995.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, v. 1, n. 21, p. 211-260, 2000.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2010.

GIRADE, M. G. et al. Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 105-10, 2006.

GODOY S. et al. In-service nursing education delivered by videoconference. **Journal of Telemedicine and Telecare**, Brisbane, v. 10, n. 5, p. 303-305, 2004.

GRINDLE, M. **Public Choices and Policy Change: The Political Economy of Reform in Developing Countries**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1991.

GRISA, C. Diferentes olhares na análise de políticas públicas: considerações sobre o papel do Estado, das instituições, das ideias e dos atores sociais. **Revista Sociedade e Desenvolvimento Rural**, Distrito Federal, v. 4, n. 1, p. 123-129, 2010.

GUIMARÃES, V. L. B. **O processo da regionalização da saúde em Pernambuco, na perspectiva da gestão estadual**. 2012. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012.

HADDAD, J. Q. et al. **Educación permanente de personal de salud**. Washington: OPS/OMS, 1994.

HADDAD, A. E. et al. Política Nacional de Educação na Saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 32, n. 1, p. 98-114, 2008.

HODDER, I. The interpretation of documents and material culture. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Collecting and interpreting qualitative Materials**. London: Sage Publications, 2002.

HOGWOOD, B.; GUNN, L. **Policy Analysis for the Real World**. Oxford: Oxford University Press, 1984.

HOWLETT, M.; RAMESH, M. **Studying Public Policy**. Oxford: Oxford University Press, 1995.

KINGDON, J. **Alternatives and public choices**. Boston: Little Brown, 1984.

LASSWELL, H. D. **Politics: who gets what, when, how**. Cleveland: Meridian Books, 1958.

LEMOS, C. L. S. **A concepção de educação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. 2010. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2010.

LIMA, L. D. et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012.

MACEDO, B. C. **A Institucionalização da Política de Educação Permanente em Saúde em Três Estados da Região Nordeste**. 2016. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, Recife, 2016.

MAIA, D. B. Atuação interdisciplinar na Atenção Básica de Saúde: a inserção da Residência Multiprofissional. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 103-110, 2013.

MAJONE, G.; WILDAVSKY, A. **Implementation as Evolution**. Berkeley: University of California. 1984.

MENDES, A. et al. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 423-437, 2015.

MENY, I.; THOENIG, J. **Las políticas públicas**. Barcelona: Ariel, 1992.

MERHY, E. et al. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 2, n. 2, p. 147-160, 2006.

MICCAS, F. L, BATISTA, S. H. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 170-85, 2014.

MINAYO, M. et al. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes, 2010.

MONDRAGÓN, J. O processo de tomada de decisão pública: da formulação da decisão a destinação de recursos. In: SÀNCHEZ, M. P. **Análisis de Políticas Públicas**. Granada: Ed. Universidad de Granada. 2006.

MORAES, K. **Análise do Processo de Implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no Distrito Federal**. 2012. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

MORAES, K. G.; DYTZ, J.L.G. Política de Educação Permanente em Saúde: análise de sua implementação. **Revista ABCS Health Science**, Santo André, v. 40, n. 3, p. 263-269, 2015.

MOTTA, J. et al. Novos desafios para a formação de recursos humanos em saúde. **Revista Olho mágico**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 80-86, 2001.

MULLER, P.; SUREL, Y. **A análise das políticas públicas**. Pelotas: Educat. 2002.

NAJAN, A. **Learnin from the Literature on Policy Implementation: A Synthesis Perspective**. Luxembourg: Working Papers, 1995.

NASCIMENTO, D.; OLIVEIRA, M. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 814-827, 2010.

NOVA, C.; ALVES, L. **Educação à distância: limites e possibilidades**. São Paulo: Futura; 2003.

NUÑES, F. Leis Gerais da Biografia Humana: descrevendo uma experiência com agentes comunitários. **Revista Saúde Coletiva**, Barueri, v. 1, n. 1, p.23-24, 2004.

OLIVEIRA, M. Educação à Distância como estratégia para a educação permanente: possibilidades e desafios. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 60, n. 5, p. 585-589, 2007.

OLIVEIRA, J. et al. Prática da Educação Permanente pela enfermagem nos serviços de saúde. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 7, n. 2, p. 598-607, 2013.

OLMO, M. A avaliação das políticas e programas públicos. In: SÁNCHEZ, M. P. **Análisis de Políticas Públicas**. Granada: Ed. Universidad de Granada, 2006.

ORTIZ, M. et al. Educação à distância: uma ferramenta para educação permanente de enfermeiros que trabalham com assistência perioperatória. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 13, n. 4, p. 558-565, 2008.

OUVERNEY, A. M. Regionalização do SUS: uma análise da estratégia de integração intermunicipal. **Revista Administração em Diálogo**, São Paulo, v. 4, n. 7, p. 91-106, 2005.

OUVERNEY, A. M. Os desafios da gestão em rede no SUS: situando a regionalização no centro da agenda estratégica da política de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 42, p. 12-22, 2008.

PAULINO V. et al. Ações de educação permanente no contexto da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 312-316, 2012.

PARSONS, D. W. **Public policy: an introduction to the theory and practice of policy analysis**. Cheltenham: NRTP, 1995.

PASSOS, E.; CARVALHO, Y. A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 92-101, 2015.

PEDUZZI M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-83, 2013.

PEREGO, M.; BATISTA, N. Aprendizagens Compartilhadas na Residência Multiprofissional em Saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 10, n. 4, p. 39-51, 2016.

PEREIRA, A. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-34, 2003.

PÉREZ, N.; SEISDEDOS, S. Definición de problemas y diseño de la agenda. In: SÁNCHEZ, M. P. **Análisis de Políticas Públicas**. Granada: Editora Universidad de Granada, 2006.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Regional de Saúde de Pernambuco, V. [Ata de reunião da comissão de Integração Ensino-Serviço Regional no dia 01 de julho de 2010]. Garanhuns, 2010a.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Regional de Saúde de Pernambuco, V. [Ata de reunião da comissão de Integração Ensino-Serviço Regional no dia 09 de agosto de 2010]. Garanhuns, 2010b.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Regional de Saúde de Pernambuco, V. **[Ata de reunião da comissão de Integração Ensino-Serviço Regional no dia 15 de setembro de 2010]**. Garanhuns, 2010c.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Regional de Saúde de Pernambuco, V. **[Ata de reunião da comissão de Integração Ensino-Serviço Regional no dia 06 de outubro de 2010]**. Garanhuns, 2010d.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Recife, 2011a.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Regional de Saúde de Pernambuco, V. **[Ata de reunião da comissão de Integração Ensino-Serviço Regional no dia 02 de março de 2011]**. Garanhuns, 2011b.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Regional de Saúde de Pernambuco, V. **[Ata de reunião da comissão de Integração Ensino-Serviço Regional no dia 23 de março de 2011]**. Garanhuns, 2011c.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Regional de Saúde de Pernambuco, V. **[Ata de reunião da comissão de Integração Ensino-Serviço Regional no dia 30 de março de 2011]**. Garanhuns, 2011d.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Regional de Saúde de Pernambuco, V. **[Ata de reunião da comissão de Integração Ensino-Serviço Regional no dia 06 de abril de 2011]**. Garanhuns, 2011e.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Regional de Saúde de Pernambuco, V. **Plano Regional de Educação Permanente em Saúde**. Garanhuns, jun. 2011f.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. Recife, 2012.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Contrato Organizativo de Ação Pública**. Recife, 2014.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Regional de Saúde de Pernambuco, V. **[Ata de reunião da comissão de Integração Ensino-Serviço Regional no dia 07 de maio de 2015]**. Garanhuns, 2015a.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Regional de Saúde de Pernambuco, V. **[Ata de reunião da comissão de Integração Ensino-Serviço Regional no dia 03 de junho de 2015]**. Garanhuns, 2015b.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Regional de Saúde de Pernambuco, V. **[Ata de reunião da comissão de Integração Ensino-Serviço Regional no dia 01 de julho de 2015]**. Garanhuns, 2015c.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Regional de Saúde de Pernambuco, V. [**Ata de reunião da comissão de Integração Ensino-Serviço Regional no dia 04 de agosto de 2015**]. Garanhuns, 2015d.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Regional de Saúde de Pernambuco, V. [**Ata de reunião da comissão de Integração Ensino-Serviço Regional no dia 01 de setembro de 2015**]. Garanhuns, 2015e.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Regional de Saúde de Pernambuco, V. **Regimento Interno**. Garanhuns, 2015f.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **A V Gerência Regional de Pernambuco**. Recife, 2016. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/v-geres>>. Acesso em: 14 out. 2016a.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**. Recife, 2016b.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Regional de Saúde de Pernambuco, V. [**Ata de reunião da comissão de Integração Ensino-Serviço Regional no dia 05 de julho de 2016**]. Garanhuns, 2016c.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Regional de Saúde de Pernambuco, V. [**Ata de reunião da comissão de Integração Ensino-Serviço Regional no dia 02 de agosto de 2016**]. Garanhuns, 2016d.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Regional de Saúde de Pernambuco, V. [**Ata de reunião da comissão de Integração Ensino-Serviço Regional no dia 20 de outubro de 2016**]. Garanhuns, 2016e.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Regional de Saúde de Pernambuco, V. [**Ata de reunião da comissão de Integração Ensino-Serviço Regional no dia 25 de novembro de 2016**]. Garanhuns, 2016f.

PIERANTONI C.; GARCIA A. A gestão do trabalho e da educação na saúde em secretarias estaduais e municipais de saúde. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 7, p. 44-54, 2012.

PRESSMAN J.; WILDALVSKY, A. Implementation: How great expectations in Washington are dashed in Okland. In: Balboa A. **Implementación: cómo grandes expectativas concebidas en Washington se frustan en Okland**. México: Fondo de cultura econômica; 1998.

QUINTANA, P. et. al. **Educação permanente processo de trabalho e qualidade de serviço na saúde**. Washington: SCDT, 2016.

REICH, M. R. Applied Political Analysis for Health Policy Reform. **Current Issues in Public Health**, Boston, v. 2, n. 2, p. 186-191, 1996.

REIS, Y. **Consenso sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde do SUS**. 2010. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, Recife, 2010.

RIBEIRO, E. et al. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no programa de saúde da família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004.

RICALDONI, C.; SENA, R. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 837-842, 2006.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução n. 231/2011**. Comissões Intergestores Bipartite. Porto Alegre, 2011. Disponível em: <www.saude.rs.gov.br/upload/1339533922_cibr231_11.pdf>. Acesso em: 13 outubro 2016.

ROSA, S.; LOPES, R. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 479-498, 2010.

SABATIER, P. A.; MAZMANIAN, D. A. **La implementación de la política pública: un marco de análisis**. México: Miguel Angel Porrúa, 1996.

SARMENTO, L. et al. Distribuição regional da oferta de formação na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 415-424, 2017.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

SÁ-SILVA, J. et al. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2009.

SERAFIM, M. P.; Dias, R. B. Análise de política: uma revisão da literatura. **Cadernos Gestão Social**, Salvador, v. 3, n. 1, p. 121-134, 2012.

SIGNOR, E. et al. Educação Permanente em Saúde: desafios para a gestão em saúde pública. **Revista de Enfermagem UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 1, p. 1-11, 2015.

SILVA, S. F. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, 2009.

SILVA, J. **Análise das atividades educativas de trabalhadores da saúde na atenção básica: concepções de educação no trabalho, levantamento de necessidades, público participante e resultados esperados**. 2009. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

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

SILVA, L. et al. Desafios na construção de um projeto de educação permanente em saúde. **Revista de Enfermagem UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 3, p. 496-506, 2012.

SILVA L. et al. Educação Permanente em Saúde na ótica de membros das Comissões de Integração Ensino-Serviço. **Revista de Enfermagem UFSM**, Santa Maria, v. 3, n. 2, p. 296-306, 2013.

SILVA, L. et al. Contribuições das Comissões de Integração Ensino-Serviço na Educação Permanente em Saúde. **Revista Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 403-424, 2014.

SILVA, S. A escolha de um caminho: Desistência de um Programa de Residência Multiprofissional. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 10, n. 4, p. 215-227, 2016.

SMAHA, I.; PAULILO, M. **Educação Permanente em Saúde: caminho em construção na 20ª Regional de Saúde-Paraná**. 2011. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2011.

SOUZA, R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 451-455, 2001.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 16, n. 5, p. 20-45, 2006.

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

STRUCHINER, M. et al. Formação permanente, flexível e a distância pela internet: curso de gestão descentralizada de recursos humanos em saúde. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 3, n. 11, p. 158-65, 2002.

TATAGIBA, M.; FILÁTIGA, V. **Vivendo e aprendendo em grupos: uma metodologia construtivista de dinâmica de grupos**. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UGÁ, M. et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 417-437, 2003.

UKELES, J. B. **Policy Analysis, Myth or Reality**. Dallas: Public Administration Review, 1997.

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO. **Projeto sobre programa nacional de bolsas para residências multiprofissionais e em área profissional da saúde.** Recife, 2014.

VAN METER, D. S.; VAN HORN, C. E. **El proceso de implementación de las políticas:** un marco conceptual. Ciudad del México: Miguel Angel Porrua. 1996.

VIANA, A. Abordagens metodológicas e políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 5, p. 5-43, 1996.

VIANA, A. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **Revista São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, 2008.

VIANA, M. **A residência multiprofissional em saúde do campo e o acesso a saúde das comunidades quilombolas estrela e timbó em Garanhuns-PE.** Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luís, 2017. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo12/aresidenciamultiprofissionalemsaudeocampo eoacessoasaudedascomunidadesquilombolasestr.pdf>>. Acesso em: 14 de novembro de 2017

WALT, G, GILSON, L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 9, n. 4, p. 353-370, 1994.

WHITE, A. Returning nurses to the workforce: developing an onlinerefresher course. **Journal of Continuing Education in Nursing**, Boston, v. 34, n. 2, p. 59-63, 2003.

WILDAVSKY, A. **Speaking truth to power:** the art and craft of policy analysis. Boston: Little Brown, 1979.

ANEXO A - Plano de Intervenção

Análise da implementação da política de educação permanente na V regional de saúde de Pernambuco

Introdução

A implementação das políticas públicas de recursos humanos em saúde, na perspectiva de um sistema político democrático no Brasil contemporâneo, vem colocando em pauta a necessidade de entender trabalho e educação, sob um novo prisma (FRANÇA, 2016).

Parte-se da ideia de que a educação pode contribuir para os problemas de saúde que envolvem o acesso, a qualidade do atendimento prestado e a resolutividade, os quais comprometem o modelo de atenção proposto e sua legitimidade. Busca-se, assim, explicar como a educação pode contribuir com esses problemas e provocar transformações (SARRETA, 2009).

Motta et al. (2001) enfatiza que os avanços alcançados na gestão do sistema de saúde no Brasil tornaram necessária a revisão dos processos formativos em saúde, de forma que se orientassem pelos princípios e pelas diretrizes do SUS. Dessa forma, os autores criticam processos orientados apenas pela atualização técnico-científica, já que isolada ela não se mostra suficiente para alcançar essa dimensão de transformação imposta.

Pensando nisso, a Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor (BRASIL, 2004). Em Pernambuco, a estruturação da PNEPS foi proposta em 2008 (FRANÇA, 2016).

Contudo, alguns desafios têm sido observados desde o surgimento da PNEPS. Uma das dificuldades apontadas, segundo (ObservaRH/IMS/UERJ, 2008), se refere a baixa execução dos recursos destinados à EP e a falta de infraestrutura do setor para desenvolver as ações. Já em relação à PNEPS, foi apontado que esta, muitas vezes, não faz parte das ações do setor de RH, estando pulverizada em outros setores.

Considerando-se os desafios encontrados para a condução da PNEPS e a relevância da implementação de políticas públicas, como a de EP, para a reorientação das estratégias e modos de ensinar e aprender no SUS, neste estudo investiga-se estas questões, tendo como locus de observação a V Regional de Saúde. Nesse contexto, questiona-se: Como está sendo implementada a política de educação permanente na V regional de saúde de Pernambuco?

Justificativa e Objetivos

O objetivo geral do estudo é analisar a implementação da Política de Educação Permanente na V regional de saúde de Pernambuco.

O estudo irá contribuir para o fortalecimento da política de EP para o SUS e para o plano de educação permanente da V regional de saúde de Pernambuco.

Além disso, permitirá um aprofundado no desenvolvimento da política, que repercute diretamente para a organização do processo de trabalho na ponta e na gestão do sistema de saúde, podendo gerar melhorias para o SUS.

Por fim, seus resultados poderão trazer contribuições acadêmicas, pois ainda são escassos os trabalhos de análise da PNEP para trabalhadores do SUS no estado de PE.

Metodologia

Tipo do estudo

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo exploratório.

Local do estudo

V Gerência Regional de Saúde (Geres) de Pernambuco. A escolha de estudar a Política de EP na V regional de saúde se deveu ao fato da V regional ter um aparelho formador importante, tanto na área de graduação, como de pós-graduação. Tendo recebido vários incentivos públicos nos últimos anos, como a criação de Universidades Públicas e Residências em saúde. Além disso, a V regional possui, no setor de educação permanente, uma CIES formada por membros de vários setores

da saúde, educação e controle social, com regimento Interno para orientar sua organização e funcionamento, estando de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

Período do estudo

O período do estudo compreendeu o ano de 2008-2016. A decisão pelo início do estudo ser o ano de 2008 considerou o fato de nesse ano ter sido estruturada a PNEPS no estado de Pernambuco.

Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de pesquisa documental na V regional de saúde de PE. A pesquisa documental foi sobre a Legislação a respeito da PNEPS, Planos de Ação Regional em Educação Permanente, Relatórios Anuais de Gestão (RAG) e Atas das reuniões da CIES da V regional de saúde de PE.

Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada por meio de análise documental. Foi utilizada a análise de conteúdo proposta por Bardin (1977), a qual consiste em um conjunto de técnicas para análise e tratamento das comunicações via procedimentos sistemáticos para descrição das mensagens.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Descrição da Política de Educação Permanente da V regional de saúde de PE

Características da V regional de saúde de PE

A V regional de saúde, com sede em Garanhuns, é composta por vinte e um municípios do agreste meridional e abriga uma população de 513.660 habitantes, segundo censo IBGE 2010. Possui uma área total de 7.330 Km² com densidade populacional de aproximadamente 70,1 habitantes por Km² (Figura 1).



Figura 1 – Mapa da V região de saúde de Pernambuco. Fonte: PERNAMBUCO, 2013.

De acordo como plano estadual de saúde 2016/2019, apresenta uma cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica de 97,65%, segundo COAP (2016), e sua unidade hospitalar de referência é o Hospital Regional Dom Moura situado na cidade de Garanhuns. Conta também uma Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPAE), o serviço oferece consultas com médicos especialistas em oftalmologia, otorrinolaringologia, neurologia, ortopedia e cardiologia.

A rede de educação conta com duas universidades públicas, a UPE e a UFRPE, ambas situadas na cidade de Garanhuns. Conta ainda com uma faculdade particular, AESGA, e com o IFPE.

A rede de educação conta ainda com Programas de Residências desenvolvidos na região para responder a necessidade de formação e fixação de especialistas do SUS PE, na modalidade Residência em Saúde, de forma regionalizada e descentralizada.

Política de Educação Permanente na V regional de PE

No ano de 2004, em 13 de fevereiro, através da Portaria 198 MS/SGTES, foi instituída a PNEPS tendo como estratégia a formação e o desenvolvimento de

trabalhadores para o setor saúde, revisada em âmbito nacional, culminando com a publicação da Portaria GM/ MS 1.996 de 20 de agosto de 2007.

Em Pernambuco, a estruturação da PEP foi proposta em 2008. A partir dos incentivos do MS, iniciou com a constituição das Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES), onde inicialmente foram criadas 5 CIES e posteriormente foi ampliado para as 12 Regionais de Saúde, além da CIES Estadual (FRANÇA, 2016) (Plano estadual de saúde 2016/2019).

A Escola de Governo em Saúde Pública do Estado de Pernambuco (ESPPE) teve papel fundamental na estruturação da Política de Educação Permanente no estado. Criada em 1989, tem uma vasta trajetória na área da Educação Profissional em Saúde e em cursos de qualificação dos trabalhadores e gestores do SUS de Pernambuco.

Outro aspecto importante para a estruturação da PEP em Pernambuco foi o alinhamento da Política de Educação Permanente ao processo de regionalização e o fortalecimento das CIR e das CIES.

No que diz respeito a V regional de saúde, como estratégia inicial foi apresentada a Política na Comissão Intergestores Regional (CIR), depois realizado Seminário Regional, envolvendo os secretários municipais de saúde, recursos humanos/administrativos, representantes das secretarias municipais de educação e instituições de ensino com cursos na área de saúde com sede na regional. O objetivo foi apresentar a política, discutir o papel da CIR e CIES, e fazer um levantamento das necessidades de EP com vistas à construção do Plano de Ação Regional para Educação Permanente em Saúde (PAREPS, 2011).

No mês de abril de 2010 foi realizada a Oficina Regional, dando início à construção do PAREPS, objetivando a concretização das metas, sendo algo que opere processos significativos a partir da realidade como ela se apresenta no cenário local e capaz de organizar as práticas para que esta produção seja possível. Um detalhe importante é que os gestores passaram a contar com o financiamento federal regular e automático para a Educação na Saúde, por meio do Bloco de Financiamento da Gestão com repasse Fundo a Fundo, lembrando que o repasse para as Regionais são destinados a todos os municípios que compõem a regional e este deve custear o que foi elaborado no PAREPS (PAREPS, 2011).

Sendo assim, após oficinas realizadas no ano de 2010 e 2011, em junho de 2011 foi publicado o PAREPS da V GERES, que teve como objeto norteador a Portaria

1.996/2007 e o Plano Estadual de Educação Permanente. Foi construído a várias mãos, buscando a integração dos saberes num sentido de coletividade e respeito às necessidades apresentadas no Seminário e na Oficina Regional, onde foram identificados os principais problemas de saúde da região e apontado como solução a qualificação de seus profissionais (PAREPS, 2011).

A Gestão da SES ao identificar a necessidade de apoiadores institucionais que atuassem junto a ESSPE com o processo de integração ensino/serviço, propõe formar um grupo de profissionais, com experiência pedagógica, para atuar enquanto elo entre os órgãos formadores e o serviço, apoiando o debate em torno da qualificação do ensino. Assim, foram convidados vários profissionais de áreas de atuações diversas, mas com experiência em ensino e apoio institucional a fim de articular as agendas propostas pelo plano estadual de ensino e serviço, dando apoio as CIES Regionais na construção do PAREPS. A V Regional de Saúde ficou com uma Apoiadora Institucional de Educação Permanente em Saúde e uma facilitadora de área, dando suporte e fazendo as articulações necessárias para o desenvolvimento do processo. Nas diversas reuniões que aconteceram, foram identificados os cursos mais necessários para capacitar os trabalhadores de saúde.

Segundo consta no PAREPS (2011), a Regional se encontrava carente de cursos e capacitações, levando em consideração que diariamente surgem novas técnicas de trabalho, deixando o profissional desatualizado, muitas vezes realizando suas tarefas de forma inadequada. Nesse sentido, acreditou-se que a nova PNEPS, com suas diretrizes e estratégias, pudesse reorientar o trabalhador da saúde, assim podendo oferecer aperfeiçoamento e qualificação para um bom atendimento aos usuários do SUS. Assim, a V Gerência Regional de Saúde buscou colocar a EP em saúde como estratégia de gestão, com o objetivo de implementar projetos de mudanças no processo de trabalho e na formação dos seus profissionais, colocando o cotidiano e sua qualificação como aprendizagens construídas a partir do trabalho vivo em ato.

Caracterização dos processos e resultados da Educação Permanente da V regional de saúde de Pernambuco

A presente descreve ações destinadas à formação de trabalhadores e/ou qualificação do trabalho no e para o SUS da V regional de saúde em parceria com o

setor de EP da SES/PE, além disso discorre sobre os recursos financeiros envolvidos para a implementação da PEP no estado.

Buscou-se identificar, no conjunto de Relatórios Anuais de Gestão (RAG) e PAREPS, tipo e quantidades de ações realizadas entre 2008 e 2016. Em conformidade com o planejamento dos Planos Estaduais de Saúde e com o PAREPS da V regional (Quadro 2).

ANO	CURTA DURAÇÃO	ESPECIALIZAÇÃO	RESIDÊNCIA
2008	9	-	-
2009	17	-	-
2010	13	-	-
2011	15	-	-
2012	5	-	-
2013	10	-	-
2014	7	-	2
2015	5	-	1
2016	65	4	2
TOTAL	146	4	5
%	95%	2%	3%

Quadro 2 - Ações destinadas à formação de trabalhadores e/ou qualificação do trabalho no e para o SUS na V regional de PE em parceria com o setor de Educação Permanente da SES/PE.

OBS.: No total foram realizadas 155 ações, representando 100%. Fonte: Autoria própria.

No ano de 2008 foram realizadas 9 ações, caracterizadas como de curta duração na modalidade de capacitação e com carga horária máxima de 40 horas.

No ano de 2009 foram realizadas 17 ações de curta duração, nas modalidades de sensibilização, oficina, capacitação, reunião de monitoramento e avaliação, conferência e seminário.

No ano de 2010 foram realizadas 13 ações de curta duração que contemplaram a V regional, nas modalidades de capacitação, oficinas e seminários. Merece destaque a realização da Oficina de Regionalização, realizada no primeiro semestre do ano (RAG, 2010; PAREPS, 2011).

Em 2011, foram realizadas 15 ações de curta duração que contemplaram a V regional de saúde (RAG, 2011).

O ano de 2012, segundo consta no RAG 2012, foi marcado por um período de transição, devido ao fim do PES 2008-2011 e do início do PES 2012-2015. Nesse ano foram realizadas 5 ações de curta duração que contemplaram a V regional de saúde.

Em 2013 foram realizadas 10 ações de curta duração que contemplaram a V regional de saúde (RAG, 2013). Nas ações de EP do Estado, destacam-se a ampliação de oferta de vagas com oferecimento de programas de capacitação permanente para qualificação de profissionais da rede (RAG, 2013).

No ano de 2014 foram realizadas 7 ações de curta duração que contemplaram a V regional e 2 duas ações na modalidade de residência.

Nesse ano também houve a implantação da Residência Multiprofissional em Saúde do HRDM, em Garanhuns, com 10 vagas anuais, e implantação da Residência em Saúde Coletiva com enfoque em Redes de Atenção à Saúde.

Segundo o RAG 2015 e o PAREPS 2011, em 2015 foram realizadas 5 ações de curta duração e 1 ação de longa duração, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família com Ênfase em Saúde da População do Campo em parceria com a UPE.

No ano de 2016 foram realizados 65 cursos de curta duração, 4 cursos de Especialização e implementadas 2 Residências, são elas: Especialização em Gestão da Clínica - Sítio Libanês/MS para profissionais da V Região de Saúde e do HRDM; Especialização em Vigilância na Saúde - Sítio Libanês/MS para profissionais da V Região de Saúde e do HRDM; Especialização em Regulação dos Serviços de Saúde - Sítio Libanês/MS para profissionais da V Região de Saúde e do HRDM; Especialização em Saúde Pública para gestores da V GERES; Implantação da Residência em Enfermagem Obstétrica em março de 2016 para profissionais enfermeiros com 2 vagas para a V regional e Implantação do Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização de Atenção à Saúde - Hospital Regional Dom Moura - Garanhuns-PE - parceria com a ESPPE.

Após análise dos documentos, identificou-se que foram realizadas 155 ações (100%) em parceria com a SES/PE que contemplaram a V regional de saúde. Em seguida, as ações foram classificadas segundo o tipo, de maneira que é possível observar predominância dos cursos de curta duração (95%), seguidos pelas Residências (3%) e das Especializações (2%).

Recursos Financeiros envolvidos para implementação da Política de Educação Permanente no Estado de Pernambuco

Segundo os RAGs analisados, o financiamento da PEP no estado é oriundo em sua maioria da esfera federal, havendo um pequeno incremento da esfera estadual e de convênios firmados. Não foi possível identificar com precisão qual a origem do recurso e o total geral disponível para gastos com EP, além disso não estava claro quais foram as despesas com EP no estado (Tabela 4).

ANO	LINHAS DE AÇÃO DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE	FUNDO A FUNDO	TESOURO ESTADUAL	CONVÊNIO	TOTAL GERAL	DESPESA COM EP (VALORES PAGOS)
2008	Educação Permanente em Saúde	R\$ 3.068.507,73	R\$ 1.106.901		R\$ 4.175.408,73	R\$ 1.121.641
2009	Educação Permanente em Saúde	R\$ 3.228.423,39	R\$ 232.162	R\$ 98.524	R\$ 3.559.109,39	R\$ 1.187.426
2010	Educação Permanente em Saúde	R\$ 1.148.616,63	-	-	R\$ 1.148.616,63	-
2011	Educação Permanente em Saúde	R\$ 3.276.802,29	-	-	R\$ 3.276.802,29	-
2012	Educação Permanente em Saúde	-	-	-	R\$ 4.988.300	-
2013	Educação Permanente em Saúde	-	-	-	-	-
2014	Educação Permanente em Saúde	-	-	-	-	-
2015	Educação Permanente em Saúde	-	-	-	R\$ 572.200	-

2016	Educação Permanente em Saúde	-	-	-	-	-
------	------------------------------------	---	---	---	---	---

Tabela 1 - Execução da despesa da Secretaria de Saúde por linha de ação do Plano Estadual de Saúde e por origem dos recursos nos anos de 2008 a 2016. Fonte: RAGs entre 2008 e 2015.

De acordo com pesquisa realizada por Macedo (2016), intitulada “A Institucionalização da Política de Educação Permanente em Saúde em Três Estados da Região Nordeste”, onde foram analisados os estados de Pernambuco, Paraíba e Sergipe, a SES-PE foi a que apresentava maior nível de centralização da política, possuindo, dentre outras, a responsabilidade de elaborar os PEEPS e, somente após a disponibilização dos recursos financeiros no fundo estadual de saúde, analisar a pertinência dos PAREPS e executar as ações assim consideradas.

Ainda segundo Macedo (2016), foram encontradas algumas dificuldades para implementação da PEEPS, comum aos três estados estudados. Primeiramente, dentre as dificuldades mais relevantes destacam-se as questões referentes ao financiamento da política, seja para execução dos recursos disponíveis nos fundos estaduais, para liberação destes ou mesmo da insuficiência perante o volume de ações. Destacam-se, também as dificuldades referentes a normatização para elaboração e execução dos projetos pelas SES, ao passo em que a política tem pouca prioridade na agenda da gestão e o gestor de EPS tem baixa governabilidade na estrutura das SES.

Analisar o papel da CIES no desenvolvimento da implementação da Política de Educação Permanente da V regional de saúde de Pernambuco

Caracterização da CIES da V regional de PE

Para esta seção recorreu-se aos documentos normativos encontrados para caracterizar a CIES da V regional. Com a finalidade de identificar outras características da CIES, logo após, recorreu-se, também, às Atas de reunião, que foram analisadas mediante leitura dos textos na íntegra, buscando-se delimitar as categorias de análise, de modo a responder aos objetivos da pesquisa.

Identificou-se que a CIES da V regional conta com um regimento interno, Resolução nº. 005/2015, formulado por seus membros no ano de 2015 e de acordo

com o que preconiza a portaria 1996/07, para regulamentar sua finalidade, competências, composição e organização.

Com relação a parte estrutural e funcional da CIES, segundo levantamento realizado pela SES/PE no ano de 2015, existe sala, computador, mesa e armários exclusivos para a CIES. Também há materiais compartilhados com outros setores da Regional, como impressora, datashow, telão e microfone. As reuniões ordinárias devem acontecer na segunda terça-feira de cada mês, às 09:00 horas, no auditório da V GERES, com todos os recursos de mídia disponíveis e ponto digital.

Em relação a composição, possui entre seus membros trabalhadores e gestores dos municípios que compõe a V regional, professores das instituições de formação, trabalhadores e gestores do HRDM, professores e residentes das Residências da Regional, trabalhadores e gestores da V GERES, usuário do SUS membro do Conselho Municipal de Saúde de Garanhuns e usuário do SUS. Totalizando 28 membros da CIES da V regional. (Regimento Interno CIES V GERES, 2015). A CIES da V regional conta com coordenador, vice coordenador e secretário executivo.

Análise das atas de reunião da CIES da V regional

Recorreu-se a análise das atas de reunião em busca de mais informações relativas a CIES. Foram encontradas 17 atas entre 2010 e 2016 (Quadro 3).

ANO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
QUANTIDADE DE ATAS DA CIES POR ANO	4	4	-	-	-	5	4	17

Quadro 3 – Quantidade de atas da CIES regional encontradas entre 2010 a 2016 na V regional de saúde de Pernambuco. **Fonte:** elaborado pela autora

Após leitura das atas foram delimitadas duas categorias de análise de acordo com os temas mais frequentes nos relatos e de importante relevância para analisar a implementação da PEP na V regional de saúde de PE, são elas: Apoio Técnico Estadual e Dificuldades da CIES da V regional de saúde de Pernambuco.

Apoio Técnico Estadual

Levando em consideração a Portaria 1996/07, que assume o nível estadual como protagonista do processo de regionalização e responsável pelo planejamento do desenvolvimento dos trabalhadores do SUS (AMESTOY et al., 2010), foram identificadas fragilidades em relação ao apoio técnico que o estado oferece a V regional para implementação da PEP.

Foram identificadas fragilidades em relação ao apoio para construção do PAREPS da V GERES. Foi relatada, também, a necessidade de apoio para qualificação dos membros da CIES regional e para outros profissionais da saúde da V regional.

Através dos relatos encontrados nas atas, foi observada a predominância de ações de EC em detrimento das ações de EP. Dificuldade de ir além das ofertas de cursos. Os cursos foram propostos, de acordo com orientação de documento enviado pela CIES Estadual, em sua maioria, na modalidade de capacitação e atualização com conteúdo técnico e para categorias específicas, não favorecendo assim a equipe multiprofissional.

Além do relatado acima, também foram encontradas fragilidades em relação ao apoio financeiro da CIES Estadual.

Dificuldades da CIES da V regional de saúde de Pernambuco

A segunda categoria que emergiu na análise das atas foi sobre as dificuldades enfrentadas pela CIES da V regional. Dificuldades é um tema recorrente nos trabalhos que estudam as CIES, de acordo com França et al. (2016), Moraes e Dytz (2015), Ferraz (2013) e Silva et al. (2013), estes trabalhos corroboram com os achados do presente estudo.

Uma das principais queixas relatadas em todos os anos analisados foi a falta de presença dos membros da CIES às reuniões. Como dificuldade da CIES foi identificada também a falta de organização e informação para seus membros. Além disso, foi relatada a necessidade de formar Câmaras Técnicas, sendo uma delas para fortalecer os núcleos municipais de EP. Também pôde ser observada a importância da CIES estar articulada e em pleno funcionamento para servir de espaço para discussão e planejamento de ações estruturantes de EP.

Análise da implementação da Política de Educação Permanente na V regional de saúde de Pernambuco

Nessa sessão será realizada a análise de implementação da política de EP na V regional baseada nas evidências encontradas a partir do presente estudo e à luz da literatura de análise de implementação de políticas públicas.

Baseadas nos modelos top down, botton up e em Viana (1996) foram definidas variáveis relacionadas a etapa de implementação da Política de Educação Permanente na V regional de saúde e que serão analisadas: características da política e apoio técnico-financeiro.

A primeira variável a ser analisada diz respeito às características da política de EP na V regional de saúde de PE.

Partindo-se do princípio que a CIES tem importante relevância na implementação da PEP, pois deve participar da sua formulação, condução e desenvolvimento, observou-se que há um regimento interno, que regulamenta seu funcionamento e suas atribuições e, também, uma CIES formada por atores de vários setores, como preconiza a portaria 1996/07. Esses achados são de grande importância para o fortalecimento da EP.

Entretanto, foram encontradas várias dificuldades relacionadas a essa temática, como: a falta de periodicidade das reuniões, que deveriam acontecer mensalmente; a falta de presença de seus componentes nos momentos em que as reuniões aconteceram, algo que foi relatado em várias atas analisadas; a falta de organização e pontualidade das reuniões; e a falta de conhecimentos dos seus membros sobre as obrigações da CIES. Sendo este último, um ponto importante para tentar explicar as dificuldades encontradas, pois o desconhecimento sobre a importância e obrigações da CIES pode ser um dos fatores que contribui para sua fragilidade.

Os achados acima relatados apresentam-se como dificuldades para uma adequada implementação da política, visto a importância da CIES regional no processo de implementação da PEP estar articulada e em pleno funcionamento para servir de espaço para discussão e planejamento de ações baseadas na EP. Nesse sentido, observou-se que a CIES da V regional tem uma atuação pouco expressiva no processo de implementação da PEP.

Quanto ao Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde da V regional, observou-se que sua construção ocorreu no ano de 2011, de acordo com o que preconiza a portaria 1996/07. Para a sua construção foi feito um levantamento das necessidades de EP e para isso a V regional recebeu uma apoiadora institucional de EP e uma facilitadora de área, dando suporte e fazendo as articulações necessárias para o desenvolvimento do processo. Nas diversas reuniões que aconteceram, foram identificados os cursos mais necessários para capacitar os trabalhadores de saúde. Esse é um achado importante, pois o PAREPS é norteador das atividades da CIES na construção e implementação de ações e intervenções na área de educação na saúde em resposta às necessidades do serviço.

Segundo recomendações do MS, o PAREPS deve ser sempre atualizado, entretanto, não se observou atualização do mesmo na V regional, sendo esta uma fragilidade importante a ser considerada na implementação da PEP, já que este instrumento serve como norte para ações a serem realizadas de acordo com o que preconiza a EP.

Em relação as características das ações de formação para o SUS que contemplaram a V regional, incrementos importantes foram observados em relação a ações estruturantes para o fortalecimento da Educação Permanente, como a interiorização de programas de residências multiprofissionais, antes inexistentes na regional.

Observou-se que, com a aprovação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, inúmeros projetos voltados para a formação de recursos humanos em saúde foram viabilizados, objetivando tornar a rede pública de saúde um campo de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho.

Houve avanços na Política de Educação na Saúde do SUS/PE de forma descentralizada e regionalizada principalmente com implantação dos programas de residência em área profissional vinculados a ESPPE. É preciso considerar que também houve indução, através de editais de RMS, por parte do MS.

As RMS servem como espaços de formação com potencial questionador do instituído e como dispositivos de educação permanente, sua definição como importante estratégia dentro de uma política de Estado de formação para trabalhadores da saúde implica não somente debates pedagógicos, mas legitimação política, com constante mobilização, inclusive por meio de instrumentos legais, para a sustentabilidade e ampliação dos programas.

Observou-se que do total de ações realizadas, mais de 90% foram cursos de curta duração, em sua maioria voltados para o aprendizado técnico-científico e sem privilegiar a equipe multiprofissional. Geralmente os cursos de curta duração vem associados à ideia de EC, fica a dúvida se parte desses cursos de curta duração tiveram um caráter de EP, se eles estiveram vinculados a um macroprojeto ou um objetivo importante a partir da necessidade da regional e a depender também da estratégia metodológica utilizada. Porém, como não se tem informações sobre isso nos documentos analisados, a análise foi feita a luz dos achados na presente pesquisa. Dessa forma, tais informações corroboram para uma política baseada em ações que se aproximam do conceito de Educação Continuada e reforça a fragmentação do cuidado nos serviços de saúde, ao passo em que se distancia do conceito de Educação Permanente.

Após análise observou-se, então, que a CIES da V regional embora tenha apresentado avanços em relação ao normativo, encontra-se com grandes dificuldades de organização, articulação e funcionamento. Quanto a questão da regionalização da PNEPS, observou-se que esta provocou mais mudanças na organização da política nos estados do que propriamente em sua apropriação conceitual.

A segunda variável diz respeito ao apoio técnico-financeiro. Nesse sentido, observou-se que a SES/PE ofereceu apoio técnico para orientar a construção do PAREPS nos moldes da portaria 1996/07, sendo este um fator importante para que fosse construído na lógica da EP, apesar disso observou-se a necessidade de mais apoio nesse sentido, principalmente quanto ao acompanhamento do PAREPS e sua atualização. Além disso, foi observada fragilidade no apoio técnico para qualificação dos membros da CIES regional da V regional.

Pode-se analisar que quanto ao auxílio técnico por parte da SES/PE, este mostra-se ainda frágil, embora haja sim um diálogo importante, uma aproximação, é preciso maior apoio técnico para auxiliar a implementação da PEP na V regional.

Quanto aos recursos financeiros disponíveis, uma mudança fundamental da PNEPS foi a descentralização do recurso federal do Fundo Nacional para os Fundos Estaduais de Saúde, visando à implementação e execução das ações de Educação Permanente em Saúde. Para isso, as CIES deveriam construir os projetos e as estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores a serem apresentadas a CGR, hoje CIR, para homologação na CIB. O que se pretendia era aumentar a capacidade regional para a intervenção na área da

Saúde através da Educação Permanente como orientadora das práticas de Educação na Saúde.

Entretanto, observou-se em Pernambuco que a CIES Estadual não dispunha de dotação orçamentária específica para cada CIES regional. Embora houvesse recursos financeiros, principalmente oriundo da esfera federal, estes mostraram-se centralizados no nível estadual, pois somente após a disponibilização dos recursos financeiros no fundo estadual de saúde é que se analisa a pertinência dos PAREPS para conseqüente execução das ações assim consideradas.

Após análise observou-se que esta é uma importante fragilidade e um obstáculo na implementação da PEP na V regional, pois sem financiamento regular as ações estratégicas formuladas no PAREPS não serão desenvolvidas, já que a questão financeira está centralizada a nível estadual, sendo ela quem recebe o recurso do governo federal e quem decide como utilizar o dinheiro e como distribuir de acordo com o que acha ser importante para cada regional. Ficando o apoio financeiro a dependência dos municípios, apesar destes não disporem de verba específica para a EP.

Compreende-se que a implementação da política não está concluída, ela está em processo, diante disso é preciso que se dê atenção aos seguintes pontos para que o desafios sejam superados: ao processo de descentralização da PEP em relação aos recursos financeiros e à gestão, para que a tomada de decisão seja realizada pela regional, de acordo com o PAREPS; a necessidade de oferta de mais apoio técnico da SES/PE para a V regional, sendo o principal objetivo a atualização e monitoramento do PAREPS; a necessidade de mais apoio da SES/PE na qualificação dos membros das CIES da V regional para que compreendam a importância da EP; necessidade de fortalecimento da CIES regional, articulação e pleno funcionamento, de acordo com o que está preconizado no seu regimento interno; e a necessidade de entender a CIES como estratégica na implementação da PEP.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa permitiu compreender aspectos relevantes da PEP na V regional de saúde de PE, identificando as principais dificuldades para sua implementação.

Constatou-se que dentre os desafios existentes na implementação da PNEPS está a questão do financiamento. Mesmo com as novas diretrizes e mudança de fluxo, a utilização dos recursos ainda é de difícil execução e se insere entre as maiores dificuldades de uma gestão regional da saúde.

Outro grande desafio reside no fato de a CIES regional ter tido um papel inexpressivo no processo de implementação da política. Isso se deve tanto a desorganização interna, desarticulação, quanto a falta de apoio técnico e financeiro estadual.

Quanto à implementação da Política de Educação Permanente na V regional percebeu-se que não há um processo acabado, mas sim um contínuo movimento de interação entre uma política em mudança e uma estrutura de relações de grande complexidade.

Entende-se que os objetivos deste estudo foram alcançados, pois as questões que motivaram esta investigação foram aqui tratadas reconhecendo os limites para o aprofundamento de alguns temas. Pela complexidade de elementos desse campo, os resultados deste estudo não esgotam o universo de questões que cercam a implementação da PEP.

Vale salientar que as considerações desse estudo estão aparadas com base nas fontes de pesquisa encontradas e com base na análise de políticas públicas, que leva em consideração o olhar e as convicções do pesquisador, pode ser que outra fonte e outra análise dê a sensação de que a política está implementada.

É importante dizer que foi realizada uma análise de política parcial, focando em um aspecto específico, a implementação, limitando-se à análise de parte do processo político. Seria interessante que outras pesquisas fossem realizadas com estudos mais abrangentes, com amplo foco de análise, na busca de apreender o processo político em sua totalidade.

Por fim, sugere-se que estudos dessa natureza sejam realizados em outras regionais de PE para conhecimento dos seus processos de implementação.

Referências Bibliográficas

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARDIN, L. (1977). Análise de Conteúdo. Edição Revista e Actualizada. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2009.

BARRIOS, S. T. G. Micropolítica e gestão regionalizada da saúde: estudo de caso no colegiado de gestão da 4ª região sanitária do estado do Rio Grande do Sul. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2009.

BATISTA, M. F. S. ALBUQUERQUE, P. C. A produção da saúde e a população do campo: uma experiência no assentamento de reforma agrária em Pernambuco- Brasil. In: Tempus, actas de Saúde Coletiva/ Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília, Brasília, v. 8, n. 2, 2014.

BLEJMAR, B.; ALMEIDA, M. Mudança organizacional e transformação social. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de movimento de mudança. São Paulo: HUCITEC; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999, cap.1, p. 17- 45.

BORGES, E. D. Educação Permanente em saúde: uma estratégia em construção para a gestão do Programa Saúde da Família do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: MS, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. Brasília: Ministério da Saúde; 1990.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: 1988 – texto constitucional de 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de n. 1, de 1992, a 39, de 2002, e pelas Emendas Constitucionais de Revisão de n. 1 a 6, de 1994. – 20. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. Política do Ministério da Saúde para o fortalecimento e ampliação dos processos de mudanças na graduação em saúde: AprenderSUS. 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para NOB/SUS-RH. 3a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda. Brasília, DF, 2005b.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF, 2007.

FRANÇA, T. Análise da Política de Educação Permanente do SUS (PEPS) implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina Social, 2016.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. Planejamento e políticas públicas, Brasília, IPEA, n.21, jun., 2000.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184p.

GIRADE, M. G., CRUZ, E. M. N. T., STEFANELLI, M. C. Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos. Rev.EscEnferm USP. 2006; 40(1): 105-10.

SILVA, L. A. A.; LEITE, M. T.; PINNO, C. Contribuições das Comissões de Integração Ensino-Serviço na Educação Permanente em Saúde. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 403-424, 2014.

SILVA, S. B. A escolha de um caminho: Desistência de um Programa de Residência Multiprofissional Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 10(4), 215-227, dez, 2016.

SMAHA, I. N.; PAULILO, M. A. S. Educação Permanente em Saúde: caminho em construção na 20ª Regional de Saúde-Paraná. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2011.

SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. Ciênc Saúde Coletiva. v. 2, p. 451-455, 2001.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. Sociologias 2006; 16:20-45.

Stroschein KA, Zocche DAA. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. Trab. Educ. Saúde 2011; 9(3):505-519.

Struchiner M. et al. Formação permanente, flexível e a distância pela internet: curso de gestão descentralizada de recursos humanos em saúde. Ver Panam Salud Publica. 2002; 3(11):158-65

TATAGIBA, M. C.; FILÁTIGA, V. Vivendo e aprendendo em grupos: uma metodologia construtivista de dinâmica de grupos. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

TRIVIÑOS, A. N. S. - Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, Atlas, 1987. 175p.

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO (UPE). Projeto sobre programa nacional de bolsas para residências multiprofissionais e em área profissional da saúde. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com Ênfase na Saúde da População Do Campo. Recife, 2014.

VIANA A. L. Abordagens metodológicas e políticas públicas. Rev Adm Pública 1996; 2: 5-43.

VIANA, A. L. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. São Paulo em Perspectiva, v. 22, n. 1, p. 92-106, 2008.

ANEXO B - Edital Chamada Pública

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE EM, 12/12/2017 PORTARIA Nº 770 - A SECRETÁRIA EXECUTIVA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE, com base na delegação outorgada pela Portaria SES nº 032/11, publicada no D.O.E. de 29.01.2011, e Considerando a Portaria nº 1.996/GM/MS de 20/08/07, que dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS); Considerando a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde, pautada na formação em serviço e na valorização dos trabalhadores/preceptores do SUS; Considerando o Plano de Trabalho constante na Carta Acordo NºSCON2017-02206 celebrada entre a Organização PanAmericana de Saúde (OPAS/OMS) e a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, com o objetivo de ampliar e consolidar as ações de apoio à expansão, interiorização e qualificação das residências em saúde no âmbito da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde. RICARDA SAMARA DA SILVA BEZERRA Secretária Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde CHAMADA PÚBLICA DE EXPERIÊNCIAS EM EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ESTADO DE PERNAMBUCO A Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SEGTES), por meio da Diretoria Geral de Educação na Saúde e da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE), tornam públicas por meio deste chamamento, às normas da chamada pública de relatos de experiência como parte da publicação em formato de livro intitulada “Experiências em Educação Permanente em Saúde no Estado de Pernambuco: formação que se constrói em rede”. 1. DO OBJETO 1.1 Os relatos de experiências de educação permanente em saúde selecionados serão parte integrante do livro “Experiências em Educação Permanente em Saúde no Estado de Pernambuco: formação que se constrói em rede” publicado pela Secretaria Estadual de Saúde. O livro consistirá em uma coletânea de narrativas sobre vivências e experiências de Educação Permanente em Saúde desenvolvidas no estado de Pernambuco, bem como experiências da gestão, com o objetivo de registrar as ações e assim visibilizar, compartilhar e promover a produção de conhecimento e de processos formativos produzidos no cotidiano do trabalho que fomentam um fazer crítico-reflexivo no campo da saúde. 1.2 A produção desse livro faz parte do projeto intitulado “Política Estadual de Educação Permanente em Saúde e Integração Ensino Serviço em Pernambuco” que foi premiado no Prêmio InovaSUS

– Gestão da Educação na Saúde-2015, realizado pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS).

2. INFORMAÇÕES PRELIMINARES

2.1

Os relatos submetidos a esse chamamento devem pautar experiências de Educação Permanente em Saúde, compreendidas como ações desenvolvidas na Rede de Saúde direcionadas para modificação das práticas e do processo de trabalho em saúde, baseadas nos conceitos de ensino-problematizador e da aprendizagem-significativa, com objetivo de atender as necessidades do Sistema Único de Saúde.

2.2

Os textos publicados no livro não serão de aspecto comercial, entretanto, essa condição não exclui a obrigação do autor com a responsabilidade da produção do trabalho, de forma que não se caracterizem quaisquer figuras antijurídicas, entre elas a do plágio.

2.3

A validade deste chamamento é a mesma constante no cronograma deste chamamento. A divulgação das etapas será realizada nos endereços eletrônicos da Secretaria Estadual de Saúde (www.saude.pe.gov.br) e da CIES Pernambuco - Comissão Estadual Permanente de Integração Ensino-Serviço (<http://cies-pernambuco.blogspot.com.br/>).

2.4

As eventuais comunicações entre a equipe editorial e os autores se dará por email informado no formulário de submissão.

2.5

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista da Secretaria Estadual de Saúde.

3. DOS REQUISITOS E PROCEDIMENTO DE SUBMISSÃO

3.1

Serão aceitos relatos de experiências desenvolvidas nos territórios das esferas municipal, regional e estadual, no âmbito dos serviços de saúde, gestão, instituições de ensino, (graduação, pós-graduação, residências em saúde) e controle social do estado de Pernambuco.

3.2 Da autoria:

3.2.1

Poderão submeter experiências: profissionais e residentes dos serviços de saúde, profissionais da gestão, de instituições formadoras e membros ligadas ao controle social (conselhos de saúde e movimentos sociais).

3.2.2

O número máximo de autores por capítulo está limitado a (6) seis. A partir desse número é preciso apresentar uma justificativa que será analisada pela equipe editorial. A autoria implica assumir publicamente a responsabilidade pelo conteúdo do trabalho submetido à publicação.

3.2.3

Cada autor poderá submeter até 03 experiências (como autor principal e co-autor).

3.2.4

É considerado autor quem: a) participou de elaboração do texto; b) participou da discussão dos resultados; e c) participou da revisão e da aprovação da versão final do trabalho.

3.3 Da submissão:

3.3.1

As experiências deverão ser encaminhadas pelo link

<https://docs.google.com/forms/d/1BxIbnWLDMD2V7rjhUwNUkgWa6ON43ARJciqg3Jmbzqs/prefill> , preenchendo o questionário e anexando os arquivos solicitados, como Termo de Autorização de Publicação de Texto em Obra Coletiva (Anexo II) com as informações de todos os autores, e a Declaração de Ciência da gestão local/regional/estadual, assinada e escaneada, em papel timbrado, em formato PDF (Anexo I); 3.3.2 Os dados dos autores deverão ser informados em campo específico do formulário de submissão e incluem: 3.3.2.1 Identificação do autor principal (nome completo sem abreviações), formação profissional, vínculo institucional (secretaria de saúde, unidade de saúde, instituição de ensino, departamento, conselho de saúde, etc), endereço institucional completo para correspondência, telefones (fixo e celular) e apenas um e-mail (preferencialmente institucional). 3.3.2.2 Identificação dos Coautores (nome completo sem abreviação), formação profissional, vínculo institucional (secretaria de saúde, unidade de saúde, instituição de ensino, departamento, conselho de saúde, etc), e-mail (preferencialmente institucional). 3.3.3 Em texto com dois autores ou mais devem ser especificadas as responsabilidades individuais de cada um na preparação do manuscrito, incluindo os critérios de autoria previstos no item 3.2.4. 3.3.4 Em caso do autor ser aluno de graduação, deve-se informar o curso. 3.3.5 Em caso de pesquisa com seres humanos, deverá ser anexado copia da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 466/2013, do Conselho Nacional de Saúde, ou a Resolução nº 510/2016, que trata das especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais. 3.3.6 As informações sobre instituições que apoiaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas não preenchem os critérios de autoria, também podem ser incluídas no formulário, em campo específico. 4. DOS PRAZOS 4.1 As produções deverão ser submetidas no período entre 14 de dezembro de 2017 e 19 de fevereiro de 2018. 4.2 As demais etapas estão contidas no Cronograma, no item 8 deste chamamento. 4.3 As produções que não seguirem as orientações e os prazos estipulados neste chamamento serão rejeitadas. 5. DOS EIXOS PARA A SUBMISSÃO DAS EXPERIÊNCIAS 5.1 Os trabalhos submetidos devem ser guiados pelos eixos temáticos, que servem como norteador para os relatos das experiências em Educação Permanente em Saúde desenvolvidas no estado de Pernambuco. 5.1.1 EIXO 1 – Trabalho e Educação em Saúde: experiências relacionadas à formação dos profissionais da área da saúde no SUS; formação continuada e educação permanente; metodologias ativas na formação de trabalhadores de saúde; integração

ensino/serviço/comunidade; experiências inovadoras nos projetos pedagógicos dos cursos de graduação em saúde com ênfase em Educação Permanente em Saúde; políticas de educação e saúde: Telessaúde, PET-Saúde, Pró-Saúde, etc.; residências em saúde; sujeitos e singularidades na produção do cuidado em saúde; desafios da interdisciplinaridade no cotidiano do trabalho; articulação entre trabalho, educação, cultura, e arte; outros temas relevantes no eixo. 5.1.2 EIXO 2 – Gestão: experiências relacionadas à gestão/gerenciamento de serviços de saúde; organização do trabalho em saúde; trabalho em equipe; dimensões ético-políticas das relações de trabalho; e outros temas relevantes que articulem gestão com a Educação Permanente em Saúde e Implantação das Políticas de Educação Permanente Regional (CIES, Núcleo de Educação Permanente, etc). 5.1.3 EIXO 3 – Controle Social e Participação Popular: experiências relacionadas à participação e/ou representação no controle social; colaboração/participação em movimentos sociais; educação popular em saúde; participação popular na educação e nos serviços de saúde na perspectiva da educação permanente em saúde; ações ou estratégias de educação ou produção do cuidado em saúde que envolvam diretamente ou sejam protagonizadas pelo controle social ou movimentos sociais.

6. ORIENTAÇÕES GERAIS PARA AS PRODUÇÕES TEXTUAIS

6.1

As narrativas são livres, fruto das vivências e experiências de seus autores, de acordo com as orientações contidas nesse chamamento.

6.2

Os textos devem ser apresentados em Word, fonte Arial tamanho 12, espaçamento 1,5, justificado, margem superior (3,0cm), margem direita (2,0cm), margem inferior (2,0cm), margem esquerda (3,0cm), respeitando-se o número máximo 3 mil palavras, podendo conter gráficos, tabelas e imagens (até quatro no total).

6.3

As normas textuais para submissão das experiências devem seguir orientação contidas no Instrutivo de Submissão de Textos, no site <http://cies-pernambuco.blogspot.com.br/>. Outras questões que não estejam no instrutivo, seguir normas da ABNT.

6.4

Os textos devem ter coerência textual, e estar de acordo com as normas gramaticais.

6.5

Os textos que foram aprovados no Comitê de Ética devem informar apenas o número do processo, apresentando-o no final do texto, antes das referências.

6.6

No conteúdo do relato deverá conter, sempre que possível, as seguintes informações (na ordem e da maneira que os autores julgarem mais adequada, não necessariamente devendo o texto vir organizado nesses tópicos).

6.6.1

Período e local em que a atividade foi realizada.

6.6.2

Histórico, como o projeto/experiência nasceu e como ele está funcionando hoje, relatar sobre essas transformações ao longo do tempo.

6.6.3

Área

geográfica (Distrito Sanitário, Microrregião, Distrito de Saúde, Regional de Saúde, etc). 6.6.4 Serviço ou instituição onde ocorreu ou ocorre a atividade descrita: características da área onde o experiência é desenvolvido (Unidade de Saúde da Família, hospital, policlínica, programa de residência, conselho de saúde etc.) ou ainda se está vinculado institucionalmente a alguma universidade, identificar parceiros, dentre outros. 6.6.5 Justificativa e objetivos (descrever a necessidade de realizar a experiência ou atividade e quais objetivos do mesmo). 6.6.6 Público alvo (a quem se destina a experiência: profissionais de saúde, comunidade, usuários do SUS, mulheres, crianças, dentre outros). 6.6.7 Pessoas envolvidas no desenvolvimento do projeto - graduandos, profissionais de saúde, residentes, gestores, usuários etc. 6.6.8 Resultados esperados e/ou alcançados (o que a experiência já conseguiu de seus objetivos e/ou outros desdobramentos e reflexões). 6.6.9 Perspectivas ou considerações finais (visão geral sobre a experiência, desafios e possibilidade de continuação do projeto/atividade). 6.7 É de responsabilidade dos autores a revisão ortográfica das experiências submetidas. 7. CRITÉRIOS PARA ANÁLISE E PUBLICAÇÃO 7.1 Todo manuscrito submetido à este chamamento passará por uma triagem inicial para verificar se está dentro dos critérios estabelecidos para identificar pendências na submissão e documentação, incluindo identificação de plágio e auto-plágio. 7.2. O texto cuja submissão for confirmada segue para revisão por pares (duplo-cego), no mínimo por dois avaliadores. O material será devolvido ao autor, caso os revisores sugeriram pequenas mudanças e/ou correções. Neste caso, caberá uma nova rodada de avaliação do manuscrito revisto. 7.2.1 Em caso de divergência de pareceres, o texto é encaminhado a um novo relator, para arbitragem. 7.3 Os trabalhos submetidos serão analisados pela equipe editorial do livro e devem atender integralmente as exigências deste chamamento. 7.4 Serão considerados os seguintes critérios pelos avaliadores na análise dos trabalhos: 7.4.1 Clareza e objetividade na apresentação escrita. 7.4.2 Relevância da experiência para o SUS e contribuição para a educação permanente em saúde. 7.4.3 Alinhamento aos princípios e diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. 7.4.4 Reprodutibilidade em contextos similares. 7.4.5 Coerência e profundidade da experiência. 7.4.6 Domínio da literatura pertinente. 7.4.7 Relevância do problema, do objeto e dos objetivos. 7.4.8 Pertinência do problema, do objeto e dos objetivos. 7.4.9 Clareza e objetividade da apresentação dos resultados. 7.5 A decisão final de aceite do manuscrito é do corpo editorial. 8. CRONOGRAMA ETAPA DATA Publicação do chamamento 13/12/2017

Período para submissão dos textos 14/12/2017 a 19/02/2018 Resposta do corpo editorial* 13/04/2018 Data final para recebimento da versão final dos autores. 30/04/2018

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

9.1 Os autores, ao submeterem seus relatos, tornam-se responsáveis pela fidedignidade e legitimidade das informações inseridas no formulário de submissão, respondendo por quaisquer questionamentos relacionados ao seu uso. A inscrição implica em concordância com todas as condições previstas nesta Chamada.

9.2 Em caso de dúvidas a respeito desse chamamento, entrar em contato com a Diretoria Geral de Educação em Saúde através do número: 3184-0032 ou email: livroedupermanente@gmail.com

ANEXO I DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA Eu (REPRESENTANTE LEGAL MUNICÍPIO, GERES OU HOSPITAL), secretário municipal/gerente ou diretor de (NOME DO MUNICÍPIO, GERES OU HOSPITAL), declaro estar ciente da submissão da experiência (TÍTULO DA EXPERIÊNCIA), no livro intitulado Experiências em Educação Permanente em Saúde no Estado de Pernambuco: formação que se constrói em rede, organizado pela Diretoria Geral de Educação em Saúde por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SEGTES), bem como, concordo com os requisitos estipulados no respectivo chamamento. Atesto, para os devidos fins, a veracidade dos dados relativos à experiência inscrita. Município, (dia) de (mês) de 2017. ASSINATURA NOME DO REPRESENTANTE LEGAL

ANEXO II TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PUBLICAÇÃO DE TEXTO EM OBRA COLETIVA Pelo presente termo de autorização para publicação, conforme disposto na Lei Federal nº 9.610, de 19/12/1998, eu (nós) _____

RG _____

_____,
CPF _____

_____, autorizo(amos) a partir desta data, em caráter exclusivo e isento de qualquer ônus, o uso do texto intitulado _____

_____, para publicação da obra coletiva, intitulada “Experiências em Educação Permanente em Saúde no Estado de Pernambuco: formação que se constrói em rede”, a ser organizada pela Diretoria Geral de Educação em Saúde por meio da Secretaria de

Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SEGTES), sendo autorizada a edição e distribuição gratuita. Pela publicação não receberei qualquer renumeração, pagamento ou indenização, dando assim quitação dos direitos autorais em virtude de sua divulgação. Por estar de acordo antecipado com as condições, respondo a presente mensagem eletrônica, anuindo com os termos expostos para que surta os efeitos legais necessários. Todos os autores são responsáveis pelos conceitos e ideias nele emitidos conforme os princípios éticos vigentes. Declaram que a obra a ser publicada não infringe quaisquer direitos de propriedade intelectual de terceiros. O(s) autor(es) declara(m) que a obra entregue é original e de sua autoria.

Ciente e de acordo:

_____, ____/____/____

Local e data

Assinatura