

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DO TRABALHO E DA**  
**EDUCAÇÃO EM SAÚDE - PROGESUS 2010**

**BRUNO COSTA DE MACÊDO**

**POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO  
PERMANENTE EM SAÚDE:  
A EXPERIÊNCIA DE PERNAMBUCO**

**RECIFE**

**2011**

BRUNO COSTA DE MACÊDO

POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM  
SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DE PERNAMBUCO

Monografia apresentada ao Centro de  
Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação  
Oswaldo Cruz, para a obtenção do grau de  
especialista em Gestão do Trabalho e da  
Educação na Saúde.

**Orientadora: Maria Emília Monteiro Higino da Silva**

RECIFE

2011

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

M141p Macêdo, Bruno Costa de.  
Política Nacional de Educação em saúde:  
A experiência de Pernambuco / Bruno Costa  
de Macêdo. - Recife: [s.n.], 2011.  
43 p. ; tab.

Monografia (Programa de Qualificação e  
Estruturação da Gestão do Trabalho e da  
Educação no SUS) - Centro de Pesquisas  
Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz,  
2011.

Orientadora: Maria Emília Monteiro  
Higino da Silva.

1. Educação em saúde. 2. Gestão do  
trabalho em saúde. 3. Política de Saúde 4.  
Sistema Único de Saúde. 5. Pernambuco.  
Silva, Maria Emília Monteiro Higino da. II.  
Título.

---

CDU 337:64

BRUNO COSTA DE MACÊDO

POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM  
SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DE PERNAMBUCO

**Monografia** apresentada ao Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS) do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do grau de especialista.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2011

**BANCA EXAMINADORA**

---

Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque

---

Dra. Maria Emília Monteiro Higino da Silva

RECIFE  
2011

*"Porque assim como não se banha duas  
vezes no mesmo rio, como no preceito  
híndu, um homem de talento nunca bebe  
a mesma cerveja, em cada uma tem um  
novo segredo, uma nova espoleta de  
idéia na espingarda soca-soca do  
juízo..."*

*(Xico Sá)*

MACÊDO, Bruno Costa de. **Política nacional de educação permanente em saúde: a experiência de Pernambuco**. 2011. (Monografia Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

## RESUMO

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde não consiste simplesmente em uma portaria que aloca recursos, mas consiste em um processo político complexo, iniciado antes mesmo da criação do Sistema Único de Saúde brasileiro. Contudo, tamanha sua complexidade, o tema obteve pouco avanço até a instituição da PNEPS e da elaboração de diretrizes que possibilitam uma construção mais participativa e mais atenta às particularidades das várias regiões, estados e municípios do país. Por isso, este trabalho apresenta informações sobre a construção da Política de Educação Permanente em Saúde no estado de Pernambuco até os dias atuais. De ações desarticuladas e desvinculadas da própria PNEPS, que passam, inclusive, pela ausência de informações e/ou registros públicos, a política estadual avança gradualmente, porém, constantemente atravessada por trâmites burocráticos, inerentes ao serviço público brasileiro. Aos poucos, é possível identificar uma organização conduzida e centralizada pelo estado, que contribuiu para o desenvolvimento da temática em todas as suas regiões, arquitetadas, principalmente, sobre o pilar da regionalização e tendo como norte a integralidade da atenção à saúde em Pernambuco.

**Palavras chaves:** Educação em saúde, Gestão do trabalho em saúde, Política de Saúde, Sistema Único de Saúde, Pernambuco.

## LISTA DE QUADROS

Quadro1 - Etapas de Regulamentação da Política Estadual .....	23
Quadro2 - Propostas do PEEPS 2008 para a Educação Permanente .....	24
Quadro3 - Ações da Escola Técnica para a formação profissional em 2009 .....	25
Quadro 4 - Ações previstas em 3 PEEPS .....	34
Quadro 5 - Comparativo entre as ações enfatizadas e propostas de 2 PEEPS .....	35

## LISTA DE SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
MS	Ministério da Saúde
MEC	Ministério da Educação
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
CNS	Conferencia Nacional de Saúde
CNRH	Conferencia Nacional de Recursos Humanos para a Saúde
EPS	Educação Popular em Saúde
EPES	Educação Permanente em Saúde
SGETS	Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
PE	Pernambuco
PEEPS	Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde
GERES	Gerência Regional de Saúde do Estado
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
CIES	Comissão de Integração Ensino-Serviço
ESPPE	Escola de Saúde pública de Pernambuco
PAREPS	Plano de Ação Regional para Educação Permanente em Saúde
CGR	Colegiado de Gestão Regional
ACS	Agente Comunitário de Saúde
IES	Instituição de Ensino Superior

## SUMARIO

1. INTRODUÇÃO .....	10
2. HIPÓTESE .....	12
3. OBJETIVOS .....	13
4. PROCESSO METODOLÓGICO .....	14
5. MARCOS CONCEITUAIS .....	16
5.1. EDUCAÇÃO PERMANENTE .....	16
5.2. O TRABALHO EM SAÚDE .....	18
6. A EXPERIÊNCIA DE PERNAMBUCO .....	22
6.1 A IMPLEMENTAÇÃO DA PNEPS EM PERNAMBUCO .....	23
6.2 O PLANO ESTADUAL: OS CAMINHOS A SEREM PERCORRIDOS .....	25
6.2.1 LINHAS DE CUIDADO .....	27
6.2.2 GESTÃO .....	29
6.2.3 FORMAÇÃO E INTEGRAÇÃO, ENSINO, SERVIÇO E PESQUISA .....	30
6.2.4 FORMAÇÃO PROFISSIONAL .....	31
6.2.5 MOBILIZAÇÃO E CONTROLE SOCIAL .....	31
6.3 ESTRUTURA ALCANÇADA .....	32
6.3.1. PERSPECTIVAS .....	33
7. CONCLUSÃO .....	38
8. BIBLIOGRAFIA .....	41

## 1 INTRODUÇÃO

Desde a promulgação das Leis 8.080 e 8.142, de 19 de setembro de 1990 e de 28 de Dezembro de 1990, respectivamente, existem quatro questões centrais para implementação e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), frequentemente retomadas buscando a sua consolidação: a descentralização, o financiamento, a participação social e os recursos humanos. Destas, talvez, a de maior complexidade sejam os recursos humanos, objeto do nosso estudo. Tal compreensão se faz fundamental na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), uma vez que esta é o resultado de uma extensa e rica experiência brasileira voltada a educação na saúde.

Algumas das experiências em Educação na Saúde realizadas no Brasil como: Projeto Larga Escala (1981), Curso de Atualização em Desenvolvimento de Recursos Humanos (CADRHU) (1987), Desenvolvimento Gerencial em Unidade Básica de Saúde (GERUS) (1990), o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) (1976) e Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS) (1985), destacados por Costa (2006), ambos resultados de um acordo Interministerial entre MEC, MS e OPAS, que impulsionaram a problematização da lógica das políticas de saúde e de recursos humanos da época sendo precursores do Larga Escala e do PROFAE, Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (COSTA, 2006).

Antes disso, já se podiam encontrar referências a elementos que conformam a PNEPS. A 3ª CNS (1963) e a 4ª CNS (1967), que já trouxeram conceitos para a educação como processo de desenvolvimento de trabalhadores do nível médio e reafirmaram que tal desenvolvimento deveria gerar, não apenas elementos técnicos, mas deveria gerar consciência de seu trabalho (COSTA, 2006, p.42).

Contudo, neste trabalho discutiremos apenas as ações desenvolvidas no estado de Pernambuco a partir da instituição da PNEPS, em 2004, mas são pontuadas algumas ações de educação na saúde, a partir da 8ª CNS e da instituição do SUS. Principalmente, porque a partir das proposições apresentadas por esta CNS, em 1986, ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRH), que corroborou para dois princípios básicos: a responsabilidade do Estado com a educação e a oferta gratuita do ensino em todos os níveis; e a integração ensino-serviço, como

estratégia central para responder as demandas epidemiológico-sociais do país (SCHOTT, 2008).

A 1ª CNRH deixou claro que a definição de uma política de recursos humanos para a saúde consiste em um grande desafio que extrapola o âmbito da saúde, exigindo ações e políticas intersetoriais que envolvem salários, educação, emprego e trabalho, como reafirma PAIM (1994);(SCHOTT, 2008). E ainda, que antes de qualquer coisa, o SUS deveria ser orientado pelos princípios anunciados na Reforma Sanitária e, portanto, deveria promover a reorientação das políticas do trabalho na saúde, exigindo definições claras de políticas para o setor, baseadas em população e povos reais ([COSTA, 2006](#)).

## **2 HIPÓTESE**

As várias etapas de instituição, regulamentação e elaboração de diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde disparou um processo fragmentado e desarticulado para implementação e desenvolvimento da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Identificar o processo de construção e implementação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde em Pernambuco.

#### **3.2 Específicos**

- Identificar as principais dificuldades do processo;
- Analisar as diferentes etapas da construção;
- Evidenciar as principais ações e seus resultados.

#### 4 PROCESSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo, realizado através de uma pesquisa documental realizada em documentos oficiais, públicos, da gestão estadual de Pernambuco, cedidos pela Diretoria Geral de Educação em Saúde da secretaria de estado de saúde; e de uma pesquisa bibliográfica, através de documentos de domínio científico.

Oliveira (2007) faz uma importante distinção entre essas modalidades de pesquisa. Para essa autora a pesquisa bibliográfica é uma modalidade de estudo e análise de documentos de domínio científico tais como livros, periódicos, enciclopédias, ensaios críticos, dicionários e artigos científicos. Como característica diferenciadora ela pontua que é um tipo de “estudo direto em fontes científicas, sem precisar recorrer diretamente aos fatos/fenômenos da realidade empírica”. Argumenta que a principal finalidade da pesquisa bibliográfica é proporcionar aos pesquisadores e pesquisadoras o contato direto com obras, artigos ou documentos que tratem do tema em estudo: “o mais importante para quem faz opção pela pesquisa bibliográfica é ter a certeza de que as fontes a serem pesquisadas já são reconhecidamente do domínio científico”. Ela se posiciona sobre a pesquisa documental: “a documental caracteriza-se pela busca de informações em documentos que não receberam nenhum tratamento científico, como relatórios, reportagens de jornais, revistas, cartas, filmes, gravações, fotografias, entre outras matérias de divulgação”.

A pesquisa documental é muito próxima da pesquisa bibliográfica. O elemento diferenciador está na natureza das fontes: a pesquisa bibliográfica remete para as contribuições de diferentes autores sobre o tema, atentando para as fontes secundárias, enquanto a pesquisa documental recorre a materiais que ainda não receberam tratamento analítico, ou seja, as fontes primárias. Essa é a principal diferença entre a pesquisa documental e pesquisa bibliográfica. No entanto, chamamos a atenção para o fato de que: “na pesquisa documental, o trabalho do pesquisador (a) requer uma análise mais cuidadosa, visto que os documentos não passaram antes por nenhum tratamento científico”.

Na pesquisa documental, os documentos alvo foram relatórios e registros oficiais, públicos, relativos ao desenvolvimento e implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no estado, considerando como período de estudo de

fevereiro de 2004, data de publicação da Portaria 198 (Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde) até dezembro de 2010.

## 5 MARCO CONCEITUAL

### 5.1 Educação permanente

Originalmente, a proposta de educação permanente surgiu na área da educação e estava relacionada com a necessidade de reorganização produtiva industrial nos anos 30 para redirecionar grandes contingentes de trabalhadores, adultos, para novos postos de trabalho e novas funções à medida que a industrialização e a urbanização se intensificavam. Nos anos 60, tal necessidade cresce e conta com o vigoroso trabalho de diversos educadores, entre eles Pierre Furter, um dos primeiros a reconhecer que haviam várias possibilidades e formulações para a educação permanente (MERHY, FEUERWERKER, CECCI, 2006).

No Brasil, o conceito de Educação Permanente foi consolidado e fundamentado a partir da Educação Popular, que tem como máximo expoente a obra de Paulo Freire (1975 e 1998), iniciada a partir da alfabetização de adultos e seguindo, até a noção de aprendizagem significativa, perpassando princípios que centram a educação como disparador para a conscientização, para a prática da liberdade e para mudança, até a sua produção pedagógica que dialoga com o Oprimido, a Esperança, o Conflito, a Indignação e a Autonomia. Levando os mais diversos atores à discussões conceituais do desabrochar ao murchar de métodos e estratégias para o desenvolvimento de novas práticas (CECCIM, 2005).

Diante disso, é fundamental delimitar esta discussão, tendo em vista o objeto de estudo. Para tanto, usamos como delimitador a designação Educação Permanente em Saúde (EPES) e não apenas Educação Permanente, uma vez que, tal vertente pedagógica, somente na área da saúde, ganha a estrutura de política pública. E ainda, evitando a sigla EPS, que também faz alusão a Educação Popular em Saúde e assumindo EPES como abreviatura para Educação Permanente em Saúde (MERHY, FEUERWERKER, CECCIM, 2006).

Esta estrutura surge a partir da difusão nos anos 80, pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), da proposta de Educação Permanente do Pessoal de Saúde, que reconhecia a complexidade dos serviços e a necessidade da adesão dos trabalhadores, para que os processos educativos partissem de necessidades reais dos

mais diversos contextos e que interagissem com seus saberes e conhecimentos (MERHY, FEUERWERKER, CECCIM, 2006).

Para outros autores, baseados na produção de René Lourau e George Lapassade (Lourau, 1975; Lapassade, 1983appud CECCIM, 2005) a EPES é o resultado do Movimento Institucionalista em Educação, que propôs uma nova noção de Recursos Humanos, a luz da Psicologia Organizacional e da administração, onde o elemento humano compõe um coletivo de produção e, portanto, necessita de dispositivos que garantam que o mesmo se reúna e discuta. Daí, necessariamente, implica a reformulação das estruturas e dos processos de produção, particulares a cada realidade (CECCIM, 2005).

Outros corroboram na direção de uma idéia resultante do encontro de movimentos acadêmicos e de serviços de saúde, que propunham a mudança na formação dos profissionais de saúde e questionavam as fundamentações pedagógicas da educação em serviço, da educação continuada e da educação formal de profissionais de saúde, com o objetivo de criar um cenário de práticas que informam e recriam a teoria acumulada e acabam por recriar a própria prática. Dessa forma, transbordando o acúmulo sistemático de informações do serviço enquanto território para aplicação teórica, a identificação da EPES implica na definição pedagógica para o processo educativo baseado no cotidiano do trabalho e da formação acadêmica em saúde baseada em relações concretas que analisam realidades e permitem construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação das práticas cotidianas (CECCIM, 2005., CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

Nessa perspectiva, Ceccim e Feuerwerker (2004) propõe-se um projeto educativo que tem por objetivo a compreensão de aspectos estruturantes de relações e de práticas em todos os determinantes sociais possíveis, que contribuam para a melhoria da qualidade e da produção de saúde para a população, seja na promoção, prevenção ou recuperação. Partindo da análise de diversas iniciativas do Ministério da Saúde para a formação de trabalhadores para o SUS, elabora um modelo para construir e organizar processos educativos que gerem interação e ação, com o objetivo de operar mudança no trabalho na saúde, pactuar processos, convocar protagonismos e agrupar todos os atores para a re-invenção de uma rotina ética e humanista, acompanhada pelo desempenho técnico profissional e do controle social.

Ensino, gestão setorial, práticas de atenção, controle social – dão forma ao Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde, agrupando e fortalecendo várias

iniciativas criadas ao longo dos 20 anos de SUS, que vislumbram a melhoria do serviço e da produção de saúde e organizadas em programas como os de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits), de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), de Capacitação e Formação em Saúde da Família, de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (Profaf), de Aperfeiçoamento ou Especialização de Equipes Gestoras, de Formação de Conselheiros de Saúde, entre outros. Estações para a reorientação dos modelos e estratégias de cuidado à saúde individual e coletiva, acompanhadas por importantes movimentos sociais como a Reforma Sanitária e mais recentemente a Reforma Universitária, conseguiram provocar as instituições educacionais, questionando o modelo pedagógico e o objetivo da formação desenvolvida, revelando a necessidade constante de re-formar os profissionais egressos para trabalhar no SUS (CECCIM, 2005; CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

Contudo, como é relatado no trabalho de Feuerwerker, Capozzolo, Mishima et al. 2009, que identificou a existência de múltiplas formulações e arranjos para o desenvolvimento de projetos de Educação Permanente em Saúde, isso se deve a dois fatores determinantes para a EPES – a regionalização e a hierarquização – que estão comprometidas com o projeto político da Reforma Sanitária Brasileira, segundo uma ética de planejamento e de gestão descentralizados.

Portanto, ao considerar tal ética, podemos concluir que a expressão “regionalização e hierarquização”, carrega consigo a luta política pela universalização do direito à saúde - acessibilidade e resolutividade; desenvolver ações, atos e serviços de saúde, considerando a cultura e as principais necessidades de cada população e dos seus povos; potencializar ao máximo a capacidade de produção de cuidado e a promoção de saúde em cada nível de atenção (CECCIM E ARMANI, 2002).

## **5.2 O trabalho em saúde**

Segundo Pires (apud RIBEIRO, PIRES E BLANK 2004):

*“trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. (...) O*

*produto é indissociável do processo que o produz;  
é a própria realização da atividade.”*

Para Ceccim e Feuerwerker (2004), a educação permanente em saúde, incorporada ao cotidiano da gestão setorial e da condução gerencial dos serviços de saúde é uma importante estratégia na busca da qualidade dos serviços de saúde e, assim sendo, aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho deve ser o princípio básico para obter avanços na gestão do SUS.

O serviço constitui um componente complexo onde a condução das políticas e do sistema, as gerências setoriais e a organização do conhecimento e dos impasses políticos e sociais, exigem que a atenção, por sua vez, não consista apenas no domínio de habilidades médico-patológicas e de procedimentos protocolados, sem a produção de sentidos na prática do cuidado, seja para o usuário, seja para o profissional.

Novas práticas vêm surgindo com o objetivo de ir ao encontro de uma diretriz constitucional básica, a integralidade do atendimento. Porém, admitindo que existem sérios problemas na formação dos profissionais de saúde, estas práticas encontram grande resistência e se tornam de difícil aplicação. A responsabilização dos profissionais para com os problemas de saúde da comunidade em que trabalha, o acolhimento, o vínculo e o desenvolvimento da autonomia dos usuários são estratégias potentes para a superação das limitações da formação acadêmica e das práticas descomprometidas com os sujeitos. Para isso, é necessário que sejam favorecidos o desenvolvimento de novas habilidades que envolvem a clínica ampliada, integração com a realidade, noções de humanização, trabalho em equipe- e não emprego de equipe- e ações intersetoriais (MERHY, FEUERWERKER, CECCIM, 2006).

Para a realização do cuidado é fundamental que haja a interação entre usuário e profissional, sendo, esta interação o determinante para a qualidade da atenção e da resposta. Contudo, para isso é preciso ir além do procedimento padrão, dos registros e da produtividade. O desenvolvimento de novas práticas e novas tecnologias deve ser constante, provocando também, novos processos de decisão e responsabilidade ética, social e, principalmente, tecnocientífica (CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

Merhy (2005) apresenta as novas tecnologias. Duras: estrutura, equipamentos e medicamentos; Leve-Duras: conhecimentos estruturados como os vários tipos de clínicas, da epidemiologia; e Leves: que consistem nas habilidades/tecnologias

relacionais, que possibilitam a escuta, a comunicação, o estabelecimento de vínculos e o cuidado aos usuários.

Todavia, transitar com clareza entre estas três modalidades exige mais do que conhecimento tecnocientífico, principalmente pelo fato das mesmas crescerem de forma inversamente proporcional aos níveis de atenção. Quanto mais elevado o nível de complexidade de um procedimento, maior a facilidade para o profissional pode se proteger atrás de procedimentos e tecnologias duras, pouco complexas para sua competência técnica. No entanto, quanto menor o nível de complexidade de um procedimento, maior a necessidade de exposição mútua entre profissional e usuário, exigindo, portanto um conjunto de tecnologias variáveis, adaptáveis, ou simplesmente novas, mesmo para realizar um diagnóstico.

Cria-se então um importante complicador ou até impedimento para a realização da atenção integral. Por isso, se torna necessária o desenvolvimento de capacidades para o desenvolvimento de tais tecnologias que orientam, não apenas a relação entre profissional e usuário, mas o trabalho e o desempenho da equipe de saúde, em qualquer nível.

Também, não se deve perder de vista que além de saberes e tecnologias para o cuidado, propriamente dito, existem projetos e convicções político/ideológicas de atenção à saúde, cotidianamente em disputa, normalmente veladas e consolidadas através de processos históricos particulares e distintos. Além do próprio projeto político do gestor, que conta com todo o aparato e recurso institucional (MERHY, 2005).

Colocados alguns dos diversos interesses no trabalho em saúde, torna-se fundamental apresentar estratégias que visem gerar processos de trabalho eficientes, com capacidade de gerar produção de saúde de forma integral, universal e equânime.

A EPES tem por finalidade propiciar o desenvolvimento de situações que gerem coletivos capazes de serem seus próprios co-autores, através de um processo de reinvenção das instituições de saúde e, principalmente, do trabalho. Para o desenvolvimento de novos perfis profissionais é necessário à introdução de novos mecanismos, espaços, temas e, em especial, processos pedagógicos. Princípios institucionalistas propõe como metas, processo de auto-análise, autogestão, implicação e mudança institucional a partir do rompimento com pensamentos instituídos, fórmulas ou modelos e da experimentação com as relações humanas e com o cuidado (FEUERWERKER, CAPOZZOLO, MISHIMA et al., 2009)

Partir de situações que produzem incômodos, podem gerar disposição para a produção de novas práticas e conceitos. Podendo, também, ser o catalizador para a aprendizagem de adultos, segundo a pedagogia crítica e construtivista. Uma situação problemática que não pode ser resolvida através das práticas instituídas, se torna o estímulo necessário para que um adulto procure em realidades alternativas/não convencionais uma solução para problemas que lhe parece importante (MERHY, FEUERWERKER, CECCIM, 2006).

Desse entendimento, contudo, pode surgir um novo impasse, uma vez que tal movimento pode acontecer nos dois sentidos: gestão - equipes e equipes - gestão; e existir trabalho em ambas as direções, evidenciando tensões. Problematizar o processo de trabalho, necessariamente, produz questionamentos de todas as ordens e é nesse momento que fica mais evidente a essência da Educação Permanente em Saúde. Não se trata de um instrumento de gestão de serviços, mas sim de um processo de reformulação, não só da atenção a saúde, mas da gestão e também do controle social. Qualquer projeto intitulado como EPES, que não preveja a democratização dos processos de decisão, o enfrentamento aos problemas identificados e não se proponha a romper com o modo hegemônico de agir em saúde, trata apenas de uma artimanha desarticulada para a captação aleatória de recursos públicos (FEUERWERKER, CAPOZZOLO, MISHIMA et al., 2009).

## 6 A EXPERIÊNCIA DE PERNAMBUCO

No ano de 2004, através da portaria 198 MS/SGETS, de 13 de fevereiro, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que tinha por objetivo organizar para o SUS, uma estratégia de formação e desenvolvimento para seus trabalhadores (Brasil, 2004).

Inicialmente, sustentada na proposta de Pólos ou Rodas de Educação Permanente em saúde, tinha como linha a organização de instâncias locoregionais e interinstitucionais de gestão da EPES, baseadas no quadrilátero composto por gestores estaduais e municipais de saúde; instituições com cursos da área da saúde; trabalhadores da área e controle social (Brasil, 2004). Dessa forma, a partir do segundo semestre de 2004, o Ministério da Saúde, através da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), promoveu a formação do primeiro grupo de facilitadores de EPES em todo Brasil (Ceccin, 2005).

No Estado de Pernambuco, o processo teve início com a realização de oficinas com a participação de diversos atores dos segmentos ligados a saúde, áreas da formação, gestão, atenção, controle social, movimentos populares, conselhos de saúde, COSEMS/PE, entre outros. Reunidos em torno da conformação e acompanhamento dos Pólos de Educação, o coletivo pouco avançou no que diz respeito a discussão sobre os problemas do SUS no estado e não progrediu na construção de um Planos Estadual de EPES ou mesmo de qualquer outra esfera, seja municipal ou regional.

Por isso, alguns projetos de EPES fora desenvolvidos de forma desarticulada e desatrelada a PNEPS, impedindo, portanto, a aquisição de recursos, a articulação entre instituições de ensino, serviço e controle social, em fim, implicou no estancamento da PNEPS no estado (PERNAMBUCO, 2007).

Com a publicação da Portaria GM/MS nº1996, de 20 de agosto de 2007, e a elaboração de novas diretrizes para a PNEPS, o estado de Pernambuco iniciou um processo de reestruturação e organização das ações relacionadas.

Dentre outras coisas, esta portaria define 2 eixos par ao desenvolvimento da PNEPS: a Formação dos Trabalhadores de Nível Técnico no Âmbito do SUS e a Educação Permanente. Prevendo inclusive, alocações orçamentárias específicas para cada eixo, como podemos observar no Quadro 1.

MÊS/ANO	NOV./2007	DEZ./2008	DEZ./2009
MARCO	Aprovado, o PEEPS 2007 – 2008	Aprovado na CIB o PEEPS – 2009	Aprovado na CIB o PEEPS – 2010
R\$ TÉCNICO	R\$1.801.798,92	R\$ 1.805.004,55	R\$ 1.899.072,58
R\$ SUPERIOR	R\$1.261.259, 25	R\$ 1.263.503,18	R\$ 1.329.550,81
RECURSO	3.063.058,17	3.068.507,73	3.228.623,39

Quadro 1 - Etapas de Regulamentação da Política Estadual  
Fonte: PEEPS 2008, 2009 e 2010.

## 6.1 A implementação da PNEPS em Pernambuco

O Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) 2008, aprovado conforme resolução CIB-PE nº1.174 de 12 de novembro de 2007, firmou a esfera estadual, como responsável pela gestão das ações de EPES para todos os municípios da UF e pela gestão dos recursos relativos à Educação Profissional de nível técnico (R\$1.801.798,92) e destinados à Educação Permanente em Saúde (R\$1.261.259, 25). (PERNAMBUCO, 2008).

Aprovado, o PEEPS 2007 – 2008 estabeleceu as propostas destinadas a cada linha de financiamento.

Educação profissional: as ações consistiam em dois objetivos: a Finalização do curso técnico de enfermagem, iniciado em 2006, para 630 servidores, lotados em 4 hospitais estaduais; e a Formação de 180 técnicos em análises clínicas em todo o estado.

Educação permanente: diferente do eixo anterior, o recurso foi fracionado em duas partes destinadas à realização de ações de qualificação/aperfeiçoamento e à divulgação e informação para o fortalecimento da PNEPS no estado.

Para a primeira foram destinados 85% dos recursos (R\$1.072.070,36 aproximadamente), para ações de qualificação/aperfeiçoamento nas GERES, conforme descrito no Quadro 2.

O Restante, 15% do recurso (R\$ 189.188,25 aproximadamente), foi destinado à realização de Seminários Regionais, à criação de espaços municipais para o planejamento e realização de cursos de capacitação e aperfeiçoamento, à elaboração de instrumentos para monitoramento, controle e avaliação dos cursos realizados. Neste momento, surge de forma incipiente o apoio institucional enquanto estratégia para a implementação da PNEPS.

Na perspectiva de Campos (2003, p86), que apresenta o Apoio Paidéia, afirma que o apoio:

*“... reúne uma série de recursos metodológicos voltados para lidar com estas relações entre sujeitos de um outro modo. Um modo interativos, um modo que reconhece a diferença de papéis, de poder e de conhecimento, mas que procura estabelecer relações construtivas entre os distintos atores sociais. Assim a supervisão e avaliação deveriam envolver os próprios avaliados tanto na construção dos diagnósticos como na elaboração de novas formas de agir; ou seja, formas democráticas para coordenar e planejar o trabalho.”*

Os quadros 1 e 2 apresentam as ações propostas no PEEPS – 2008 e os estágios de desenvolvimento:

Ações Programadas
- curso de emergência para auxiliares e técnicos de Enfermagem;
- curso de terapia intensiva para auxiliares e técnicos de Enfermagem;
- curso de controle de infecção hospitalar para auxiliares e técnicos de Enfermagem;
- curso sobre controle das doenças endêmicas do estado de Pernambuco para técnicos da vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental;
- curso de atualização em vigilância epidemiológica para médicos: controle, diagnóstico e tratamento do dengue clássico e febre hemorrágica do dengue;
- atualização em gestão de serviços de saúde para gestores, assessores e equipes da SES e das SMS.

Quadro2. Propostas do PEEPS 2008 para a Educação Permanente.

Fonte: PERNAMBUCO, 2007.

## 6.2 O plano estadual: os caminhos percorridos

Em dezembro de 2008 foi aprovado na o PEEPS – 2009, conforme resolução CIB-PE nº 1.310, que reafirmou a gestão estadual sobre os recursos e o desenvolvimento da política no estado, definindo os recursos específicos para a Escola de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE), nos valores de R\$ 1.805.004,55 para os cursos de formação técnica e R\$ 1.263.503,18, para ações de educação permanente, totalizando o montante de R\$ 3.068.507,73. Tal decisão decorreu, principalmente, de dois fatores: a não criação de CIES em todas as 11 GERES do estado e baixa adesão e não ratificação dos municípios pernambucanos ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que firmou a adesão de Pernambuco ao Pacto pela Saúde, , um conjunto de reformas institucionais que tem por objetivo promover melhorias na qualidade do SUS e a divisão de responsabilidade entre Federação, Estado e Município para a redução de índices negativos de mortalidade e prevalência de doenças. Junto ao estado, apenas 10 municípios pernambucanos aderem ao pacto. (PERNAMBUCO, 2009)

Outro pacto que influenciou o plano estadual de EPES foi o de Redução de Mortalidade Infantil para os estados do Nordeste e Amazônia Legal, que resultou na realização, pela Escola de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE), do curso de Aperfeiçoamento Técnico em assistência Materno-Infantil para técnicos de enfermagem que atuam em maternidades, além da regionalização e ao aumento do número de turmas do Curso de Análises Clínicas e, finalmente, da retomada da complementação do curso Técnico de Enfermagem, iniciado em 2006, a Formação Profissional, conforme descrito no Quadro 3. (PERNAMBUCO, 2009).

<b>Ações</b>	<b>Público alvo</b>	<b>Servidores beneficiados</b>
Curso técnico de enfermagem (*) (complementação)	I geres (Recife) IV geres (Caruaru)	200
Técnico de análises clínicas	I geres (Recife) III geres (Palmares) IV geres (Caruaru)	192
Aperfeiçoamento para cuidador do	I geres (Recife)	39

idoso		
Aperfeiçoamento técnico em assistência materno-infantil	I geres (Recife)	34

Quadro3. Ações da Escola Técnica para a formação profissional em 2009.

Fonte: PERNAMBUCO, 2009.

Nas ações de EPES são priorizadas, tendo como meta dar autonomia às regionais de saúde, na elaboração das ações e na gestão do recurso. Para tanto, o PEEPS elenca duas ações prioritárias, desenvolvidas de forma contínua e paralelas a ações programáticas, até sua efetivação: a constituição e funcionamento das 11 CIES (1 por GERES) e dos seus respectivos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde PAREPS. Para isso:

A) Apresentação da PNEPS aos 11 Colegiados de Gestão Regional (CGR);

Com o objetivo de apresentar a PNEPS aos gestores, esta ação identificou uma importante dificuldade no entendimento dos mesmos sobre os conceitos e objetivos da EPES, gerando uma segunda ação.

B) Seminários Regionais de EPES;

A serem realizados em todas as regionais de saúde, com carga horária de 20h e com o envolvimento dos secretários municipais de saúde, técnicos e gestores da atenção primária, vigilância em saúde, Recursos Humanos/administrativo, representantes da Secretarias Municipais de Educação e Instituições de Ensino com cursos na área de saúde e sede nas Regionais. Com o objetivo de discutir a política e o papel do CGR e da CIES, também deveria iniciar o levantamento que fundamentaria a construção do PAREPS, Plano de Ação Regional para Educação Permanente em Saúde (PERNAMBUCO, 2009).

Neste momento Pernambuco firma, de maneira potente, o apoio institucional como a estratégia norteadora para a apresentação/reapresentação da PNEPS e a realização dos seminários regionais em toda a extensão do estado. Contudo, o objetivo final destes eventos era a produção dos 11 PAREPS, fomentando a regionalização da atenção a saúde e fortalecendo a demanda pela articulação em nível de CGR e a criação das três CIES, ainda inexistentes no estado.

Na Buscava-se a ampliação de capacidade e da autonomia dos atores envolvidos e ampliar a compreensão sobre a proposta e da criação de identidades regionais. A presença de uma pessoa externa ao cotidiano e instrumentalizada para a função de provocar a construção de espaços onde os objetivos institucionais pudessem ser articulados as particularidades, necessidades e interesses envolvidos.

Dessa forma, era possível coordenar uma processo onde a possibilidade do encontro entre gestores e técnicos municipais e estaduais, Instituições de Ensino e Sociedade civil organizada fosse positiva e potente. Criando espaços de reflexão sobre as dificuldades na condução das políticas de saúde a nível de região e de município, onde a análise do exposto facilitasse a proposição de soluções, ampliando assim, a implicação de todos os atores no processo. (BARROS, 2010)

Neste momento, através do apoio institucional e da Diretoria de Educação em saúde, a PNEPS foi apresentada em todos os 11 CGR's, em reuniões ordinárias e extraordinárias, realizadas com única pauta. O resultado dessa articulação foi a realização de 8 seminários regionais que envolveram Secretários Municipais, Técnicos e Gestores da APS, vigilância em saúde, Recursos Humanos/administrativo, representantes da Secretarias Municipais de Educação e Instituições de Ensino com cursos na área de saúde e sede nas Regionais.

Como metodologia para a realização dos Seminários Regionais, a Diretoria Geral de Educação em Saúde e a da Escola de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE), assumindo o apoio institucional como dispositivo pedagógico para contribuir com construção dos planos regionais de EPES, respeitando e partindo das múltiplas realidades do estado e orientadas pela regionalização solidária como caminho para a integralidade, definiram 5 grandes eixos que estruturariam os Seminários e a construção do PAREPS: 1) Linha do Cuidado; 2) Gestão; 3) Formação e Integração Ensino, Serviço e Pesquisa; 4) Formação Profissional e 5) Mobilização e Controle Social (PERNAMBUCO, 2009).

### 6.2.1 Linhas de cuidado

Destinado à construção de processos formativos que contribuam para a integralidade da atenção e a reorganização da gestão e da atenção em linhas de cuidado,

que buscam efetivar as práticas assistenciais e a organização setorial da gestão sob a perspectiva da produção de cuidado, centrado no indivíduo e não apenas no tratamento. Para isso, exige a ressignificação do cuidado e da atenção integral para todos os níveis de atenção, seja nos municípios, nas regionais ou no estado.

Dessa forma, os processos de qualificação foram estruturados a partir da Rede de Cuidado regionais e cada processo formativo desenvolvido em equipes, se adequando a especificações de categorias e dos níveis de formação, certificando especialistas e aperfeiçoamento.

Orientados a partir do Pacto pela Vida e da realidade do SUS-PE, o estado assumiu a Saúde da Criança, a Saúde da mulher, a Saúde do Idoso, a Saúde Bucal, a Saúde Mental e a Urgência e Emergência, como linhas prioritárias para a construção do planos regionais e estadual (PERNAMBUCO, 2009).

A garantia da formação em rede deve ser o estabelecimento de responsabilidades, comprometendo as 3 esferas de governo, através de mecanismos de cooperação técnica, financeira e operacional que garantam a instituição de Linhas de Cuidado condizentes com a realidade e a necessidade das regionais.

Para a inserção dos apoios institucionais da EPES, estas equipes passaram por processos formativos e foram assistidas e orientadas pela Diretoria de Educação em Saúde na construção e desenvolvimento de novas competências para a promoção de cuidado, e de novos processos de trabalho.

As Equipes de Referência de Apoio Institucional da sede da SES e das GERES, foram matriciadas às regionais, com finalidade de apoiar, dar suporte e acompanhar o desenvolvimento dos projetos, apoiando também às equipes de gestões municipais. (PERNAMBUCO, 2009).

*“Os trabalhadores e gestores terão suas próprias situações de trabalho como problema e desafios a serem superados, produzindo reflexões e a busca por soluções aos problemas concretos durante o curso de especialização” (PERNAMBUCO, 2009).*

Baseada no modelo de cursos, a proposta pedagógica partiu da problematização das práticas de trabalhadores e gestores e de casos problemas, apresentados em cada módulo.

Como produto, podemos observar as propostas geradas em duas linhas de cuidado desenvolvidas e contempladas no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS 2009):

### 6.2.2 Gestão

Desde a municipalização da saúde até o processo latente pela regionalização em Pernambuco, houveram grandes avanços na relação entre estado e municípios com a construção de ricos processos de negociação e pactuação, porém, podendo-se observar, em muitos momentos, um baixo grau de responsabilização e qualificação por parte dos gestores, entre outras razões pela fragilidade dos processos de trabalho ocorridos em várias esferas de governo.

Durante a construção do Pacto de Gestão 2006, formalizou-se um compromisso para o fortalecimento das responsabilidades sanitárias entre os níveis de governo, com a meta de garantir atenção às necessidades de saúde da população, tendo por base as competências, os territórios, a organização dos serviços e a gestão do sistema.

No estado, foram elencados os seguintes pontos, considerados de maior ênfase, segundo o PEEPS 2009:

- a) Gestão da Clínica;
- b) Gestão de Redes de Atenção à Saúde;
- c) Qualificação dos Colegiados de Gestão Regional para a atualização em Políticas do SUS e sua aplicação na rede de saúde de Pernambuco;
- d) Gestão do Trabalho;
- e) Qualificação em Gestão Estratégica e Práticas Inovadoras de Gestão no SUS;
- f) Monitoramento e Avaliação de Políticas e Programas de Saúde;
- g) Qualificação dos trabalhadores para o uso estratégico de informações em saúde e Gestão Administrativa e Financeira de Políticas e Programas de Saúde;

### 6.2.3 Formação e integração ensino, serviço e pesquisa.

O Plano de Educação Permanente na Saúde teve como proposta integrar ações acadêmicas e políticas, programas e propostas articuladas na Rede de Cuidado, aglutinado e orientando as ações, buscando estreitar e ressignificar as relações entre serviço e ensino, rompendo com as concepções de um serviço exclusivamente campo de prática muitas vezes aleatórias e desarticuladas da rede; e da concepção de um ensino indiferente à realidade e as necessidades do serviço, dos profissionais e da população. (PERNAMBUCO, 2009)

Diante disso, a ESSPE propôs 3 estratégias à serem planejadas e desenvolvidas entre Serviço e Instituições de Ensino, fortalecendo a Política de Integração Ensino-Serviço.

- Estágios de vivências no SUS para docentes e discentes: Destaque, como estímulo e forma de ampliar a integração, para Unidades que venham desenvolvendo grandes oportunidades de aprendizado para residentes e alunos. “Experiências Exitosas”.

- Garantir a valorização das equipes preceptoras e não apenas do preceptor médico, nas residências. Tornando o serviço formador, em agente vivo e significativa na dinâmica do ensino em serviço, responsável não apenas para formação de profissionais, mas também um parceiro na qualificação da atenção a saúde do estado de Pernambuco (PERNAMBUCO, 2009).

- A formação de um grupo de profissionais, com experiência pedagógica, com objetivo de mediar a relação entre instituições de ensino e o serviço, garantindo o debate pela qualificação do ensino. Assim, foram convidados vários profissionais de áreas e atuações profissionais diversas, mas com experiência com ensino e apoio institucional a fim de articular as agendas propostas pelo plano estadual de educação ensino e serviço (PERNAMBUCO, 2009).

Pontos de ênfase para a gestão:

- a) Formação de preceptorias de residências em saúde;
- b) Qualificação e Aperfeiçoamento em SUS e Educação Permanente em Saúde;
- c) Estágio de vivência na Realidade do SUS para docentes;
- d) Estágio de Vivência na Realidade do SUS para estudantes de graduação;
- e) Pesquisas sobre as necessidades de profissionais de saúde;

- f) Qualificação e Aperfeiçoamento nas CIES;
- g) Articulação das experiências de integração ensino-serviço.

#### 6.2.4 Formação profissional

Os profissionais de nível médio representam em 2009 mais de 60% dos trabalhadores de saúde, sendo ainda, comuns queixas quanto ao desempenho e qualificação dos mesmos.

Outro fator considerado foi a elevada demanda de serviços traumatológicos no estado e a falta de Técnicos especializados em procedimento específicos, resultando na realização indevida por profissionais não habilitados, muitas vezes em desvio de função e sem formação adequada. Contribuindo assim para o número de equipamentos de saúde fora de uso e precocemente sucateados e negligenciando o alto custo das tecnologias, as especificidades dos equipamentos e a dependência institucional de técnicos e serviços terceirizados.

Por isso a Escola de Saúde Pública do Estado de Pernambuco, fortaleceu a estratégia de formação, qualificação e aperfeiçoamento dos profissionais de nível médio, objetivando a modernização das práticas no serviço, a organização da rede e melhoria de atendimento ao usuário. No caso, foram identificados como prioridades a formação de Técnico em Radiologia, Técnico em Manutenção de Equipamentos e Técnico em Prótese Dentária. (PERNAMBUCO, 2009).

#### 6.2.5 Mobilização e controle social

Visando o desenvolvimento de ações pedagógicas que contribuam para o fortalecimento da política em Pernambuco, é central na sua construção trabalhar junto aos conselhos estaduais e municipais de saúde, para transformar a educação permanente num dispositivo capaz de disparar questionamentos, debates e construção de saberes e práticas no controle social, na direção do fortalecimento da regionalização, da

qualificação da rede assistencial, da gestão e do trabalho no SUS, do desenvolvimento de parcerias com instituições de ensino e na qualificação das ações do Pacto pela saúde.

Contudo, percebendo a fragilidade da compreensão e do entendimento de grande parte dos atores envolvidos sobre os fundamentos, as diretrizes, propostas e a gestão da EPES. E admitindo tal fato, como determinante para a efetivação do diálogo com estas representações, são elaboradas duas estratégias:

- Formação de atores do Controle Social do SUS para a Educação Permanente em Saúde;
- Construção das diretrizes da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde para o Controle Social.

### **6.3 A estrutura alcançada**

Para o ano de 2010, o Plano Estadual de Educação Permanente, aprovado resolução CIB-PE nº 1.407 de dezembro de 2009, firmou novamente a gestão estadual dos recursos do MS para a EPES, definidos pela Portaria GM/MS Nº. 2.953, de 25 de novembro de 2009 (R\$ 1.899.072,58 para Educação Profissional de nível técnico, e R\$ 1.329.550,81 para Educação Permanente em Saúde). (PERNAMBUCO, 2010)

Ao final do 1º semestre de 2010 foram instituídas 3CIES's, não concluídas em 2009, que, além de devidamente aparadas e legitimadas por seus regimentos internos, apresentaram seus respectivos PAREPS.

Com a implementação de todos os PAREPS do estado e a homologação do mesmo em CIB, com exceção de 3 regionais (III – Palmares e II Limoeiro) que não foram aprovados em CGR's devido ao estado de calamidade pública declarado em decorrência de intensas chuvas na região. Em setembro foi realizado o Seminário Estadual que reuniu representantes de todas das 11 CIES, garantindo a representação de todos os seguimentos que às compunham e da Diretoria de Gestão da Educação na Saúde (DGES) do MS, e representantes da Diretoria de Gestão da Educação na Saúde (DGES) do MS. (PERNAMBUCO, 2010)

Como objeto deste encontro a reformulação da CIES – Estadual, vinculada a CIB, que instituiu uma nova representação, onde cada CIES – Regional passaria a contar com 2 representações na composição estadual, além da Diretoria Geral de

Educação em Saúde, a gerência da ESPPE, um representante da rede hospitalar estadual, um do Conselho Estadual de Saúde (CES) e um representante da Gestão Estadual da Educação (PERNAMBUCO, 2010).

A partir da nova composição e devidamente respaldada por regimento interno, a CIES – Estadual discutiu e definiu o financiamento e o repasse dos recursos e apresentou o PEEPS 2010 – 2011 que, considerando a urgência da apresentação do mesmo para a obtenção de recursos, definiu suas ações com base nas necessidades e propostas comuns a maioria das regionais, a viabilidade e o impacto das mesmas para a melhoria do SUS.

A ESPPE, com o foco nas formações do nível técnico, deu continuidade e concluiu as 8 turmas do curso Técnico de Enfermagem, iniciadas em 2006 e que estavam suspensas, deu seguimento as 6 turmas do Curso Técnico de Análise Clínicas, com previsão de formação da primeira turma no primeiro semestre de 2011. (PERNAMBUCO, 2010)

Sendo assim, até dezembro de 2010, Pernambuco concluiu 22 turmas do curso de Aperfeiçoamento Técnico em Assistência Materno-Infantil para técnicos de enfermagem que atuam em maternidades, dos 26 municípios priorizados no Pacto, representando 433 alunos formados, 1 turma de aperfeiçoamento para Cuidador do Idoso, com 30 alunos. E ainda, iniciou 2 turmas do curso de aperfeiçoamento técnico em UTI neonatal, num total de 10 turmas, o que representará 298 alunos formados e concluiu a turma de aperfeiçoamento para Cuidador do Idoso, com 30 alunos. Além da conclusão dos processos licitatórios para a contratação dos cursos de urgência e emergência, previstos no PAREPS 2009 para a Diretoria de EPS. (PERNAMBUCO, 2010)

### 6.3.1 Perspectivas:

Para 2011, o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde foi construído a partir dos eixos estruturados no PEEPS 2010 e dos PAREPS. O Quadro 4, nos permite visualizar as propostas de ações contidas em 3 planos de diferentes anos e podemos observar a continuidade das mesmas, ou mesmo a dificuldades em realizar cada ação, já

que a Conclusão do Curso técnico de enfermagem esta presente nos 3 planos em virtude das dificuldades legais.

2007 - 2008	2009 - 2010	2010 - 2011
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conclusão do Curso técnico de enfermagem;</li> <li>- Curso técnico de análises clínicas;</li> <li>- Técnico em citologia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conclusão do Curso técnico de enfermagem;</li> <li>- Curso técnico de análises clínicas;</li> <li>- Aperfeiçoamento para cuidador do idoso;</li> <li>-Aperfeiçoamento técnico em assistencia materno-infantil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conclusão do Curso técnico de enfermagem;</li> <li>- Curso Técnico em Análises Clínicas</li> <li>- Curso de Qualificação de Cuidador do Idoso</li> <li>- Curso de Aperfeiçoamento Técnico em Assistência Materno-Infantil</li> <li>- Curso de Aperfeiçoamento Técnico em Cuidado Intensivo Neonatal</li> </ul>

Quadro 4 – Ações previstas em 3 PEEPS.

No Quadro 5, podemos comparar as ações enfatizadas no Plano 2010 e as propostas do Plano 2011 e observar a semelhança, o que sugere a eficiência do modelo de apoio institucional que acompanhou a formação das CIES e a construção dos PAREPS.

	2009	2010
<b>Linha de Cuidado</b>	<p>Os processos de qualificação deverão ser estruturados a partir da Rede de Cuidado. Cada processo formativo é desenvolvido em equipes, com carga-horária que variam conforme especificações das categorias e dos níveis de formação. Profissionais de nível superior são certificados como especialistas e os de nível médio e técnico como aperfeiçoamento. Linhas de cuidado priorizadas no Pacto pela vida, e no SUS Pernambuco: Saúde da Criança; Saúde da Mulher; Saúde do Idoso; Saúde Bucal; Saúde Mental; Urgência e Emergência, dentre outras.</p>	<p><b>PROPOSTAS:</b></p> <p>Curso de especialização e Aperfeiçoamento em saúde da família: ênfase em linha de cuidado para profissionais de nível superior e nível médio da atenção primária;</p> <p>Curso para o ACS - 1ª Etapa formativa;</p> <p>Curso de especialização e aperfeiçoamento em saúde mental para nível médio e nível superior;</p> <p>Aperfeiçoamento em saúde da mulher para profissionais de nível médio e superior da Rede de saúde e dos Cantos Mãe Coruja</p> <p>Qualificação em atendimento Pré-hospitalar para as ESF e profissionais da média complexidade;</p> <p>Especialização e curso técnico em saúde do trabalhador para profissionais de nível superior e nível médio inseridos na saúde do trabalhador;</p> <p>Qualificação em Acolhimento e Classificação de Risco para profissionais da média e alta complexidade;</p> <p>Especialização em Obstetrícia para médicos e enfermeiros da Rede de saúde;</p>
<b>Gestão</b>	<p>Pontos, considerados de maior ênfase:</p> <p>Gestão da Clínica;</p> <p>Gestão de Redes de Atenção à Saúde;</p> <p>Qualificação dos Colegiados de Gestão Regional para a atualização em Políticas do SUS e sua aplicação na rede de saúde de Pernambuco;</p> <p>Gestão do Trabalho;</p> <p>Qualificação em Gestão Estratégica e Práticas Inovadoras de Gestão no SUS;</p> <p>Monitoramento e Avaliação de Políticas e Programas de Saúde;</p> <p>Qualificação dos trabalhadores para o uso estratégico de informações em saúde;</p> <p>Gestão Administrativa e Financeira de Políticas e Programas de Saúde;</p>	<p><b>PROPOSTAS:</b></p> <p>Qualificação dos Colegiados de Gestão Regionale CIES para a atualização em Políticas do SUS e sua aplicação na rede de saúde de Pernambuco;</p> <p>Aperfeiçoamento em Gestão do Trabalho para profissionais e gestores com inserção na gestão do trabalho;</p> <p>Gestão Administrativa e Financeira de Políticas e Programas de Saúde para gestores e técnicos administrativo-financeiros da SES, GERES (gerências regionais de saúde) e secretarias municipais ;</p> <p>Curso de Qualificação de gestores do SUS;</p>

<b>Formação e integração ensino, serviço e pesquisa</b>	<p>Pontos de ênfase para a gestão:</p> <p>Formação de preceptoria de residências em saúde;</p> <p>Qualificação e Aperfeiçoamento em SUS e Educação Permanente em Saúde;</p> <p>Estágio de vivência na Realidade do SUS para docentes;</p> <p>Estágio de Vivência na Realidade do SUS para estudantes de graduação;</p> <p>Pesquisas sobre as necessidades de profissionais de saúde;</p> <p>Qualificação e Aperfeiçoamento nas CIES;</p> <p>Articulação das experiências de integração ensino-serviço.</p>	<p><b>PROPOSTAS:</b></p> <p>Cursos temáticos para preceptores da rede ( graduação e residências);</p> <p>Seminário para discussão das estratégias de integração ensino-serviço com as Instituições formadoras e rede de saúde;</p> <p>Seminário para discussão do cenário das residências em saúde em Pernambuco;</p>
<b>Formação Profissional</b>	<p>Prioridades:</p> <p>Técnico em Radiologia;</p> <p>Técnico em Manutenção de Equipamentos;</p> <p>Técnico em Prótese Dentária;</p>	<p><b>PROPOSTAS:</b></p> <p>Curso Técnico em saúde Bucal : primeira etapa formativa (Auxiliar em Saúde Bucal);</p> <p>Curso de Técnico em Vigilância em Saúde;</p> <p>Curso de Técnico em Citopatologia;</p> <p>Curso de Técnico de Enfermagem;</p>
<b>Mobilização Social</b>	<p>Ênfases:</p> <p>Formação de atores do Controle Social do SUS para a Educação Permanente em Saúde;</p> <p>Construção das diretrizes da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde para o Controle Social.</p>	<p><b>PROPOSTAS:</b></p> <p>Curso de Aperfeiçoamento para conselheiros de saúde municipais e Estadual sobre SUS, com ênfase no controle social: bases legais, atribuições, funcionamento, financiamento, redes de atenção, políticas de saúde;</p> <p>Realização de fóruns com temas na área do controle social em saúde para divulgação sobre a política para pessoas interessadas;</p>

Quadro 5 - Comparativo entre as ações enfatizadas e propostas de 2 PEEPS

Fonte: PERNAMBUCO, 2010.

As ações tem se dado de forma linear, estruturadas ano após ano, porém ainda permanecem as dificuldades para o desenvolvimento de ações, principalmente, de EPES, seja pela dificuldade dos municípios, seja pela estrutura burocrática, encarregada de conceder morosidade às iniciativas. As propostas amadureceram na medida em que o

próprio conceito de EPES tomou forma, ou formas, para os municípios e para os próprios atores envolvidos na construção. Talvez, um dos maiores avanços para a política estadual, tenha sido a construção de todos os planos, desde a portaria GM/MS 1.996, de agosto de 2007, quando o primeiro PEEPS alinhou as iniciativas de PE às diretrizes nacionais, favorecendo a desenvolvimento da PNEPS em todo o estado, inclusive, garantindo recurso, de maneira que todas as regiões do estado tenham sido envolvidas e, minimamente, estruturadas. Tal iniciativa potencializou os efeitos da política no estado, garantindo que os municípios adquiram um acúmulo técnico mínimo sobre a proposta e conduzam as ações de forma regionalizada, voltada à população e as suas necessidades particulares. Municípios conduzindo uma política de forma regionalizada e não vários municípios, captando recursos aleatoriamente, ou independente dos demais, como se suas redes de saúde fossem auto-suficientes. Esse modelo acaba privilegiando, principalmente, municípios pequenos que sofrem com a ausência de profissionais, de equipamentos de média e alta complexidade, além de dar suporte aos municípios mais estruturados, que sofrem com a demanda gerada pela precariedade dos serviços de saúde nas regionais, de modo geral.

## 7 CONCLUSÃO

A construção da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde consiste em um processo dinâmico, organizado através da esfera estadual, perante a dependência administrativa dos municípios e das regionais, pelo menos quanto a EPES.

Apesar da instituição da PNEPS em 2004 e a implementação dos Pólos de Educação Permanente como estratégia norteadora para o desenvolvimento das ações de EPES, Pernambuco, somente conseguiu avançar, três anos depois, após as novas diretrizes para implementação. Diante disso, supõe-se que isso tenha gerado um atraso importante no que diz respeito ao desenvolvimento da PNEPS, que até o presente momento se dá de forma duas formas, quase que independentes: a ESPPE, responsável pela formação de nível médio, e as ações de EPES, que devem gerar ações voltadas à formação de profissionais de nível superior.

Não cabe a este trabalho analisar a complexidade das tarefas, contudo, é importante observarmos as diferenças e particularidades de cada linha - uma é direcionada a formação técnica e tem a responsabilidade, dentre outras coisas, de atender a uma necessidade reprimida, carecida de profissionais mais qualificados e mais capazes de atender cada indivíduo, ou garantir que os mesmo sejam atendidos e usufruam do serviço. Tal realidade, a muito enfrentada por diversos programas já citados anteriormente, é realimentada a medida que os conhecimento e a tecnologia em saúde avançam e exige profissionais familiarizados. Entendendo esta necessidade, a formação técnica tem consistido na disponibilização de atividades formadoras, ainda com conceitos de educação continuada, mas introduzindo, através das capacitações pedagógicas com os docentes e monitores, a discussão de metodologias ativas, entendendo a integração ensino-serviço como prática pedagógica estruturante dos processos de formação de trabalhadores da Rede SUS como técnicos de nível médio. Outro complicador é a pontualidade dos cursos - mesmo que admitindo que exista um planejamento de qualidade, a execução dos mesmos ocorreu de forma desorientada, desenvolvidos tão quanto seja possível, seja por dificuldades orçamentárias, burocráticas, ou de qualquer outra ordem. Dessa forma, a execução de um plano de educação permanente em saúde, tem de arbitrar entre necessidades distintas e utilizar de recursos mais próximos aos conceitos de EPES e as necessidades crônicas do serviço.

Diferentemente, as ações de EPES têm consistido, principalmente, no planejamento e estruturação das redes regionais, buscando articular as gestões municipais entre si; e entre as instituições de ensino e controle social. Ações estas de mensuração mais complexa, que exigem uma percepção qualitativa e atenta as múltiplas necessidades da formação profissional. A elaboração dos PAREPS, a articulação das CIES e o envolvimento dos CGR's em torno da política, por si podem consistir em uma ação de EPES, que deverá gerar novas formas de gestão da saúde e dos processos de educação. Todavia, ao analisar as propostas do PEEPS, pode-se observar a predominância de ações pontuais, encabeçadas por especializações e processos formativos tradicionais orientados por linhas de cuidado. Em momento algum se questiona a necessidade de tais eventos, contudo, estes podem tornar-se finalidades e não meios, reféns das fragilidades e particularidade dos momentos políticos. Isso ocorre à medida que as relações entre Serviço e IES consistirem na contratação destas por aquelas, para a execução de uma determinada demanda, implodindo, portanto, um dos principais pilares da EPES, a integração ensino-serviço. Possivelmente, espaços como foro e colegiados deliberativos, uma vez priorizados poderiam gerar novos processos que alcancem um objetivo central que é a reorganização do serviço e dos processos de trabalho, discutidos e construídos no cotidiano entre assistência – gestão – IES – controle social.

Naturalmente, existem obstáculos na estrutura que vem sendo perpetuada na organização do SUS, que conspiram contra o modo dialógico. Esse obstáculos devem ser reconhecidos, analisados e enfraquecidos, até que seja possível a sua total supressão e estratégias de co-gestão assumam seu lugar, erguidas a partir do reconhecimento do papel de todos os sujeitos. Novos arranjos organizacionais que busquem reduzir a fragmentação na condução das políticas de saúde entre as três esferas de poder. Para que a regionalização se torne efetiva, é importante não somente se facilitar a comunicação entre gestores, como também montar uma rede que produza compartilhamento sincrônico e diacrônico de responsabilidades pelo desenvolvimento e implementação dos serviços e ações de saúde. O papel de cada instancia e de cada ator deve ficar clara. Alguém deve se responsabilizar pela continuidade de uma construção lógica, composta, também, pela contribuição de cada ator envolvido. Papel normalmente ocupado por equipes de referência. (CAMPOS e DOMITTI, 2007)

Por fim, fica clara a necessidade de um consistente e vital equilíbrio entre as diferentes demandas e ações possíveis, que devem ser construídas e planejadas com

vistas à modificação e melhoria dos serviços de saúde, seja nas carências técnicas, seja nos processos organizacionais sustentados no desenvolvimento de novas práticas de cuidado e centrados na integralidade e pelo fortalecimento do SUS.

## 8 BIBLIOGRAFIA

BARROS, S. C.M.; DIMENSTEIN, M. O apoio institucional como dispositivos de reordenação dos processos de trabalho na atenção básica. **Estudos em psicologia**, a.10, n.1, p.48-67. Disponível em:

<<http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a05.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2010.

BRASIL. Decreto nº 4.726, de 9 de fevereiro de 2003. Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1270](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1270)> Acesso em: 07 dez. 2010.

BRASIL. **Resolução nº 335, de 27 de novembro de 2003**. Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1270](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1270)> Acesso em: 07 dez. 2010.

BRASIL. **Portaria nº 2.970, de 25 de novembro de 2009**. Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1270](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1270)>. Acesso em: 07 dez. 2010.

BRAVIN, F. R., **Política e Ação Pública: Análise da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. [Dissertação de Mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília, Instituto de Ciências Humanas; 2008. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf)>. Acesso em: 07 dez. 2010.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma meto-dologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis** [online]. 2004, vol. 14, n. 1. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312004000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312004000100004&script=sci_arttext)>. Acesso em: 07 dez. 2010.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B. **Gestão da educação em saúde coletiva e a gestão do Sistema Único de Saúde**. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (Org.). Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Dacasa, 2002, p. 143-161.

CECCIM, R.B. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário**. Interface (Botucatu) [online]. 2005, vol.9, n.16, pp. 161-168. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/revista16/debate1.pdf>>. Acesso em: 17 dez. 2010.

COSTA, P.P., **Dos projetos à política pública: reconstruindo a história da educação permanente em saúde** [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2006. Disponível em:

<<http://bvssp.iciet.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=1880>>. Acesso em: 11 dez. 2010.

FEUERWERKER, L. C.M., CAPOZZOLO, A., MISHIMA, S. et al. **Relatório de Pesquisa ao CNPQ: Educação Permanente em Saúde pede passagem: ecos de uma política nacional. Ribeirão Preto, São Paulo, Campinas, 2009.**

MERHY, E.E ; FEUERWERKER, L.C.M.; CECCIM, R.B., **Educación Permanente en Salud. Salud Colectiva**, v. 2, p. 147-160, 2006. Disponível em <[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652006000200004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652006000200004&script=sci_arttext)>. Acesso em: 22 dez. 2010.

MERHY, E. E. **O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação.** Interface (Botucatu) [online]. 2005, vol.9, n.16, pp. 161-168. Disponível em <<http://www.interface.org.br/revista16/debate1.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2010.

MARCONI, M. de A., LAKATOS, E.M. **Metodologia do trabalho científico.** 7.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

\_\_\_\_\_. **Técnicas de pesquisa.** 6.ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MERHY e ONOCKO (orgs.). **Agir em Saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec; 1997. Pág. 71-112.

NICOLETTO, S.C. S., MENDONÇA, F. F., BUENO, V.L. et al. **Polos de Educação Permanente em Saúde: uma análise da vivência dos atores sociais no norte do Paraná.** Interface (Botucatu) [online], v.13, n.30, p.209-19, jul./set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a17.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2010.

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS – NEPP / UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP: **“Formação de Profissionais para a Saúde da Família: Avaliação dos Pólos de Capacitação,** Formação e Educação Permanente de Pessoal para o PSF” – Projeto MS/395-00. NEPP/UNICAMP, Agosto de 2001. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/geral/concepcao\\_polos.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/concepcao_polos.pdf). Acesso em: 22 dez. 2010.

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS. Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP: **“Formação de Profissionais para a Saúde da Família: Avaliação dos Pólos de Capacitação,** Formação e Educação Permanente de Pessoal para o PSF” – Etapa 2: SÍNTESE DOS RESULTADOS – Projeto MS/395-00. NEPP/UNICAMP, Agosto de 2001. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/geral/avaliacao\\_dos\\_polos\\_etapa2.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/avaliacao_dos_polos_etapa2.pdf)>. Acesso em: 11 dez. 2010.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa.** Petrópolis, Vozes, 2007.

PAIM, J.S. **Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos.** São Paulo: USP, 1994.

PAIM, J.S. **Saúde, Política e Reforma Sanitária.** Salvador: ISC, 2002.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação. **Plano Estadual De Educação Permanente em Saúde 2007-2008**. Pernambuco, 2007.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação. **Plano Estadual De Educação Permanente em Saúde 2009**. Pernambuco, 2008.

PERNAMBUCO. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO. **Plano Estadual De Educação Permanente em Saúde 2010-2011**. Pernambuco, 2010.

RIBEIRO, E.M., PIRES, D., and BLANK, V.L.G. **A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família**. Cad. Saúde Pública [online]. 2004, vol. 20, n. 2, p. 438-446. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/11.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2010.

SCHOTT, M. **Análise das Instâncias Gestoras Constituídas na Implementação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde no Estado do Rio de Janeiro**. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2008. p.3 a 19. Disponível em: <http://bvssp.iciet.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=1399>. Acesso em: 11 dez. 2010.

SOUZA JÚNIOR, J. C. A; LUCENA, R. M. **Fixação dos profissionais de saúde em municípios de Pernambuco: um problema para a municipalização**. Monografia (Especialização) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Recife. 2005. Disponível em: <[http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio\\_ObservaRH/CPqAM/Fixacao\\_profissionais\\_de\\_saude\\_pe.pdf](http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/CPqAM/Fixacao_profissionais_de_saude_pe.pdf)>. Acesso em: 11 dez. 2010.