



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – PROCISA**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**RÉGIA CRISTINA MACÊDO DA SILVA**

**IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE  
EM SAÚDE – PNEPS: ESPECIFICIDADES NO ESTADO DE RORAIMA**

**BOA VISTA, RR**  
**2019**

**RÉGIA CRISTINA MACÊDO DA SILVA**

**IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE  
EM SAÚDE – PNEPS: ESPECIFICIDADES NO ESTADO DE RORAIMA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Ciências da Saúde, na área de concentração: Gestão de Sistemas de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Geórgia Patrícia da Silva Ferko.

**BOA VISTA, RR**

**2019**

RÉGIA CRISTINA MACÊDO DA SILVA

**IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE  
EM SAÚDE – PNEPS: ESPECIFICIDADES NO ESTADO DE RORAIMA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima. Área de concentração: Gestão de Sistemas de Saúde. Defendida em 25 de fevereiro de 2019 e avaliada pela seguinte banca examinadora:

---

**Profª Drª Geórgia Patricia da Silva Ferko**  
**Orientadora/Procisa – UFRR**

---

**Profº Dr Calvino Camargo**  
**Procisa – UFRR**

---

**Profª Drª Verçulina Firmino dos Santos**  
**UFRR**

**Ao autor da vida.**

**Ao meu Salvador.**

***Soli Deo gloria.***

**A Becca... foi por você filha!**

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, agradeço ao meu Deus, Pai, Salvador e Consolador de todas as horas.

Agradeço aos meus pais pelo incentivo, apoio e por acreditarem em mim, mais do que eu mesma.

Ao meu esposo, por todo o incentivo e apoio.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Geórgia, que foi além do seu papel, sendo uma educadora exímia. Obrigada por seu apoio, pelos ensinamentos e pela compreensão durante todo o processo.

Aos demais professores que tive o prazer de conhecer durante o curso, minha gratidão e respeito a cada um.

Aos colegas do curso, pela troca de ideias e aprendizado.

Às amigas de mestrado, Keila Fonseca e Daniele Albuquerque. Meninas, vocês foram fonte de incentivo para mim.

Às pessoas que, gentilmente, aceitaram participar desta pesquisa como entrevistados.

Ao IFRR, instituição onde atuo profissionalmente, agradeço pelo apoio e respeito.

E a todos que, direta e indiretamente, contribuíram para a conclusão deste trabalho, com suas palavras e orações.

A todos estes citados acima, meu muito obrigada!

Os trabalhadores em saúde não são um insumo adicional que se agrega aos recursos financeiros, tecnológicos e de infraestrutura para produzir serviços: são os próprios serviços de saúde.

Dr. Francisco Eduardo Campos

O coração do homem pode fazer planos,  
mas a resposta certa vem dos lábios do  
Senhor.

Bíblia Sagrada – Provérbios 16.2

## RESUMO

A partir da criação e do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), as necessidades de formação e de desenvolvimento dos profissionais que atuam no setor tornaram-se mais evidentes. Em 2004, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), sendo que toda política pública tem suas etapas. A etapa de implementação tem um caráter fundamental, haja vista que é nesta fase do ciclo que as ações para a concretização da política começam a ser desenvolvidas. Assim, analisar esta etapa significa concentrar-se na etapa responsável, diretamente, pelo sucesso ou pelo fracasso da política. Portanto, este trabalho faz uma análise do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) no Estado de Roraima. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de cunho descritivo, em que se recorreu à pesquisa bibliográfica e documental. A técnica de coleta de dados foi a entrevista com roteiro semiestruturado com sete participantes que atuam diretamente com a política. Para a análise específica do processo de implementação foram utilizadas duas abordagens, conforme a literatura da área: *top-down* e *bottom-up*. Após a análise dos dados obtidos foi possível perceber que a Política de Educação Permanente em Saúde (PEPS) implementada pelo Estado apresenta algumas dificuldades e desafios a serem superados no sentido de estruturação de algumas das instâncias previstas na política, bem como pela falta de priorização da educação como uma ferramenta capaz de mudar o cenário atual da prestação de serviços em saúde. Quanto ao planejamento das ações de Educação Permanente, o Estado está em processo de elaboração do segundo Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, com previsão para aprovação no primeiro trimestre de 2019. Na realidade analisada, as ações planejadas são oriundas de solicitações dos setores ou a partir de um problema a ser enfrentado, demonstrando uma atitude reacionária da gestão. Ademais, esta pesquisa mostra que a PEPS foi implementada, porém apresenta limitações no planejamento das ações, das ferramentas de monitoramento e da avaliação de ações realizadas e ausência de avaliações qualitativas. O estudo traz, ainda, uma constatação: o trabalho em saúde exige a cooperação, pois uma instituição precisa da outra para que as ações aconteçam. Sendo assim, sem essa colaboração entre as instâncias condutoras do processo de Educação Permanente, as ações realizadas não terão a eficácia, a eficiência e tão pouco a efetividade esperada.

Palavras-chave: Política Pública. Análise de implementação. Educação Permanente. PNEPS.

## ABSTRACT

As of creation and development of the Brazilian National Health System (SUS), the need for training and growing professionals in healthcare became more apparent. In 2004, the Ministry of Health established the National Policy on Permanent Education in Health (PNEPS), where every policy has its phases. Implementation phase is fundamental, for that's where the actions for achieving the policy start to take place. Thus, to analyze this phase means to concentrate on the due phase for the success or failure of the policy. Hence, this paper makes an analysis of the National Policy on Permanent Education in Health (PNEPS) in Roraima. It is focused on a qualitative research of descriptive data, making use of bibliography and documentary analysis. The data collection was based upon semi-structured methods such as interviews within a group of seven participants that act directly in the policy. Two main approaches have been used for the in-depth analysis of the implementation process according to the subject literature: top-down and bottom-up. After data analysis, it was possible to realize that the Policy on Permanent Education in Health (PEPS) implemented by the state face difficulties and challenges to be overcome, in the sense of structuring some of the instances arranged in the policy, as well the lack of prioritization of education as a tool able to change the current scenario of the healthcare services. Regarding the planning of Permanent Education actions, the elaboration of the second plan for the Permanent Education in Health is already in progress, and scheduled for approval in the first trimester of 2019. On this context, the planned actions come up from other sectors or a problem to be addressed, denoting a reaction response from managers. Furthermore, this research shows that PEPS was implemented, but it is limited regarding the planning of actions, monitoring tools and assessment of performed actions and absence of qualitative evaluation. Study brings yet a finding: healthcare demands cooperation, for one institution needs the other so that the actions may happen. That said, without this collaboration among the leading instances of the Permanent Education process, the performed actions will not have either the efficacy, efficiency or expected effectivity.

Key-words: Public Policy. Implementation Analysis. Permanent Education. PNEPS.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Ciclo das Políticas Públicas baseado em Frey (2000).....	23
Figura 2	Ciclo das Políticas Públicas segundo Secchi (2017).....	25
Figura 3	Os três momentos da avaliação.....	28

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Comparativo das fases do ciclo de políticas públicas.....	25
Quadro 2	Análise e avaliação de Políticas Públicas no ciclo segundo Secchi (2017).....	29
Quadro 3	Resumo das críticas ao modelo <i>top-down</i> .....	34
Quadro 4	Resumo das discussões sobre Recursos Humanos.....	42
Quadro 5	Comparativo entre Educação Continuada e Educação Permanente.....	57
Quadro 6	Participantes da pesquisa e instrumento utilizado.....	60
Quadro 7	O que será analisado na perspectiva de cada modelo.....	62
Quadro 8	Anexo 1 da Resolução CIB/RR nº 46/2009.....	65
Quadro 9	Sobre a atuação da CIES junto as CIR's.....	69
Quadro 10	Papel da CIR em relação à EPS.....	70
Quadro 11	Fluxograma de elaboração do PEEPS, segundo a PNEPS.....	72
Quadro 12	Fluxograma de elaboração do PEPS, segundo o Planejamento das Ações de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde – Orientações.....	74
Quadro 13	Como é realizado o monitoramento das atividades de EPS.....	77
Quadro 14	Ações do DGES no período de 2015 a 2018.....	80
Quadro 15	Principais dificuldades na implementação da PNEPS no Estado	82
Quadro 16	Principais estratégias para superar as dificuldades na implementação da PNEPS no Estado.....	83
Quadro 17	Desafios a serem superados para implementação da PNEPS no Estado de Roraima.....	84

## LISTA DE SIGLAS

CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIES	Comissão Integração Ensino Escola
CIR	Comissão Intergestora Regional
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
DGES	Departamento de Gestão da Educação em Saúde
DOE	Diário Oficial do Estado
PEEPS	Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde
PEPS <sup>1</sup>	Política de Educação Permanente em Saúde
PEPS <sup>2</sup>	Plano de Educação Permanente em Saúde
PES	Plano Estadual de Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PMS	Plano Municipal de Saúde
PREPS	Plano Regional de Educação Permanente em Saúde
PRO EPS -	Programa de Fortalecimento da Educação Permanente em
SUS	Saúde do Sistema Único de Saúde
SESAU	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1 Políticas Públicas.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1.1 Ciclo das políticas públicas.....</b>	<b>21</b>
<b>2.1.2 Análise e avaliação de políticas públicas dentro do ciclo.....</b>	<b>27</b>
<b>2.2 Modelos de Análise de Implementação de Políticas Públicas.....</b>	<b>30</b>
<b>2.2.1 Modelo top-down.....</b>	<b>32</b>
<b>2.2.2 Modelo bottom-up.....</b>	<b>34</b>
<b>2.3 Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS.....</b>	<b>35</b>
<b>2.3.1 Formação e desenvolvimento de trabalhadores em saúde.....</b>	<b>35</b>
<b>2.4 PNEPS: configurações em termos de estrutura e funcionamento no âmbito nacional.....</b>	<b>43</b>
<b>2.4.1 Instâncias de condução da PEPS.....</b>	<b>47</b>
<b>2.4.2 Educação permanente versus educação continuada.....</b>	<b>54</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>59</b>
<b>3.1 Local da Pesquisa.....</b>	<b>59</b>
<b>3.2 Participantes.....</b>	<b>60</b>
<b>3.3 Coleta de Dados.....</b>	<b>60</b>
<b>3.4 Análise dos Dados.....</b>	<b>61</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>63</b>
<b>4.1 PNEPS à Luz do Modelo Top-down.....</b>	<b>63</b>
<b>4.1.1 Organização da EPS no Estado de Roraima.....</b>	<b>63</b>
<b>4.1.2 Constituição das CIES e CIR.....</b>	<b>65</b>
<b>4.1.3 Funcionamento e atuação da CIES e CIR.....</b>	<b>68</b>
<b>4.1.4 Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde – elaboração...</b>	<b>71</b>
<b>4.1.5 Recursos financeiros.....</b>	<b>75</b>
<b>4.1.6 Monitoramento e avaliação das ações realizadas.....</b>	<b>76</b>
<b>4.2 PNEPS à Luz do Modelo Bottom-up.....</b>	<b>78</b>
<b>4.2.1 Relacionamentos entre as instâncias de condução da PEPS.....</b>	<b>79</b>
<b>4.2.2 Principais projetos já realizados.....</b>	<b>80</b>

<b>4.2.3 Dificuldades encontradas pelos atores.....</b>	<b>81</b>
<b>4.2.4 Estratégias para superação das dificuldades levantadas.....</b>	<b>82</b>
<b>4.2.5 Desafios.....</b>	<b>84</b>
<b>5 CONCLUSÃO.....</b>	<b>86</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>89</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Independente da formação profissional atuante na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), é importante que haja uma constante atualização do conhecimento aplicado visando à prestação de serviços de maneira eficiente e eficaz. Quando os trabalhadores são mais qualificados, a probabilidade de produzir melhor aumenta, assim como sua satisfação e seu comprometimento com o trabalho. Entretanto, faz-se relevante saber, de fato, quais capacitações o profissional necessita e quais os problemas ele se propõe a resolver (CONASS, 2011a).

A atualização dos profissionais que atuam nesse setor – haja vista as complexidades e especificidades do órgão que tem um caráter universal – foi proporcionada pela Lei nº 8.080/90 que criou o SUS, e que, em seu artigo 27, determinou a criação de um sistema de formação de Recursos Humanos em todos os níveis de ensino para o aperfeiçoamento de pessoal, visando atender as especificidades da área da saúde, em sua complexidade e necessidade constante de atualização para atender as demandas emergentes que surgirem. Após essa lei, outras foram criadas com o intuito de ratificar e ampliar tal determinação.

A necessidade da educação continuada para os profissionais de saúde foi identificada e, após discussões nos eventos próprios da área, como as Conferências de Saúde, a formação e o desenvolvimento de pessoas tornaram-se problemas públicos, necessitando de intervenção do Estado para resolver esta questão. Isso acabou gerando, então, a necessidade de uma política que proporcionasse ao setor de saúde crescimento e melhoria na qualidade dos serviços prestados.

Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída pela Portaria nº 1.996/2007 GM/MS (BRASIL, 2007), que surge com a intenção de criar mecanismos que capacitem e desenvolvam os servidores da área da saúde com vistas a proporcionar mais qualidade no serviço prestado. A metodologia proposta nesta política é a da Educação Permanente, a qual traz um conceito de aprendizado contínuo e voltado para a realidade das instituições visando resolver problemas reais oriundos do cotidiano dessas organizações e se utilizando, para isso, da experiência e das opiniões dos próprios envolvidos.

Como toda política pública, a PNEPS teve um ciclo com determinadas etapas, quais sejam: definição do problema e necessidade de intervenção; agenda, onde foi discutido o problema; elaboração de programas, ou seja, das ações que deverão ser realizadas; e, implantação. Assim, após a implantação, inicia-se a implementação, que é pôr em prática tudo aquilo que prevê a política.

Heidemann e Salm (2009) chamam atenção para o processo de implementação justamente por entenderem que ele não é automático e precisa de análise, de controle e, principalmente, de cooperação entre os envolvidos. Silva e Melo (2000) também reforçam a importância do processo de implementação no sucesso de uma política, pois afirmam que não é possível, no processo de planejamento, prever os acontecimentos durante a implementação; ainda, muitas vezes durante este processo, devido a informações geradas no decorrer das atividades, a política pode ser alterada e os resultados também.

O fato é que, às vezes, aquilo que se planejou não é realizado conforme o estabelecido, uma vez que o cenário muda, os beneficiários mudam, os recursos tornam-se insuficientes, os participantes e parceiros não cooperam, o oferecido não é, realmente, o que os beneficiários precisam, entre outras situações que podem ocorrer durante esta fase. Por isso, o acompanhamento, o monitoramento, a análise e a avaliação são também importantes para qualquer projeto, pois possibilitam o realinhamento das atividades para que se alcancem os objetivos definidos – ou se for o caso, para que a própria política seja redefinida.

Diante disso, pode-se identificar o seguinte questionamento: após 10 anos da publicação da Portaria nº 1.996 MS/GM, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da PNEPS, o que foi realizado pelo Estado de Roraima no que se refere à Educação Permanente?

Aqui, tentar-se-á retratar a situação específica do Estado de Roraima que é um dos estados mais novos da federação e, também, o Estado com menor população, mas que tem os seus desafios e precisa enfrentá-los. Sendo assim, a PEPS foi implantada em Roraima na ocasião do lançamento da Portaria nº 198/2004 e, desde essa época, o Estado vem tentando implementar a política de forma a proporcionar formação e desenvolvimento de seus servidores, assim como contribuir para a formação de profissionais para atuarem no SUS.

Para responder ao questionamento ora supracitado, numa realidade concreta, elaboraram-se alguns objetivos, sendo o principal desta pesquisa: analisar

como ocorreu a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) no Estado de Roraima. Ainda, como objetivos secundários foram estabelecidos: apresentar um histórico da PNEPS no Brasil e em Roraima; descrever a constituição e o funcionamento das instâncias responsáveis pela implementação da política atuantes no Estado de Roraima; apresentar os principais desafios e entraves na implementação da PNEPS no Estado segundo a visão de responsáveis por instâncias implementadoras; e, apresentar um relatório com contribuições para a superação dos desafios identificados.

Como justificativa para a realização desta pesquisa pode-se dizer que analisar a implementação de uma política é concentrar o olhar crítico, de maneira atenta, em uma das fases do ciclo de vida das políticas públicas. Esta fase é essencial, uma vez que é no momento da implementação que ocorre a prática, que o abstrato, as ideias, os sonhos se tornam concretos, reais, e essa nova realidade precisa ser acompanhada e analisada para garantir o êxito da intenção que fez nascer tal política.

A administração pública que visa à eficiência e eficácia não pode deixar de avaliar e analisar suas atividades, pois estes processos definem a continuidade (ou não) das ações, as correções necessárias e os ajustes devidos. A instituição que não realiza tais processos, portanto, pode incorrer em retrabalho e prejuízos ao erário e aos cidadãos. Desta forma, em se tratando de Políticas Públicas – que são ações intencionais do governo visando resolver algum problema – é ainda mais imperial a realização de análises. Essa necessidade é requerida até mesmo por alguns princípios da administração pública, tais como: princípios da eficiência, da motivação, da legalidade, da finalidade e da boa administração, todos obrigatórios a qualquer atividade da administração pública visando a sua legitimidade.

Este trabalho se propõe, então, a contribuir para a reflexão sobre a necessidade não só da elaboração de políticas públicas, mas, principalmente, da análise de sua execução, ou seja, de sua implementação, visando identificar os desafios e entraves que têm impedido a realização plena da política, compreendendo, assim, o que se passa neste processo que pode encaminhar a política para seu sucesso ou fracasso. Em âmbito estadual, a pesquisa visa contribuir com a gestão da PEPS a partir da apresentação de um relatório com sugestões de ações para a superação dos desafios que foram identificados.

Este trabalho está organizado em cinco capítulos. O Capítulo 1 foi definido como introdução para a apresentação da pesquisa. No Capítulo 2 abordam-se o tema Políticas Públicas, seu ciclo e a análise e avaliação de políticas públicas dentro do ciclo, assim como os modelos de implementação. Esta seção visa apresentar ao leitor os conceitos da área e, também, o modelo que foi utilizado para a análise proposta na pesquisa; abordou-se, ainda, sobre a PNEPS em termos histórico e conceitual.

No Capítulo 3 encontra-se a descrição da metodologia adotada no trabalho, o local da pesquisa, os participantes, como se deu a coleta de dados e a análise dos dados. As discussões e os resultados da pesquisa estão descritos no Capítulo 4, onde o leitor poderá verificar as informações obtidas mediante análise dos dados com cruzamento de referências de textos utilizados. No Capítulo 5 encontram-se as conclusões da pesquisa, bem como as recomendações finais quanto ao objetivo de estudo e as pesquisas posteriores. Por fim, as referências utilizadas para a realização do trabalho.

Para facilitar a compreensão do leitor, faz-se necessário informar que, no decorrer do trabalho, foram utilizadas siglas muito parecidas. Assim, pede-se atenção às siglas empregadas para que a apreensão do texto seja possível.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

Neste capítulo é apresentada a discussão conceitual de políticas públicas, e é realizada uma revisão de literatura sobre o ciclo e a avaliação de políticas. Posteriormente, foca-se na análise da etapa de implementação da política pública e, por fim, apresenta-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

### **2.1 Políticas Públicas**

Dentro de um contexto de mudanças, percebe-se que a administração pública brasileira, seja na esfera federal, estadual ou municipal, tem utilizado inovações no processo de organização do trabalho, sendo que muitas das transformações vêm permeadas por teorias, ferramentas e modelos como solução de problemas ou aperfeiçoamento do aparelho estatal. Quando se remonta às formas de gestão, discute-se sobre as três eras ou três formas de administração pública: administração pública patrimonialista, administração pública burocrática e administração pública gerencial.

A primeira, segundo o CONASS (2011b), tem como característica a percepção do aparelho do Estado como uma extensão do poder do soberano, uma vez que os cargos são negociados em troca de fidelidade cega e o bem público não é diferenciado do bem privado do soberano; em consequência desta forma de pensamento, têm-se corrupção e nepotismo. Outras características desta primeira era da administração pública são: o coronelismo, os governos personalistas e os demagogos (SCHLICKMANN, 2018). Com o domínio do capitalismo e da democracia, este tipo de administração passa a ser repudiada, pois enquanto o patrimonialismo busca o pessoalismo, o capitalismo busca o lucro e a impessoalidade.

Então, surge, na metade do século XIX, a administração pública burocrática, que ainda consoante CONASS (2011b) nasce como forma de combater a corrupção e o nepotismo presentes no modelo anterior, e tem como princípios a profissionalização, a ideia de carreira, a hierarquia funcional, a impessoalidade e o formalismo, em suma, o poder racional legal. Para tanto, são necessários controles

rígidos e, por vezes, excessivos, de forma a garantir que o gestor não se aproveite de seu poder para gerar benefícios diretamente para si ou para seus amigos.

Esta era da administração pública deixou alguns legados, como: concurso público, treinamento de pessoal, criação da hierarquia funcional com a definição de cargos e funções e criação de mecanismos para controlar os gastos públicos. No entanto, apresentou, também, diversas limitações, tais como: não encarou os usuários do serviço público como determinantes para a tomada de decisões, não criou mecanismos de análise de desempenho com divulgação dos resultados que serviriam como retroalimentação do sistema e não permitiu a participação dos envolvidos no processo, concentrando as decisões sobre quem detém o poder (KANAANE *et al.*, 2010).

Assim, a partir da década de 1980, entra em cena o modelo atual de administração pública: o gerencial. Neste período, o assunto era discutido e estudado comprovando sempre a situação de um Estado inchado, ineficiente, com serviços de péssima qualidade, etc., sendo que todo esse contexto foi aprofundando o debate. As reformas que estavam ocorrendo em outros países da Europa e da América do Norte intensificaram as discussões, e diversos estudos e teorias da Ciência da Administração foram divulgados e pressionavam a administração pública para um posicionamento de mudança (KANAANE *et al.*, 2010).

Com o cenário posto, uma medida ampliou as forças para que a próxima era da Administração Pública surgisse: a Reforma Administrativa promovida pela Emenda Constitucional nº 19/98 – nesta nova fase, o foco era a busca pela eficiência na administração pública. Existiu, portanto, a necessidade concomitante de redução de custos e aumento da qualidade na prestação dos serviços com foco no resultado. Ainda, a forma de pensar neste período foi regida por uma cultura gerencial, ou seja, uma busca por agilidade e eficiência nos processos, tão rígidos e complexos a partir da administração burocrática (CONASS, 2011b).

Pereira e Spink (2001) citam outras características que definem a administração pública gerencial, quais sejam: foco no cidadão; busca por resultados (eficácia); descentralização de poder (*empowerment*); incentivo à inovação; e, utilização de instrumentos de controle para monitorar as atividades administrativas.

As três eras, desta maneira, têm características bem distintas: enquanto na primeira não se tinha a noção de recursos escassos e, por isso, a fragilidade em instrumentos de controle, a segunda estabeleceu controles excessivos que, por

vezes, limitam a atuação dos gestores; já a terceira era, por sua vez, vem com a ideia central de que a administração pública precisa ser “medida”, acompanhada, monitorada e, então, analisada e avaliada para que haja crescimento e aprendizado no desenvolvimento das atividades, evitando-se retrabalho e prejuízos.

Com esta rápida caracterização das três eras da Administração Pública, pode-se observar que houve uma evolução na forma de administrar o setor público. No entanto, o leitor pode perceber facilmente que ainda é possível encontrar características das duas fases anteriores com bastante facilidade na administração pública atual, provavelmente por se tratar do desenvolvimento de uma cultura administrativa que, mesmo evoluindo, guarda resquícios de fases anteriores. Porém, é possível dizer que, de uma maneira totalmente centralizada – concentração do poder nas mãos do soberano – tem-se, agora, a democracia que, pelo próprio conceito, é uma forma de governo em que o povo exerce a soberania; ou como diz o dicionário Ferreira (2010), democracia é o governo do povo.

Neste contexto, e visando atender aos anseios do povo, ou seja, da sociedade em suas mais diversas demandas, surgem as políticas públicas que, de acordo com Kanaane *et al.* (2010, p.3), “são disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. Elas refletem a ação intencional do Estado junto a sociedade”.

Heidemann e Salm (2009) afirmam que se faz mister ressaltar que a definição de políticas públicas inclui, ao mesmo tempo, dois elementos-chave: ação e intenção. Sendo assim, toda política positiva precisa de ações para materializar as intenções ou os propósitos que levaram à sua criação e, caso não haja ações com este propósito, não poderá existir essa política, pois a política nasce para resolver um problema público e, para tanto, necessita de ações concretas para sanar o que lhe criou.

Ainda, Secchi (2017) conceitua políticas públicas como sendo uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público. Outro conceito é mencionado por Delgado *et al.* (2016) ao referirem que as políticas públicas também podem ser compreendidas enquanto instrumento de planejamento governamental, servindo para a definição dos problemas a serem resolvidos durante um período/gestão.

Neste sentido, a ideia de política pública se amplia no Brasil justamente na época do nascimento da administração pública gerencial, que visa o resultado e,

assim, conforme Heidemann e Salm (2009), ao invés de uma preocupação somente com a máquina pública (visão da era da administração burocrática), utiliza-se esta máquina como meio para minorar problemas sociais, globais e setoriais. A máquina pública, portanto, é o meio para o alcance dos resultados, que seria a resolução de problemas diversos definidos nas políticas eleitas. Nesta concepção, observa-se uma maior preocupação com a eficácia social do governo, buscando os resultados que as ações de governo podem trazer para a sociedade e como o processo tem ocorrido.

Entende-se, então, que as políticas públicas surgem a partir do momento em que um problema toma proporções maiores, afetando a vida de uma parcela da sociedade: inicia-se por discussões acerca da temática, e o problema que era individual passa a ser coletivo, público, necessitando de uma intervenção para sanar ou, ao menos, diminuir seus efeitos. É claro que nem todo problema público gera uma política pública, e isso é o que tenta explicar o modelo de análise de políticas públicas chamado de Metáfora dos Fluxos Múltiplos, que estuda, justamente, essa questão. Este modelo afirma que quando convergem três fluxos de variáveis (fluxos dos problemas, fluxos das políticas e fluxo da política) cria-se uma janela de oportunidade que faz com que os defensores de uma ideia sejam vistos e suas ideias sejam ouvidas; neste momento, aquele problema ganha uma atenção especial e pressiona para a necessidade de intervenção (ARAÚJO; RODRIGUES, 2016). Este processo de discussão do problema público será melhor explicado no tópico seguinte, quando será tratado sobre a fase de percepção do problema, dentro do ciclo das políticas públicas.

Cabe acrescentar que o conceito de política pública é um conceito abstrato, mas que se materializa por meio de diversos instrumentos, tais como: programas públicos, projetos, leis, campanhas publicitárias, esclarecimentos públicos e inovações tecnológicas (SECHI, 2017). Ou seja, apesar das políticas nascerem no campo das ideias (discussões e debates), a intenção é sempre uma ação visando intervenção na situação atual, para que uma situação ideal seja desenvolvida.

No próximo tópico será abordado o ciclo de políticas públicas com suas diferentes fases a partir da visão de diversos autores que trabalham essa temática. A proposta é trazer ao conhecimento as variadas fases do ciclo e sua importância para o estudo das políticas públicas.

### **2.1.1 Ciclo das políticas públicas**

As políticas públicas passam por um ciclo permeado por fases, do seu nascimento até uma possível extinção. O processo de elaboração de políticas públicas também é conhecido como ciclo de políticas públicas, que é um esquema que organiza a vida de uma política pública em fases sequenciais e interdependentes (SECCHI, 2017). Assim, Matias-Pereira (2010) afirma que as políticas públicas são concretizadas em três etapas, quais sejam: formulação (quando ocorre a elaboração), implementação (que seria a execução) e avaliação (momento em que são verificados os efeitos da política).

Heidemann e Salm (2009) referem, ainda, que o ciclo conceitual das políticas públicas compreende pelo menos quatro etapas: a primeira seria as decisões para resolver os problemas (a formulação); a segunda seria a implementação; a terceira seria a avaliação de satisfação por parte dos beneficiários; e, por último, a avaliação para verificar a possibilidade de continuidade, reformulação, etc.

Delgado *et al.* (2016) acreditam, por sua vez, que o ciclo começa com a entrada na agenda e a formulação, passando pela implementação, pelo monitoramento e pela avaliação. Kanaane *et al.* (2010) explicam que a agenda política é o momento em que uma questão se torna prioridade para o governo, gerando, então, a necessidade de se criar uma política. Na etapa de formulação, as políticas ganham forma e são definidas as metas, os objetivos e os recursos, enquanto que na implementação a política é posta em prática, em execução; neste momento também ocorre o monitoramento, onde deve ser feito o acompanhamento para verificar se as atividades desenvolvidas estão sendo realizadas conforme o programado; e, por último, ocorre a avaliação, onde se verificam os resultados alcançados e os comparam com os que foram previamente definidos.

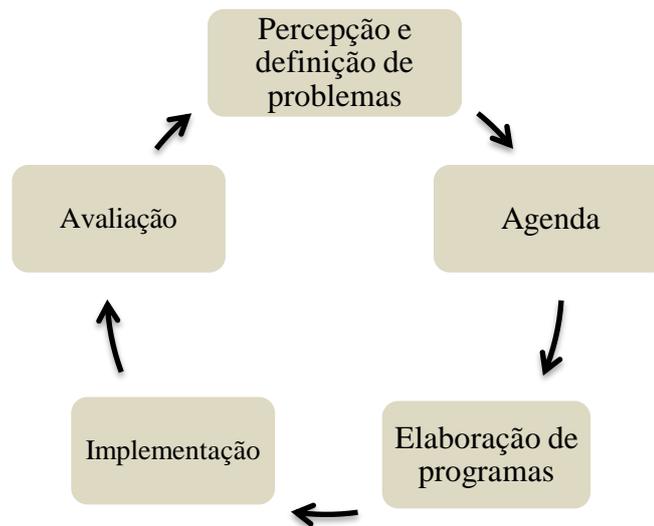
O monitoramento e a avaliação permitem acompanhar e fornecer *feedback* sobre os projetos e as políticas, realimentando o sistema e o aperfeiçoando. Então, vemos a sua importância para a melhoria da administração pública que prima pela eficiência, filosofia trazida, conforme citado anteriormente, das ideias do setor privado aplicadas ao serviço público a partir da era da Administração Pública Gerencial.

Frey (2000) propõe uma subdivisão mais sofisticada consoante as seguintes fases:

- a) percepção e definição de problemas: neste momento, o analista busca identificar por que, dentre vários problemas, um em específico tornou-se prioridade e merecedor de um tratamento político. O que contribuiu para que determinada questão se tornasse, de fato, um problema público? Quem percebeu primeiro que a questão era, de fato, um problema público? A mídia, grupos sociais, políticos ou mesmo a administração pública? O problema foi verdadeiramente definido, ou seja, ele foi estudado e explicado?;
- b) agenda: momento de decisão quanto a colocação ou não daquele problema em pauta na arena política para discussão pelos atores políticos, sendo necessária avaliação preliminar sobre custos e benefícios de possíveis ações. Contribuindo com essa fase, Andrade (2018, p. 4) afirma que “o reconhecimento dos problemas que precisam ser solucionados de imediato ganham espaço na agenda governamental. Entretanto, nem tudo que está na agenda será solucionado imediatamente, pois a viabilização de projetos depende de alguns fatores”;
- c) elaboração de programas e de decisão: fase em que são escolhidas as ações a serem adotadas para sanar os problemas, bem como em que ocorrem as negociações com os envolvidos visando definir as ações e os projetos que serão adotados. Por vezes, ocorre uma negociação e acordo anterior e, na sequência, quem detém o poder de decisão apenas pactua o que havia sido acordado;
- d) implementação: fase do ciclo onde ocorre a concretização do que foi definido na fase anterior; é a execução das atividades. É neste momento, também, que os recursos materiais, tecnológicos e financeiros são destinados, agindo como fomento às atividades. Nesta fase, a análise da política pode ser feita com dois objetivos: analisar a qualidade material e técnica de projetos ou programas e analisar as estruturas político-administrativas e a atuação dos atores envolvidos – neste último objetivo procura-se descrever o como e o porquê do processo de implementação; e,
- e) avaliação de políticas: etapa onde, após a implementação, são avaliados os seus impactos, os resultados positivos e os problemas e, a partir

destas informações, é fornecido *feedback* para a tomada de decisão quanto a continuidade das ações, suspensão, modificação ou extinção da política. Em algumas situações, o problema inicialmente definido que gerou a política pode ter sido resolvido, porém durante o processo de execução outros surgiram, ou foram percebidos, gerando, então, a possibilidade de novas políticas ou mesmo a modificação desta para atender ao novo cenário identificado. A fase de avaliação é imprescindível, uma vez que pode gerar aprendizado para a instituição.

Figura 1 – Ciclo das Políticas Públicas baseado em Frey (2000).



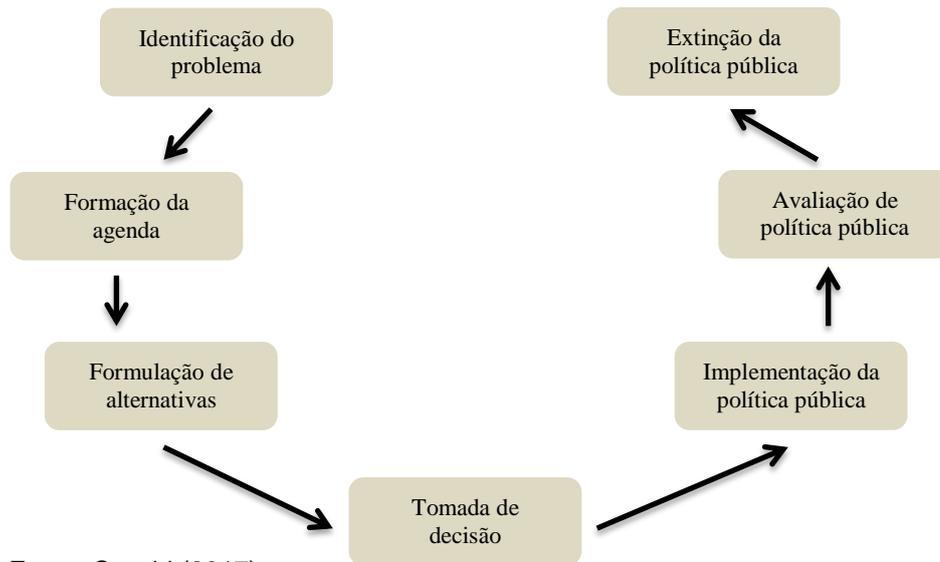
Fonte: A autora (2018).

Um ciclo ainda mais detalhado é apresentado por Secchi (2017), o qual apresenta um processo composto por sete fases principais, quais sejam:

- a) identificação do problema – significa reconhecê-lo e envolve a percepção, a definição e a avaliação da possibilidade de solução;
- b) formação da agenda – reconhecimento daquela situação como um problema público, sendo que, então, é considerado como relevante. As agendas são instáveis, podendo passar por épocas de grande notoriedade e depois voltarem ao normal. As condições que fazem com que os problemas públicos entrem na agenda são: atenção de diferentes atores, as possíveis ações devem ser factíveis e o problema deve tocar responsabilidades públicas;

- c) formulação de alternativas – nesta etapa são definidos os objetivos, as estratégias e as consequências de cada alternativa, sendo elaborados os programas, as estratégias ou as ações para alcançar os objetivos definidos;
- d) tomada de decisão – momento em que os interesses dos atores são alinhados e os objetivos e métodos para enfrentar o problema são apresentados;
- e) implementação – neste momento são produzidos os resultados da política pública, bem como que o planejamento sai do papel e começa a se concretizar. Nesta fase também são definidos os instrumentos de política pública que serão utilizados para transformar as intenções em ações políticas, sendo importante que o instrumento escolhido seja adequado, pois ele pode ser responsável pelo sucesso ou pelo fracasso da implementação;
- f) avaliação – nesta etapa são examinados os processos de implementação e o desempenho da política pública, com o objetivo de saber o estado da política e se houve redução no problema que a criou. Compreende, ainda, a definição de critérios, os indicadores e padrões que serão utilizados para medir os esforços e as realizações da política; e,
- g) extinção – como um organismo vivo, as políticas públicas nascem, desenvolvem-se e morrem. Neste caso, uma política pública morreria quando o problema fosse resolvido, ou quando os mecanismos escolhidos para resolver os problemas não tivessem êxito (ou prazo determinado), ou, ainda, quando o problema, mesmo que não resolvido, deixasse de ser considerado relevante pelos atores.

Figura 2 – Ciclo das Políticas Públicas segundo Secchi (2017).



Fonte: Secchi (2017).

O Quadro 1 apresenta uma síntese dos autores expostos acima e as fases do ciclo de políticas públicas segundo esses autores.

Quadro 1 – Comparativo das fases do ciclo de políticas públicas.

<b>Autor</b>	<b>Fases</b>
Matias-Pereira (2010)	1. Formulação; 2. Implementação; 3. Avaliação.
Heidmann e Salm (2009)	1. Formulação; 2. Implementação; 3. Avaliação de satisfação pelos beneficiários; 4. Avaliação de continuidade da política.
Delgado <i>et al.</i> (2016)	1. Agenda; 2. Formulação; 3. Implementação; 4. Monitoramento; 5. Avaliação.
Kanaane <i>et al.</i> (2010)	1. Agenda; 2. Formulação; 3. Implementação (monitoramento); 4. Avaliação.
Frey (2000)	1. Percepção e definição dos problemas; 2. Agenda; 3. Elaboração de programas; 4. Implementação; 5. Avaliação.
Secchi (2017)	1. Identificação do problema; 2. Formação da agenda; 3. Formulação de alternativas; 4. Tomada de decisão; 5. Implementação da política pública; 6. Avaliação de política pública; 7. Extinção da política pública.

Fonte: A autora (2018).

Silva e Melo (2000) apresentam uma visão diferenciada dos autores acima sobre o ciclo das Políticas Públicas, defendendo que este não pode ser visto e entendido como algo linear e nem composto de etapas isoladas, mas deve ser compreendido, de fato, como um processo dinâmico, principalmente se referindo às etapas de implementação e avaliação. Ainda de acordo com os autores, o processo de implementação funcionaria como um jogo, onde ocorrem as negociações e os acordos para a realização das atividades previstas na política, e não simplesmente a realização de atividades de maneira automática e perfeitamente como foram planejadas; quanto à avaliação, esta deveria ser constante para proporcionar a remodelação da política, e não entendida como uma atividade necessária para a correção de rotas. Sendo assim, essa visão traz ao processo de implementação novas responsabilidades, conforme será exposto mais adiante.

Secchi (2017, p 44) chama a atenção afirmando que “o ciclo de políticas públicas tem uma grande utilidade: ajuda a organizar ideias, faz que a complexidade de uma política pública seja simplificada e ajuda políticos, administradores e pesquisadores a criar um referencial comparativo para casos heterogêneos”. Nesta mesma linha, Rua e Romanini (2013, p. 59) concluem que o modelo do ciclo de políticas públicas, ou *policy cycle*, é útil pois:

- separa as diferentes tarefas e atividades realizadas no processo de produção das políticas públicas;
- ao estabelecer esta separação analítica, permite distinguir e caracterizar os diferentes papéis desempenhados no processo pelos atores e instituições, bem como observar suas relações de poder e suas interações em torno de *issues* (problemas ou questões, tradução da autora) que são próprios de cada momento;
- como os *issues* são dinâmicos e, em torno deles se organizam não somente atores e instituições, mas se constroem e se reconstróem ideias, a abordagem dos ciclos de políticas públicas permite acompanhar a maneira pela qual as ideias vão se formando e se transformando até se completar o processo de intervenção que caracteriza a política pública.

Desta forma, o ciclo é utilizado para descrever toda a vida de uma política pública desde a sua concepção, proporcionando informações de todo o processo ao analista. Poderemos observar, também, que os autores divergem na quantidade de fases; no entanto, em sua maioria, todas as atividades estão presentes nos conceitos apresentados, mesmo que com nomenclaturas diferentes.

Na sequência, serão expostos tipos de estudos de políticas públicas que podem ser realizados durante o ciclo.

### **2.1.2 Análise e avaliação de políticas públicas dentro do ciclo**

Após a descrição das etapas do ciclo de políticas públicas, optou-se por trazer, neste momento, uma explicação sobre algumas alternativas de estudos de políticas públicas que podem ser realizados durante o ciclo. Alguns deles podem ser realizados antes da política ser elaborada, durante a sua execução ou mesmo após os seus resultados. Assim, durante as três primeiras etapas do ciclo (identificação do problema, formação da agenda e formulação de alternativas) pode-se observar a atuação do analista de políticas públicas que, a partir de uma abordagem racionalista ou argumentativa, agirá com o objetivo de fornecer subsídios informativos para que a política pública aumente a sua probabilidade de resolver o problema público.

Nesse sentido, quando se fala em **análise de política pública**, está se falando nas fases anteriores à tomada de decisão sobre os programas e os projetos a serem desenvolvidos para sanar ou amenizar o problema. O produto final de uma análise de política pública é a indicação de linhas de ação para solucionar problemas públicos (SECCHI, 2017). Araújo e Rodrigues (2016) afirmam, ainda, que o objeto de estudo da análise de políticas públicas são as decisões políticas e os programas de ação dos governos, buscando conhecer as origens dos problemas que as ações políticas procuram resolver, as soluções definidas e as condições da execução das ações.

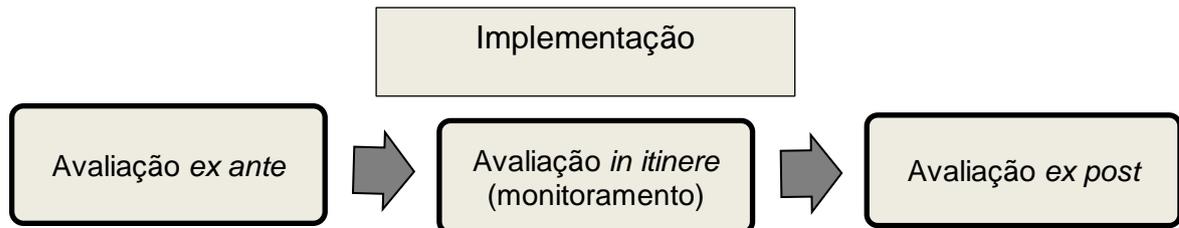
Para tanto, os autores Silva, Silva e Silva (2016) concluem que o termo análise de política pública trata do processo de elaboração da política. Neste caso, entende-se que a análise de políticas públicas é um estudo que ocorre antes da elaboração da política, com o propósito, justamente, de conhecer o problema, os envolvidos, as possibilidades de ação, os custos e as consequências destas linhas de ação e, assim, sugerir a política que seja mais eficiente, eficaz e efetiva na resolução do problema público que a criou.

Após estes momentos, as decisões são tomadas, as escolhas são feitas e as políticas são implantadas. Na sequência, vem a implementação, que são os esforços para tirar do papel os projetos, sendo que, neste momento, também é possível realizar uma análise específica desta fase do ciclo com o objetivo de entender como a política está sendo implementada, ou seja, analisar situações próprias desta fase. “Uma análise do processo de implementação pode tomar a forma de pesquisa sobre implementação ou tornar-se uma pesquisa avaliativa”

(SECCHI, 2017, p. 57). Este trabalho, portanto, propõe-se a realizar uma análise justamente desta etapa do ciclo e, por isso, este assunto será abordado com mais detalhes no próximo tópico.

De acordo com o ciclo, na sequência vem a etapa de avaliação, onde são realizadas as avaliações da política pública. Existem três momentos da avaliação (FIGURA 3): avaliação *ex ante* (anterior a implementação), a qual serve para validar as propostas investigando as consequências e os custos das alternativas, utilizando-se de projeções, previsões e conjecturas; a avaliação *in itinere* (monitoramento), que ocorre durante o processo de implementação com o objetivo de realizar ajustes na execução das atividades; e, avaliação *ex post* (posterior a implementação), com o objetivo de mensurar o nível de redução do problema que gerou a política pública (SECCHI, 2017). Para a realização das avaliações faz-se necessária a definição de critérios, de indicadores e de padrões que sirvam de parâmetros para julgar a política.

Figura 3 – Os três momentos da avaliação.



Fonte: Secchi (2017).

Quando se trata da avaliação *ex ante*, é importante esclarecer que, mesmo este assunto tendo sido apresentado aqui no momento em que se discutia a penúltima fase do ciclo, Secchi (2017) faz referência ao momento de realização desta avaliação, isto é, ela faz parte do processo de análise da política pública onde são testadas as alternativas propostas para verificar suas possíveis consequências e os custos caso sejam adotados na tomada de decisão. Assim, novamente, vê-se que, apesar destas fases serem descritas em um ciclo que aparenta uma sequência lógica, sua organização neste esquema tem o objetivo de organizar, de forma didática, a compreensão das atividades durante o tempo; entretanto, a criação, a

execução e a extinção de uma política pública são dinâmicas e não exatamente lineares e estáticas.

Silva, Silva e Silva (2016, p. 7) concluem que, desta maneira, que “a avaliação de política pública representa uma das fases do processo de elaboração das políticas públicas e ocorre de forma sintética, ou seja, são utilizados indicadores como artifícios (proxies) para operacionalizar os critérios de avaliação”. Sendo assim, na sequência, encontra-se o Quadro 2 com um resumo dos tipos de estudos possíveis de serem realizados dentro de cada fase do ciclo de Políticas Públicas.

Quadro 2 – Análise e avaliação de Políticas Públicas no ciclo segundo Secchi (2017).

<b>Etapas</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Objetivo</b>
1. Identificação do problema; 2. Formação da agenda; 3. Formulação de alternativas.	Análise de PP; Avaliação <i>ex ante</i> .	Conhecer o problema, os envolvidos, gerar discussões sobre o problema e definir alternativas de enfrentamento; Validar as alternativas a partir de projeções, predições e conjecturas.
Tomada de decisão		
Implementação da política pública.	Análise da implementação; Avaliação <i>in itinere</i> .	Para descrição de como está ocorrendo o processo; Realizar ajustes nas atividades utilizando indicadores e padrões.
Avaliação de política pública.	Avaliação <i>ex post</i> .	Mensurar o nível de redução do problema que gerou a política.
Extinção da política pública.		

Fonte: Adaptado de Secchi (2017).

É importante esclarecer que nos estudos de implementação e avaliação os objetos de estudo são diferentes. Enquanto na avaliação o foco encontra-se na comparação dos resultados alcançados com os anteriormente previstos, bem como na utilização de indicadores para auferir as metas e os objetivos, na etapa de implementação estudam-se os processos realizados, os comportamentos adotados, as medidas para sanar dificuldades, entre outras situações ocorridas durante a realização das atividades, e que levaram aos resultados alcançados; o foco é, portanto, no caminho percorrido e não apenas na chegada.

Esta distinção dos tipos de estudo foi feita para esclarecer sobre quais conceitos esta pesquisa foi baseada. Neste sentido, os termos acima tratados ainda não apresentam unanimidade em seus conceitos no Brasil, mas na literatura

internacional eles estão pacificados da forma como foram expostos e, por isso, utilizamos esta forma de vê-los para direcionar este trabalho.

## **2.2 Modelos de Análise de Implementação de Políticas Públicas**

O presente estudo tem como foco de análise a implementação de políticas públicas, a qual “de maneira indutiva e empírica descreve o que acontece, quais atores atuam, com quais motivos e com quais resultados” (FREY, 2000, p. 17); a implementação, então, é a fase do ciclo onde as ações para a concretização da política começam a ser desenvolvidas. Analisar esta etapa significa concentrar-se na etapa responsável, diretamente, pelo sucesso ou pelo fracasso da política. O planejamento foi realizado e as atividades serão iniciadas e, nesse momento, começam a surgir situações das mais diversas não previstas pelos formuladores da política.

Silva e Melo (2000) citam situações que podem surgir no decorrer do processo de implementação e que poderão se transformar em obstáculos no alcance dos objetivos da política: a) problemas relacionados à capacidade institucional dos agentes implementadores; b) problemas de natureza política na implementação de programas ou políticas; e, c) resistências e boicotes de pessoas afetadas pela política. Estes problemas surgem nesta fase e precisam de intervenção adequada, com o risco da política não seguir adiante.

Sendo assim, por esses e outros problemas que podem ocorrer no processo de implementação, os autores citados logo acima consideram esta etapa como um jogo em que o cenário encontrado pelos implementadores, muitas vezes, é caracterizado por incertezas, com o surgimento de contingências e falta de informações.

Por um tempo, pensava-se que a implementação das políticas era algo automático e o foco dos estudos deveria ser na etapa de planejamento da política. Contudo, com o passar do tempo, foi percebido que a implementação da política deveria compreender um esforço para se obter cooperação entre as pessoas responsáveis por desenvolvê-la, e que isso poderia levar a política a ser bem sucedida ou não; desta maneira, os estudiosos passaram a ver esta etapa com mais atenção (HEIDEMANN; SALM, 2009).

Esta visão corrobora as de Silva e Melo (2000), colocando a implementação como um jogo em que seria necessária muita negociação para garantir a cooperação de todos os atores envolvidos, uma vez que, na maioria dos casos, na implementação das políticas muitas instituições estão envolvidas, não havendo apenas um executor. Assim, neste caso, não haveria a possibilidade de cobrança por hierarquia, mas sim por parceria em um mesmo propósito, ou seja, funcionando como redes de implementação.

Ainda, Silva e Melo (2000) afirmam que a implementação gera informações sobre as atividades desenvolvidas e o problema que deverá ser resolvido e, assim, acaba orientando novas políticas, funcionando, também, como um processo de aprendizagem se houver registro dos ocorridos e compartilhamento de informações.

Consoante citado anteriormente, apenas há pouco tempo atrás foi possível observar e entender que a implementação não é algo automático, mas que depende de diversos fatores. Com isso, a preocupação em estudar o processo de implementação cresceu, recebendo contribuições de estudos que viam, justamente, esta etapa como sendo essencial para o sucesso da política.

Uma destas contribuições foi dos autores Pressman e Wildavsky, citados por Secchi (2017), que lançaram um livro intitulado “Implementação: como grandes expectativas em Washington são frustradas em Oakland”, publicado em 1973. Estes autores concluíram que a implementação não é apenas uma questão que envolve problemas técnicos ou administrativos, mas uma fase que envolve uma gama de elementos políticos que podem levar à frustração os melhores planejamentos. Assim, muitas vezes, mesmo os planejamentos mais bem elaborados podem ser fracassados por diversos motivos, alguns explícitos e outros nem tanto.

Rua e Romanini (2013) afirmam, neste sentido, que o primeiro ponto a se enfatizar sobre a implementação de Políticas Públicas é que não se trata de um processo automático, dependendo de diversos fatores que vão além do simples conhecimento dos objetivos e das normas. A necessidade de cooperação entre os diversos setores, as decisões com ambiguidade, os objetivos sendo definidos em função dos meios, as reformulações frequentes nos objetivos de tal forma que quem está executando perde a noção de qual é, de fato, o objetivo a ser atingido, os diferentes níveis de governo ou os diferentes responsáveis pela implementação, gerando perda de controle no processo, são exemplos de situações reais que ocorrem durante esta fase e que não são previstas no momento da elaboração.

Partindo deste entendimento de que a implementação não é automática, a necessidade de estudar esta etapa para verificar o que ocorre durante o processo ganhou força ao longo dos anos. De acordo com Cardim (2006) *apud* Mota (2010), os estudos sobre implementação tratam acerca de diversos assuntos, entre eles: como ocorre, na prática, a execução das decisões tomadas; como os objetivos são percebidos e comunicados por quem os concebe; qual a percepção destes objetivos pelos destinatários; e, como eles avaliam o cenário que circunda a política e suas dificuldades de possibilidades de intervenção.

Sendo assim, nas pesquisas sobre implementação, o foco é o processo de implementação, seus elementos, seus contornos, suas relações e seu desenvolvimento ao longo do tempo (SECCHI, 2017).

Até aqui, é possível observar que a análise desta etapa pode contemplar diversos aspectos e, para tanto, é necessária a escolha de uma perspectiva a ser utilizada. Camões e Meneses (2016) afirmam, ainda, que a academia categorizou os estudos da área de implementação a partir de duas perspectivas principais: *top-down* e *bottom-up*.

### **2.2.1 Modelo top-down**

Este modelo nasceu em meados da década de 1970, mas se desenvolveu de fato nos anos 1980, seguindo a ideia dos autores Pressman e Wildavsky, citados anteriormente, porém adotando uma perspectiva racional e prescritiva, com uma influência Weberiana no sentido que, ao se determinar uma atividade a ser realizada, de forma racional, indicar-se-ia como ela deveria ser feita e quem deveria executar, o que seria suficiente para que a atividade fosse realizada da forma anteriormente definida; então, o correto é definir uma “receita” ideal para a implementação (MOTA, 2010).

Matias-Pereira (2012a) argumenta que o modelo *top-down* aborda o porquê de certas políticas terem sucesso e outras não, entendendo que a implementação é a simples execução de atividades conforme determinada pelos formuladores, e que sendo realizada conforme prevista o sucesso seria inevitável. Sabatier e Mazmanian (1980) *apud* Rua e Romanini (2013) referem que a análise da implementação visa, em primeiro lugar, identificar as variáveis que afetam a consecução dos objetivos da política durante o processo de execução. Essas variáveis são classificadas pelos autores como: tratabilidade (grau de facilidade ou dificuldade em lidar com o

problema); capacidade dos dispositivos legais de estruturar o processo da implementação (criar regras bem claras com definição dos papéis de cada ente envolvido); e, por último, seriam as variáveis políticas do contexto no apoio aos objetivos da política pública (apoio político para legitimar a política). Segundo estes autores, para que uma política tivesse sucesso, estas variáveis precisariam ser observadas a fim de aumentar a probabilidade de sucesso da política.

A perspectiva *top-down* se concentra no grau em que as ações realizadas e os objetivos coincidem buscando identificar lacunas de implementação e, assim, verificar as causas dessas lacunas. Esta visão acredita que a causa do não alcance de determinados objetivos provavelmente seja a não observância do “modo correto” de execução. As etapas do estudo baseado no modelo *top-down* são descritas por Hill (2009) como sendo: a) delimitação dos atores; b) diferenciação entre formuladores e implementadores; e, c) mensuração de poder entre eles. O modelo, portanto, está preocupado com “a eficiência de programas governamentais específicos e com a habilidade dos funcionários eleitos em guiar e constranger o comportamento dos servidores civis e do grupo-alvo” (MATIAS-PEREIRA, 2012b, p. 34).

Secchi (2017) afirma, neste sentido, que uma pesquisa que se utiliza da perspectiva *top-down* deverá se concentrar, inicialmente, em conhecer e descrever os documentos que formalizam a política, buscando identificar os objetivos, os elementos punitivos ou de recompensa, a descrição dos destinatários, entre outros elementos.

Ainda, algumas críticas são atribuídas a este modelo por autores como Matland (2005) *apud* Camões (2013), Hill (2009) e Silva e Melo (2000), e são resumidas no Quadro 3.

Quadro 3 – Resumo das críticas ao modelo *top-down*.

Matland (2005) <i>apud</i> Camões (2013)	O modelo desconsidera informações anteriores ao processo de formulação que podem ter influenciado as decisões envolvidas na construção da política. Nesta perspectiva não são analisados os processos políticos durante a execução e nem as negociações, por exemplo, focando apenas na atividade administrativa formal. Há um foco no controle das atividades administrativas dos implementadores para que estes executem estritamente o que foi definido, para que não ocorram problemas.
Hill (2009)	Segundo este autor, algumas políticas são criadas apenas para acalmar um conflito ou clamor de um grupo, não tendo, assim, propósitos reais e não dispondo de recursos e condições para a execução, o que acaba influenciando, obviamente, o resultado. Ainda nesta visão, são desconsideradas as decisões tomadas no processo de implementação, acreditando-se que decisões são tomadas apenas na etapa de formulação, atribuindo a esta etapa um caráter mais estático.
Silva e Melo (2000)	Estes autores afirmam que este modelo pressupõe uma visão irrealista da máquina pública, vendo-a como perfeita, detentora de recursos ilimitados, com coordenação perfeita, informações atualizadas e disponíveis, enfim, um sistema perfeito.

Fonte: A autora (2018).

A partir desta época, os analistas retiraram o foco da concepção, dos objetivos e da estrutura de comando, dentre outros aspectos mais formais e voltaram a atenção para a rede de atores envolvidos nos resultados das políticas. A execução automática foi questionada e rejeitada por estes analistas, e outro entendimento passou a ser consolidado, o de que os implementadores dispunham de certa discricionariedade e que isso poderia ser benéfico. Essas críticas levantaram questões que foram utilizadas por outros pesquisadores para o desenvolvimento de outra perspectiva: a *bottom-up*.

### **2.2.2 Modelo *bottom-up***

O modelo *bottom-up* compreende a implementação como um conjunto de estratégias criadas pelos implementadores para a solução de problemas rotineiros (RUA; ROMANINI, 2013). Essa perspectiva surgiu no final dos anos 1970 e início dos anos 1980, rejeitando, de forma clara, a ideia de que os implementadores seguiriam os objetivos de forma automática, e defende que deveria ser dada atenção especial às redes, aos atores envolvidos na política e aos processos de negociação para alcance dos consensos (MOTA, 2010).

Este modelo de análise “prevê a observância das decisões nos níveis mais altos da hierarquia organizacional e do papel dos implementadores, os que estão mais próximos do público-alvo” (CAMÕES; MENESES, 2016, p. 86). Neste modelo, portanto, a análise se concentra na ação dos implementadores, em suas

negociações e nos conflitos existentes durante o processo, enfim, na interação entre todos os atores envolvidos.

Para Matias-Pereira (2012a), o eixo central desta análise são os problemas percebidos pelos atores na fase de implementação e as estratégias para superá-los. A ênfase, então, é o processo político para compreender a interação dos atores encarregados em executar a política, uma vez que estes possuem participação ativa e não somente passiva.

Sendo assim, Secchi (2017) entende que uma pesquisa sob a perspectiva *bottom-up* verificará como a política está sendo aplicada e o que os implementadores têm feito para torná-la concreta, bem como quais são os desafios e as dificuldades encontradas para, a partir disso, verificar como a política deveria ser, ou seja, identificar os porquês dos desalinhamentos. Lipsky (1980) *apud* Mota (2010, p. 31) afirma, ainda, que grande parte dos estudos baseados nesta perspectiva conclui que o sucesso ou o fracasso das políticas vai depender do “compromisso e das competências dos atores diretamente envolvidos na implementação”.

Neste sentido, os estudos sobre a fase de implementação tornam-se aliados na análise das atividades do Estado, subsidiando-o com informações durante as atividades para que a política atinja seus propósitos.

No próximo tópico, será abordada a Política Pública alvo da análise deste trabalho: a PNEPS.

## **2.3 Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS**

Nesta seção aborda-se o processo de construção da PNEPS. Inicialmente, apresenta-se uma retrospectiva do processo de educação na saúde, depois uma discussão sobre educação permanente e educação continuada e, por fim, a configuração atual da PNEPS em termos formais no âmbito nacional.

### **2.3.1 Formação e desenvolvimento de trabalhadores em saúde**

A busca pela eficiência e eficácia das ações governamentais passa, com certeza, pela questão dos recursos humanos. A importância das pessoas no processo produtivo, como um recurso que pode gerar diferencial, já estava sendo ressaltada por algumas teorias administrativas da ciência da Administração há

bastante tempo; as teorias das Relações Humanas (1927), Comportamental (1932 a 1940), Administração por Objetivos (1954) e Desenvolvimento Organizacional (1962), entre outras, já apresentavam esse entendimento (RIBEIRO, 2003).

À medida que o setor de saúde foi crescendo, a necessidade de melhorar o gerenciamento foi se tornando cada vez mais evidente em todas as áreas, e, na área dos recursos humanos, não seria diferente. CONASS (2011a) argumenta que a área de recursos humanos precisa lidar com diversos desafios, uns já conhecidos de outras épocas, e com os novos relacionados ao novo perfil dos trabalhadores e dos gestores de saúde aptos para contribuir com o sistema, a formação dos trabalhadores necessários e a qualificação dos que já atuam, assim como da necessidade de os estados e municípios organizarem suas áreas de gestão do trabalho e da educação.

A formação e o desenvolvimento de trabalhadores fazem parte dos processos de gestão de pessoas e têm como objetivo capacitar os profissionais da instituição, de maneira que estes possam estar aptos para atender as demandas em seu trabalho. Com o avanço da tecnologia e a facilidade de acesso à informação, a necessidade de atualização constante se torna imperial.

Em ambientes instáveis, ou ambientes de mudanças rápidas – como é o setor de saúde –, a formação e o desenvolvimento têm grande importância para a prestação de um serviço eficiente e eficaz. Desta forma, a compreensão deste processo por parte dos gestores de saúde pode trazer melhorias diretas e indiretas para o sistema de saúde pública.

As discussões sobre este assunto no setor de saúde não são recentes, porém seus enfoques mudaram com o passar do tempo. Na década de 1960, mais especificamente em 1963, ocorreram a III Conferência Nacional de Saúde e a I Reunião de Ministros da Saúde das Américas, onde questões como carência e má distribuição de pessoal foram objetos de discussão. Ainda nesta mesma década, ocorreu a IV Conferência Nacional de Saúde, em 1967, onde o tema central foi Recursos Humanos para as atividades de saúde, com debates sobre o profissional que o Brasil precisava, a formação de pessoal de nível médio e auxiliar e a responsabilidade das instituições educacionais no desenvolvimento de uma política de saúde (SILVA; SILVA; BRAGA, 2009).

Nos anos 1970, o cenário no continente latino-americano era de discussão do papel do Estado como promotor do desenvolvimento e da solidariedade social,

com a responsabilidade ainda de prover os serviços considerados básicos, como previdência social, educação e saúde. Este papel era considerado unânime até então, porém, nesta época, surge o movimento das teorias do Estado mínimo e, assim, o consenso acaba. O cenário era de mudança de modelo de Estado, o qual passa de um modelo provedor para um modelo regulador (CONASS, 2011a).

Saindo de um período de regime autoritário, surgem os segmentos sociais de trabalhadores e da sociedade civil que se organizavam para lutar por seus direitos tentando reconstruir uma nova sociedade, um novo Estado de Direito. Um desses movimentos, na área de saúde, foi o Movimento da Reforma Sanitária, que era composto por médicos e outros profissionais preocupados com o setor saúde.

Na época, apresentava as seguintes características: forte crescimento do número de trabalhadores da saúde devido a expansão da assistência médica previdenciária; inclusão de profissionais de níveis médio e elementar; expansão da formação de nível superior no segmento privado; assistência médica privada, com médicos e atendentes sem especialização e com salários baixos, financiada pelo setor público; oferta de médicos nos grandes centros e enorme necessidade nos municípios; aumento na participação feminina no mercado de trabalho; múltiplos vínculos de trabalho; e, aumento de emprego no setor privado (MÉDICI, 1986).

Todo esse panorama exigia a atuação do governo no sentido de criar políticas para suprir e regular o setor em todos os aspectos, incluídos os recursos humanos, indispensáveis à criação, ampliação e melhoria do setor para atender as novas demandas do mercado e da população.

Moyses e Machado (2010) fazem uma breve revisão, tanto da literatura como dos documentos relacionados a recursos humanos na saúde nos anos 1970 até o início dos anos 1980, e concluem que o foco central dos setores de recursos humanos da época diz respeito a questões sobre a formação/preparação de trabalhadores, sua distribuição territorial e a integração ensino/serviço.

Nesta época, estava sendo firmado um acordo de grande relevância para a área de Recursos Humanos em saúde e para o sistema de saúde como um todo: a Cooperação Técnica OPAS – Brasil, firmado em 1973 entre a OPAS e o governo brasileiro, representado pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), com o objetivo de criar um programa de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde no país.

Nesta mesma época, em 1975, ocorreu a V Conferência Nacional de Saúde onde o assunto Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos foi tratado nas Exposições Especiais, sendo que o Ministério da Educação e Cultura propôs uma efetiva integração com os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social objetivando uma única maneira de pensar e agir que pudesse contribuir para a racionalização na formação de recursos humanos para a saúde em todos os níveis (SAYD; VIEIRA; VELANDIA, 1998).

Pires-Alves e Paiva (2006) citam alguns dos resultados e dos desdobramentos da cooperação OPAS – Brasil: o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS); a contribuição para o processo histórico da moderna reforma sanitária brasileira; e, indiretamente, a organização do sistema de saúde no país. O PPREPS, proposto em 1976, tinha como objetivo principal adequar a oferta de recursos humanos às necessidades do setor de saúde, tanto em termos quantitativos como qualitativos, observando o cenário que estava posto no país.

Moyses e Machado (2010) citam o Relatório do Grupo Interministerial de Recursos Humanos<sup>1</sup> no qual foi feita menção da necessidade de criação de programas institucionais de Educação Permanente para todos os trabalhadores, independentemente do seu nível. Essa menção foi feita nas recomendações do relatório do grupo, onde foi sinalizada a necessária integração das instituições ensino-serviço para uma formação mais próxima da realidade da população, assim como a imprescindível continuidade e atualização dos conhecimentos para que o profissional estivesse, de fato, capacitado para atuar neste setor tão complexo.

Neste mesmo relatório, o grupo sugere a criação de uma Comissão Permanente de Recursos Humanos para a Saúde, a qual teria como responsabilidades o diálogo permanente com as instituições de ensino e de serviço para proporcionar a tão necessária integração entre os dois. Outra atribuição seria a constante aferição e reajuste dos recursos humanos com vistas a adequá-los às reais necessidades do setor saúde (BRASIL, 1981). Essa aferição e reajuste deveriam surgir de estudos e debates constantes sobre os Recursos Humanos, o que, segundo o próprio relatório, não poderia ficar a cargo de comissões transitórias, devendo ser uma preocupação constante do governo.

---

<sup>1</sup> Grupo criado pelo Governo da República, em 1978, para estudar a situação dos Recursos Humanos da Área da Saúde e propor medidas visando sua melhoria.

As discussões ocorridas até aqui estavam abrindo caminhos para a crescente discussão sobre a temática da formação e do desenvolvimento de trabalhadores em saúde. Para tanto, congressos, conferências, debates e estudos estavam sendo, e ainda seriam, realizados na tentativa de analisar este precioso “recurso” no processo de saúde.

Em 1982, aconteceu o 2º Encontro Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos na Saúde, que trouxe o entendimento de que o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde é um processo dinâmico e que deve ser integrado à política nacional de saúde, visando o aprimoramento técnico, o crescimento pessoal e a evolução dos trabalhadores no setor. Este evento foi realizado com a cooperação de diversos órgãos, como MEC, MPAS, OPAS e órgãos estaduais (MEDICI *et al.*, 1992 *apud* CONASS, 2011a).

Em meio a todo um contexto de lutas sociais e intenso debate político que ocorreu em 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, marco para a saúde no país, pois, nas discussões, pela primeira vez na história do país, a saúde foi tratada como elemento da agenda dos direitos civis, ou seja, um direito do cidadão e um dever do Estado (SAYD; VIEIRA; VELANDIA, 1998).

Nesta conferência, um dos temas centrais discutido foi a Reformulação do Sistema Nacional de Saúde que resultou na recomendação da criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Dentre todos os aspectos que deveriam ser observados para a efetivação do SUDS, a temática de Recursos Humanos foi amplamente discutida e, por isso, em outubro do mesmo ano, foi realizada a I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde (CNRHS), que teve como tema central: Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária (SAYD; VIEIRA; VELANDIA, 1998).

A partir destas duas conferências, o foco das discussões sobre Recursos Humanos saiu de um aspecto mais estatístico, com estudos voltados para o levantamento da força de trabalho existente e necessária, os déficits, os aspectos do sistema de ensino, etc., para assuntos relacionados à valorização do profissional, à preparação de recursos humanos e ao compromisso social (MOYSES; MACHADO, 2010).

Neste sentido, entende-se que a I Conferência Nacional de Recursos Humanos contribuiu com a proposição de uma agenda para o Movimento da Reforma Sanitária quanto a constituição da força de trabalho para o setor saúde,

sendo isto uma condição para que, de fato, o SUS pudesse, efetivamente, funcionar (SILVA; SILVA; BRAGA, 2009).

Após a Constituição de 1988, e a publicação das leis complementares 8.080/90 e 8.142/90, a área de Recursos Humanos passa a ganhar mais destaque devido ao entendimento das pessoas como corresponsáveis pelo desenvolvimento do Sistema de Saúde que estava nascendo. Todas as mudanças que estavam ocorrendo na época e a complexidade que a cada dia aumentava só mostravam a necessidade do aperfeiçoamento, da capacitação específica para o setor e da adaptação a novas realidades, enfim, tudo apontava para a necessidade da criação de uma política que viesse a ter como objetivo o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, com uma metodologia própria adequada ao ambiente de saúde.

Em 1992, acontece a IX CNS na qual foi enfatizada a indispensável criação de uma Política Nacional de Gestão do Trabalho, com a justificativa de que sem ela o SUS não poderia ser concretamente implementado, uma vez que a questão da força de trabalho no SUS deveria ser tratada de forma ordenada e racional, alimentando os debates para a II CNRHS que seria realizada no ano seguinte (SARRETA, 2009).

Sendo assim, após a I Conferência Nacional de Recursos Humanos, foram realizadas mais duas conferências na área, sendo que a segunda ocorreu em 1993 e a terceira em 2003, 17 anos depois da primeira. A II CNRHS (1993) teve pouca adesão comparada com a anterior, e as discussões do evento partiram da constatação da “ausência de uma Política para os trabalhadores da saúde e as consequências prejudiciais para a implementação do SUS” (SARRETA, 2009, p. 162).

Antes da III CNRHS aconteceram três CNS's e, em todas, o assunto Recursos Humanos foi tratado e discutido amplamente. Na X CNS (1996) ficou definido que o Ministério da Saúde deveria criar uma norma com princípios que regulassem a relação do governo com os trabalhadores e que, por fim, fosse criada uma política nesta área – a política e a norma não haviam sido criadas até a CNS seguinte.

Em 2000, a XI CNS é realizada quatro anos depois da anterior, quando a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH) tem seus princípios aprovados buscando a valorização do trabalho e a regulamentação das relações de trabalho. Sarreta (2009) afirma que a NOB/RH apresentou poucos resultados devido

a política neoliberal vigente na época, que trouxe para os recursos humanos uma situação de precarização do trabalho. Desta maneira, todo esse cenário político, econômico e social foi ambiente para a XII CNS, em 2003, a qual teve como um dos eixos temáticos “o trabalhador em saúde”, que deveria contribuir para criar o “SUS que queremos”.

No mesmo ano (2003), acontece a III CNRHS que, na época, teve o nome do evento modificado para III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. A expressão recursos humanos foi substituída e a fala do então Secretário de Gestão do Trabalho do Ministério da Saúde, Dr. Eduardo Campos, quanto a isso foi de que os trabalhadores não são meros insumos, pois eles são os próprios serviços de saúde (MOYSES; MACHADO, 2010).

Ainda em 2003, o Ministério da Saúde cria a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) com o objetivo de “implementar uma política de valorização do trabalho no SUS e dos trabalhadores de saúde em conformidade com os seus princípios e diretrizes” (BRASIL, 2005, p. 9). Com isso, no mesmo ano, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), da SGTES, junto com a Comissão Intersectorial de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde e, ainda, com a participação de instituições de ensino mantidas pelo Ministério da Saúde, a partir de discussões e estudos, iniciaram a construção do que seria esta política. A proposta resultante destes esforços foi a “Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde”, debatida e aprovada na XII Conferência Nacional de Saúde e no Conselho Nacional de Saúde, que a publicou sob a Resolução nº 335 de 2003 (CARDOSO, 2016).

A sequência dos eventos ocorridos a partir do lançamento da Resolução citada acima, como a instituição da Política pelo governo e as principais ações decorrentes de sua aprovação serão mais detalhadas no tópico seguinte.

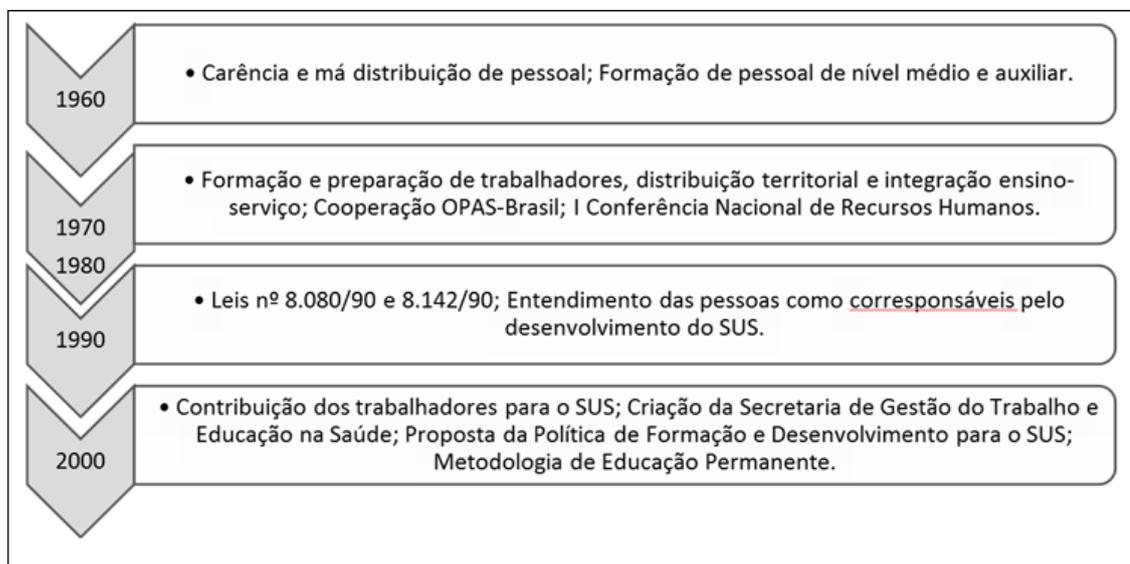
O nome dado à política indica um processo, ou alternativas, para a chamada educação permanente em saúde: mas, o que seria isso? Seria uma permanente atualização dos conhecimentos? Seriam capacitações constantes? Assim, para entender um pouco a proposta, novamente é necessário lembrar as características do setor saúde, assim como de um de seus maiores desafios, qual seja: gerir pessoas, uma vez que a gestão de pessoas se configura em tarefa nada fácil, independentemente da organização e da época que estamos tratando.

No setor saúde, a diversidade de vínculos, as escalas de trabalho que muitas vezes levam a parada e impossibilitam o deslocamento do profissional para a sala de aula, a rapidez com que as mudanças ocorrem e o uso das mídias e tecnologias da informação no aprendizado precisam ser compreendidos e analisados identificando os desafios e as oportunidades na gestão de pessoas em saúde, uma vez que, mesmo neste ambiente turbulento, elas precisam estar preparadas para aprender e reaprender.

Diante deste contexto de limitações e também de oportunidades, buscava-se uma metodologia de aprendizado que esteja mais próxima do profissional e de seu cotidiano, retratando problemas reais e específicos de cada instituição, pois cada uma tem as suas diferenças. Para tanto, a aproximação do ensino com o serviço sempre foi desejada, incentivada e até mesmo promovida a partir de projetos e atividades, porém ainda hoje é um desafio.

Ciente desta necessidade, uma metodologia de aprendizado foi proposta na política apresentada: a Educação Permanente, a qual, por vezes, é confundida ou tratada como sinônimo de Educação Continuada. Então, para elucidação destes dois conceitos, suas diferenças serão expostas a seguir para, na sequência, tratar da PNEPS em si. Portanto, o Quadro 4 mostra um resumo das principais discussões sobre Recursos Humanos no setor de saúde a partir de 1960.

Quadro 4 – Resumo das discussões sobre Recursos Humanos.



Fonte: A autora.

No Quadro 4 é possível observar que as discussões evoluíram e saíram de uma perspectiva quantitativa, que visava apenas o atendimento às necessidades de mão de obra, para uma perspectiva mais qualitativa, voltada para o aprimoramento dessa mão de obra e para o reconhecimento de sua importância para o bom desempenho do setor.

#### **2.4 PNEPS: configurações em termos de estrutura e funcionamento no âmbito nacional**

A PNEPS surgiu após um intenso debate sobre a necessidade de se tratar a temática formação e desenvolvimento de trabalhadores como uma Política Nacional, de forma que esta tivesse a atenção e a força de uma medida dessa natureza. Para tanto, eventos, debates, reivindicações e estudos foram realizados até que se chegasse ao “embrião” da política, no ano de 2003 (CARDOSO, 2016).

Na administração pública, em especial na Gestão do Sistema de Saúde, apesar das diversas Conferências Nacionais de Saúde (desde a década de 1950 até meados de 1980) já tratarem deste assunto, a preocupação dos gestores públicos nesta área voltava-se, em grande parte, para o financiamento e para a organização da assistência à saúde (BRASIL, 2011). Sendo assim, somente a partir da década de 1980, com todas as exigências do novo modelo de gestão de administração pública requerido pela sociedade, o trabalhador passa a ser o centro do processo, ampliando as discussões sobre a gestão do trabalho de forma a proporcionar ao serviço público servidores capacitados aptos a contribuir para uma gestão eficiente e eficaz que se espera a partir de agora (BRASIL, 2011), uma vez que o setor havia crescido muito e havia a necessidade de preparar pessoas para trabalhar.

No fim da década de 1970, o país contava com 13.133 estabelecimentos de saúde e, em 2002, já havia 67.612 locais com um déficit de pessoal muito grande em todo o país – de maneira mais intensa, claro, nas cidades e estados mais distantes dos grandes centros urbanos. Para sanar esse problema, era necessária, de fato, uma política nacional (CONASS, 2011 a).

Em 4 de setembro de 2003, o plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a proposta do Ministério da Saúde “Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde”,

a qual foi pactuada pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT) em 18 de setembro do mesmo ano (CARDOSO, 2016).

Em 2004, o Ministério da Saúde publica a Portaria nº 198, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Nesta portaria, a condução da política ficava a cargo dos chamados Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, instâncias interinstitucionais e locais/regionais/rodas de gestão, com funções de: identificar as necessidades de formação, mobilizar a formação de gestores, fazer articulações com as instituições de ensino para a formação de profissionais, entre outras (BRASIL, 2004).

Em fevereiro de 2006, o Ministério da Saúde publica a Portaria nº 399 instituindo o Pacto pela Saúde que, em

suas três dimensões – Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão –, possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL, 2006, p. 7).

O Pacto pela Saúde trouxe mudanças para o SUS em todas as áreas, isto é, na assistência, no financiamento, na organização e no planejamento, e algumas políticas precisaram ser adaptadas e ampliadas, sendo que, na área de educação permanente, o acordo era “avançar na Política Nacional de Educação Permanente”. Este compromisso consta no Pacto pela Gestão do SUS, no tópico referente à Educação na Saúde, e tem as seguintes diretrizes:

- a) Avançar na implementação da Política Nacional de Educação Permanente por meio da compreensão dos conceitos de formação e educação permanente para adequá-los às distintas lógicas e especificidades;
- b) Considerar a educação permanente parte essencial de uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação do SUS e que comporta a adoção de diferentes metodologias e técnicas de ensino-aprendizagem inovadoras, entre outras coisas;
- c) Considerar a Política Nacional de Educação Permanente na Saúde uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, tendo como orientação os princípios da educação permanente;
- d) Assumir o compromisso de discutir e avaliar os processos e desdobramentos da implementação da Política Nacional de Educação Permanente para ajustes necessários, atualizando-a conforme as

experiências de implementação, assegurando a inserção dos municípios e estados neste processo;

e) Buscar a revisão da normatização vigente que institui a Política Nacional de Educação Permanente na Saúde, contemplando a conseqüente e efetiva descentralização das atividades de planejamento, monitoramento, avaliação e execução orçamentária da Educação Permanente para o trabalho no SUS;

f) Centrar o planejamento, programação e acompanhamento das atividades educativas e conseqüentes alocações de recursos na lógica de fortalecimento e qualificação do SUS e atendimento das necessidades sociais em saúde;

g) Considerar que a proposição de ações para formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde para atender às necessidades do SUS deve ser produto de cooperação técnica, articulação e diálogo entre os gestores das três esferas de governo, as instituições de ensino, os serviços e controle social e podem contemplar ações no campo da formação e do trabalho (BRASIL, 2006, p. 39).

Com essas novas diretrizes, os gestores das três esferas de gestão do SUS firmavam um compromisso em, de fato, implementar a PNEPS, pois as medidas exigiam ações mais concretas para operacionalizar a política. Na mesma época, foi realizado um estudo pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) com o título: “Pesquisa de Avaliação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e, em especial, da Estratégia dos Polos de Educação Permanente”. Os resultados desta pesquisa, somados as adaptações exigidas pelo Pacto pela Saúde, levaram o Ministério da Saúde a substituir a Portaria nº 198 (FRANÇA, 2016).

Desta forma, no ano de 2007, a Portaria GM/MS nº 198 foi substituída pela Portaria GM/MS nº 1.996, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da PNEPS, a qual criou mecanismos para tornar a política mais exequível (BRASIL, 2007). Assim, logo no preâmbulo da Portaria GM/MS nº 1.996/2007, encontramos o conceito de educação permanente como sendo:

conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (BRASIL, 2007, p. 1).

A visão voltada para a regionalização, ideia oriunda do Pacto pela Saúde, pode ser observada no art. 1º da Portaria GM/MS nº 1.996/2007, que diz:

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 de ações formais de educação na saúde (BRASIL, 2007, p. 1).

Assim, a questão de trabalhar saúde de forma regionalizada e, então, pensar na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores baseados nas especificidades da região começa a ser uma exigência da política, ou seja, pensar a formação baseada nas necessidades da população, em formação que gere resultados. As principais mudanças ocorridas nesta substituição foram: a instituição dos Colegiados de Gestão Regional e das Comissões de Integração Ensino-Serviço em substituição aos Polos de Educação Permanente (mais duas instâncias); elaboração de Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde; Termos de Compromisso; e, quanto aos repasses financeiros, que a partir daquele momento deveriam ser fundo a fundo (CONASS, 2011 a).

Portanto, todas essas mudanças buscavam a efetiva implementação da PNEPS a partir daquele período. O CONASS (2011 a) elenca, ainda, as pactuações voltadas ao desenvolvimento da PNEPS após a instituição do Pacto pela Saúde, quais seja:

- a) Residência Multiprofissional de Saúde;
- b) Pró-Residência;
- c) Projeto Piloto de Revalidação de Diplomas de Médico Obtidos no Exterior;
- d) Pró-Internato Médico;
- e) Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde);
- f) Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde);
- g) Programa Nacional de Telessaúde;
- h) Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial no SUS (PNDG);
- i) Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UnA-SUS);
- j) Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES);
- k) Programa de Formação Profissional na Área de Saúde (Profaps);
- l) Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS);
- m) Formação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS);

Todos esses projetos tinham o objetivo de efetivar a PNEPS resolvendo grandes gargalos para a sustentação do SUS, como a pouca oferta de vagas nos cursos superiores e técnicos da área da saúde e a necessidade de capacitação constante.

Neste momento, serão apresentadas as instâncias de condução da PEPS segundo a Portaria GM/MS nº 1.996/2007, assim como suas atribuições.

#### **2.4.1 Instâncias de condução da PEPS**

A Portaria GM/MS nº 1.996/2007 trouxe como novidade a definição de algumas instâncias responsáveis pela condução e implementação da política nos âmbitos municipal, estadual, distrital e nacional, tendo cada uma delas papéis e atribuições (BRASIL, 2007). As instâncias, neste sentido, deveriam atuar em conjunto para identificar as necessidades de formação e desenvolvimento de trabalhadores em saúde e criar condições para saná-las a partir da articulação com instituições de ensino, assim como acompanhar a realização das ações. Abaixo segue uma descrição de cada uma das instâncias conforme prevista na legislação.

O art. 2º da Portaria nº 1.996/2007 afirma que a condução regional da PNEPS se dará por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) com a participação das Comissões de Integração Ensino Saúde (CIES). A primeira instância, que é onde se inicia o processo de levantamento das reais necessidades de formação, era chamada de Colegiado de Gestão Regional (CGR), porém, em 2011, a partir do Decreto nº 7.508, de 28 de junho (que trata sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa), foi substituída pelas Comissões Intergestoras Regionais (CIR's) (FRANÇA, 2016). Segue abaixo a citação da nova instância, mas optou-se por manter, também, a nomenclatura da antiga para facilitar o entendimento, visto que não houve, ainda, alteração na Portaria nº 1.996/2007.

##### **a) Comissão Intergestora Regional (CIR) substituta dos Colegiados de Gestão Regional (CGR)**

Nas CIR's é discutida e decidida, de maneira consensual, toda a gestão da saúde no âmbito regional, devendo zelar por um planejamento integrado na gestão descentralizada da saúde, sendo compostas por representantes do Estado e dos

municípios integrantes de região de saúde específica; as CIR's antecedem a CIB estadual (DAYRELL, 2015).

É possível perceber que, nas CIR's, não são discutidos apenas assuntos pertinentes à Educação Permanente, mas sim todos os assuntos referentes à gestão da saúde naquele território e, assim, estão incluídos os assuntos de formação e desenvolvimento de trabalhadores em saúde. Como as CIR's substituíram os CGR's nas questões relacionadas à Educação Permanente, as suas atribuições referentes a este assunto são aquelas definidas no art. 4º da Portaria nº 1.996/2007, quais sejam:

- I – Construir coletivamente e definir o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde para a região, a partir das diretrizes nacionais, estaduais e municipais (da sua área de abrangência) para a educação na saúde, dos Termos de Compromisso de Gestão dos entes federados participantes, pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde;
- II – Submeter o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para homologação;
- III – Pactuar a gestão dos recursos financeiros no âmbito regional, que poderá ser realizada pelo Estado, pelo Distrito Federal e por um ou mais municípios de sua área de abrangência;
- IV – Incentivar e promover a participação nas Comissões de Integração Ensino-Serviço, dos gestores, dos serviços de saúde, das instituições que atuam na área de formação e desenvolvimento de pessoal para o setor saúde, dos trabalhadores da saúde, dos movimentos sociais e dos conselhos de saúde da sua área de abrangência;
- V – Acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação em saúde implementadas na região; e,
- VI – Avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações caso necessário (BRASIL, 2007, p. 2).

A CIR possui uma função estratégica de construir o Plano de Ação de Educação Permanente em Saúde (PAEPS), sendo uma instância composta por diversos atores, proporcionando uma visão mais completa do setor saúde e de suas necessidades relacionadas à formação e ao desenvolvimento de trabalhadores. Assim, para o desenvolvimento destas atividades tão essenciais à gestão da saúde, as CIR's devem contar com o apoio de uma instância que veremos a seguir.

#### b) Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES)

A CIES tem papel fundamental na execução da PNEPS e, como sua composição é intersetorial, essa instância tem a proposta de aproximar mais as instituições prestadoras de serviço das instituições de ensino, melhorando o

processo de ensino para a nova geração. Ainda, tem como função participar da formulação, da condução e do desenvolvimento da política de Educação Permanente a partir do Plano Estadual de Saúde. Esta comissão deverá ser composta pelos gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal, e conforme as especificidades de cada região, por:

Art. 5º

- I – Gestores estaduais e municipais de educação e/ou seus representantes;
- II – Trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas;
- III – Instituições de ensino com cursos na área da Saúde, por meio de seus distintos segmentos; e,
- IV – Movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS (BRASIL, 2007, p. 2).

A composição das CIES é importante, uma vez que determinará, indiretamente, a visão a ser utilizada nos projetos, assim como a amplitude de suas ações. O art. 6º prevê as seguintes atribuições das CIES:

- I – Apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde da sua área de abrangência;
- II – Articular instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde, da legislação vigente, e do Plano Regional para a Educação Permanente em Saúde, além do estabelecido nos Anexos desta Portaria;
- III – Incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação;
- IV – Contribuir com o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde implementadas; e,
- V – Apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, na proposição de intervenções nesse campo e no planejamento e desenvolvimento de ações que contribuam para o cumprimento das responsabilidades assumidas nos respectivos Termos de Compromisso de Gestão (BRASIL, 2007, p. 2).

Uma das principais atribuições desta instância é a articulação com outras instituições para que a implementação da PEPS seja efetivada, tornando possível a execução do Plano Estadual de Educação Permanente.

Desta maneira, é possível perceber, com a descrição até aqui apresentada, qual o fluxo do processo de elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), que é o documento que norteará todas as atividades de EP no Estado. Primeiro, os municípios devem elaborar seus planos de saúde e, a partir

destes (não estão excluídas outras formas de levantamento), é possível identificar as necessidades de formação e desenvolvimento de pessoas para aquele município. Assim, os municípios participantes de uma região de saúde reúnem-se para debater as necessidades identificadas e as propostas para saná-las, auxiliados por uma CIES. Após estes debates, o Pano Regional de Educação Permanente em Saúde (PREPS) é elaborado e encaminhado para a Comissão Intergestora Bipartite (CIB), que dará sequência ao processo.

Abaixo, segue a apresentação da CIB, assim como seu papel junto a Educação Permanente em Saúde.

### c) Comissão Intergestora Bipartite (CIB)

A CIB é uma instância de pactuação no SUS responsável pelo planejamento integrado na gestão descentralizada da saúde, que tem o objetivo de estimular o debate e a negociação em todas as esferas de governo, sendo que seu papel foi reforçado no Pacto pela Saúde na parte que tratou da direção e articulação do SUS.

As CIB's e as Comissões Intergestoras Tripartites (CIT's) são instâncias onde ocorrem os processos de articulação entre os gestores. Este papel foi legitimado em 2011, com a Lei Federal nº 12.466, de 24 de agosto, que, em seu art. 14-A, traz os objetivos da atuação destas duas instâncias (DAYRELL, 2015), quais sejam:

- I – Decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde;
- II – Definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos Entes federados;
- III – Fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os Entes federados (BRASIL, 2011, p. 3).

Após esta lei, estas duas instâncias ganharam força, assim como legitimidade para decidir e emitir atos administrativos que obrigatoriamente precisam ser observados pelos gestores pertencentes a um determinado território. Neste sentido, estas não são mais instâncias subordinadas ao Ministério da Saúde ou da Secretaria de Saúde, mas sim instâncias de decisão do SUS (DAYRELL, 2015).

Por apresentar este papel de decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão do SUS, os projetos de Educação Permanente precisam ser pactuados na CIB. Para tanto, a legislação prevê uma CIES ligada a CIB para assessorá-la nas discussões sobre EPS e na elaboração de uma política para atender o Estado ao qual está vinculada. Esta CIES ligada a CIB tem ainda como atribuição contribuir nos processos de acompanhamento, monitoramento e avaliação da implementação das ações relacionadas à Educação na Saúde que constam no Plano Estadual de Saúde.

Segundo o art. 10 da Portaria nº 1.996/2007, esta CIES ligada a CIB deverá ser formada por:

- I – Representantes das Comissões de Integração Ensino-Serviço no Estado;
- II – Gestores e técnicos (municipais, estaduais e do Distrito Federal) indicados pela CIB para compor esse espaço; e,
- III – Um representante de cada segmento que compõe as Comissões de Integração Ensino-Serviço, conforme artigo 5º desta portaria (BRASIL, 2007, p. 2).

Assim, o objetivo com esta composição é garantir uma representatividade dos setores envolvidos no setor saúde daquele Estado. A Portaria nº 1.996/2007, no seu art. 11, ainda define como atribuições da CIB no âmbito da EPS:

- I – Elaborar e pactuar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde;
- II – Definir o número e a abrangência das Comissões de Integração Ensino-Serviço, sendo no mínimo uma e no máximo o limite das regiões de saúde estabelecidas para o Estado;
- III – Pactuar os critérios para a distribuição, a alocação e o fluxo dos recursos financeiros no âmbito estadual;
- IV – Homologar os Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde;
- V – Acompanhar e avaliar os Termos de Compromisso de Gestão estadual e municipais, no que se refere às responsabilidades de educação na saúde; e,
- VI – Avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações caso necessário (BRASIL, 2007, p. 2).

A CIB tem o papel de acompanhar a atuação das CIES e tem, ainda, a responsabilidade de pactuação dos recursos – atividade essencial para a execução das atividades previstas –, fazendo o elo entre as CIES, a CIR e a Secretaria Estadual de Saúde. Dando sequência ao processo de elaboração do PEEPS, a CIB, auxiliada por esta CIES citada acima, faz a análise dos PREPS e consolida estas

necessidades no PEEPS, homologando-o e, posteriormente, encaminhando-o para aprovação junto ao Conselho Estadual de Saúde.

d) Conselho Estadual de Saúde

As atribuições do Conselho Estadual referentes à EPS encontram-se no art. 12 da Portaria e consistem em definir as diretrizes da Política Estadual e aprovar a Política e o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), inserindo-o no Plano Estadual de Saúde, bem como acompanhar e avaliar a execução do Plano de Educação Permanente Estadual.

Assim, após análise do PEEPS, o Conselho Estadual aprova-o e segue-se para a implementação, que deverá ser conduzida pelas secretarias estadual e municipais de saúde. Cabe ressaltar, aqui, o papel do Conselho Estadual em acompanhar e avaliar a execução do Plano de Educação Permanente Estadual.

A partir deste momento, entram em cena as secretarias de Estado e municípios.

e) Secretarias de Saúde do Estado, Distrito Federal e Municípios

O art. 16 da Portaria nº 1.996/2007 esclarece que cabe às secretarias estaduais de saúde manter à disposição do MS e dos órgãos de fiscalização e controle todas as informações relativas à execução das atividades de Educação Permanente em Saúde, função também essencial a PNEPS, pois se trata de manter registro das atividades realizadas pelos municípios para posterior análise e avaliação (BRASIL, 2007).

A SES funciona, então, como órgão centralizador de informações e, também, de articulações visando auxiliar os municípios na execução dos projetos de Educação Permanente. Já no âmbito nacional tem-se o Ministério da Saúde, conforme descrição abaixo.

f) Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde

Nos artigos 20 e 21 da Portaria nº 1.996/2007 é possível perceber uma necessária articulação e cooperação entre estas duas instâncias (BRASIL, 2007), ou seja, o Ministério como elaborador da política e as secretarias como instâncias executoras precisam de um elo que vai além da comunicação estritamente formal, ocupando-se em, verdadeiramente, caminhar juntos visando uma boa e eficiente

implementação da política. Do contrário, os desafios da execução se tornam intranponíveis, esbarrando constantemente em aspectos não previstos na política, mas existentes a partir do início da implementação e oriundos, muitas vezes, das especificidades de cada região deste país de dimensões continentais, como é o caso do Brasil.

Sendo assim, estas duas instâncias devem atuar juntas no sentido de: manter um sistema de informação com dados referentes à formação nos mais diversos níveis, dar orientações sobre as ações propostas quanto a educação permanente, capacitar os membros das CIR's e da CIB para a gestão da PNEPS e definir instrumentos de monitoramento e de avaliação institucional nesta área.

O art. 21 da Portaria nº 1.996/2007 (BRASIL, 2007, p. 2) apresenta, ainda, algumas responsabilidades do MS, SES e SMS, quais sejam:

- I – Planejar a formação e a educação permanente de trabalhadores em saúde necessários ao SUS no seu âmbito de gestão, contando com a colaboração das Comissões de Integração Ensino-Serviço;
- II – Estimular, acompanhar e regular a utilização dos serviços de saúde no seu âmbito de gestão para atividades curriculares e extracurriculares dos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação na saúde; e,
- III – Articular, junto as instituições de Ensino Técnico e Universitário, mudanças em seus cursos técnicos, de graduação e pós-graduação de acordo com as necessidades do SUS, estimulando uma postura de co-responsabilidade sanitária.

As atividades elencadas neste artigo são atividades importantes e que trabalham em conjunto para a melhoria do sistema de saúde: inicialmente, tem-se a formação e a educação permanente dos trabalhadores de acordo com a necessidade daquela região; na sequência, vem a necessária colaboração com as instituições de ensino no sentido de proporcionar ambiente de estágios aos discentes das mais diversas áreas, o que, direta e indiretamente, contribui para a qualidade da formação destes novos profissionais que poderão atuar nos mais variados postos de trabalho na saúde; e, por último, observa-se uma importante comunicação destas instâncias com as instituições de ensino visando à melhoria dos cursos, tornando-os mais próximos das necessidades reais dos serviços.

Após esta apresentação das instâncias condutoras da PEPS, pode-se observar que há uma necessidade imperial na comunicação e na cooperação de todas as instâncias para que a execução aconteça com a qualidade esperada, bem como para que haja efetividade nas ações. O fato, portanto, é que o

aperfeiçoamento dos profissionais da saúde remonta às discussões da educação permanente e da educação continuada, embora as diferenças entre elas não estejam efetivamente compreendidas; contudo, a proposta ministerial amplia o significado da educação permanente.

#### **2.4.2 Educação permanente versus educação continuada**

Com esse entendimento da necessidade de aprender continuamente no setor saúde, cabe, neste momento, uma reflexão sobre dois conceitos e metodologias existentes na área de formação e desenvolvimento de pessoas. O primeiro é a educação continuada, que se refere justamente a um aprendizado contínuo, buscando melhorias nos serviços prestado e trazendo sempre o que há de mais novo para as práticas profissionais com foco nos novos desafios e nas novas oportunidades no ambiente; é instrumentalizado, em sua maioria, pelas capacitações.

Pacheco (2005, p. 20) afirma que “a capacitação faz com que uma pessoa ou um grupo adquira conhecimentos e os compreenda, com o objetivo de largar uma atividade profissional predeterminada com plena competência”. Sendo assim, constitui-se em um momento onde o pessoal é capacitado quanto a novas habilidades, atitudes e conhecimentos necessários ao desenvolvimento das atividades profissionais no decorrer do tempo.

Outra autora, Davini (2009, p. 41), refere que:

a capacitação consiste na transmissão de conhecimentos dentro da lógica do “modelo escolar”, com o intuito de atualizar novos enfoques, novas informações ou tecnologias na implantação de uma nova política, como nos casos de descentralização ou priorização da Atenção Primária.

A mesma autora comenta que, apesar dos diversos estudos realizados sobre esse assunto mostrarem que, na grande parte destes momentos de aprendizagem, a prática cotidiana não ser levada realmente em discussão, e que em consequência disso os conhecimentos adquiridos não são, de fato, colocados em prática, gerando conhecimento individual, mas não aprendizado organizacional, ou seja, não gerando a mudança que a organização anseia, este modelo permanece sendo o mais utilizado. Nestes casos de aprendizado individual, se o profissional deixa a instituição, com ele vão, também, os conhecimentos adquiridos e o

investimento feito em capacitação, transformando-se em despesa, uma vez que não gerou retorno.

Davini (2009) caracteriza a Educação Continuada como: a) modelo escolar com foco na atualização de conhecimentos a partir de técnicas de transmissão; b) a prática é utilizada como continuidade dos currículos universitários, algumas vezes se distanciando dos problemas reais; c) uma estratégia que se baseia em cursos isolados, sem periodicidade definida; e, d) com foco em categorias isoladas desconsiderando o trabalho em equipe, filosofia hoje prevista e buscada nos serviços de saúde. Faz-se relevante destacar que a capacitação tem seu valor e sua aplicabilidade e, conforme citado acima, visa melhorias no serviço prestado, dando segurança ao profissional de que ele está adotando a postura ou o protocolo mais adequados à situação.

No entanto, o que se procura, atualmente, é algo que produza resultados mais específicos e efetivos, algo que vá além do aprendizado individual e que permeie toda a organização; aprendizado que, de fato, surja no ambiente de trabalho para o ambiente de trabalho, com a contribuição dos envolvidos no processo, de forma a tornar significativa a experiência. Assim, surge uma metodologia diferenciada: a Educação Permanente, o que não é só um neologismo, sendo, realmente, uma proposta diferenciada que busca mais proximidade com a prática, com o cotidiano do trabalho, preenchendo a lacuna entre o problema e o conhecimento.

Brasil (2004, p. 49), neste sentido, define Educação Permanente como a “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho”. O anexo II da Portaria nº 1.996, de 2007, traz um conceito de educação permanente entendido como aprendizagem-trabalho, ou seja, que acontece no cotidiano das pessoas e das organizações; ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já possuem (BRASIL, 2007).

Feuerwerker (2014) afirma que o termo Educação Permanente surgiu na área da educação em meados de 1930, e ganhou forças em 1960 devido a necessidade de adequação da força de trabalho às novas demandas do mercado de trabalho, oriundas da industrialização e da urbanização. A autora cita nesta obra algumas ideias de um dos principais autores sobre o termo na década de 1960,

Pierre Furter, o qual afirma que o ser humano está em constante construção e que o conhecimento científico é apenas mais uma fonte.

Ainda, outra ideia de Furter seria a de que os adultos se despertam para aprender quando consideram, realmente, aquele conhecimento válido para a vida e/ou para o trabalho. Neste caso, para ser de fato efetivo, o aprendizado deveria partir das necessidades de quem está aprendendo e se utilizar dos conhecimentos que este ator já possui – assim, o educando seria ativo no processo de aprendizado (FEUERWERKER, 2014).

Assim, a Educação Permanente ganhou magnitude e, em 1980, a Organização Pan-Americana de Saúde propôs utilizar o termo e, conseqüentemente, a metodologia chamada de Educação Permanente em Saúde como estratégia para a organização dos processos educativos voltados para os trabalhadores da saúde, recomendando que os processos de qualificação dos trabalhadores devessem ser oriundos de situações por eles vivenciadas; essa, então, seria a origem do termo Educação Permanente em Saúde (HADDAD *et al.*, 1994 *apud* FEUERWERKER, 2014). Desde então, o termo Educação Permanente em Saúde vem sendo utilizado na saúde para se referir a metodologia de aprendizado baseada no ensino problematizado.

A Educação Permanente, segundo Ceccim e Ferla (2009), tem como foco o trabalho, diferentemente da Educação Popular que visa a cidadania, sendo uma prática de ensino que produz conhecimento a partir da vivência no trabalho, dos problemas e das situações ocorridas durante a realização das atividades. Ela se baseia no ensino problematizador e na aprendizagem significativa, ou seja, surge dos problemas e procura soluções a partir da vivência e das experiências dos alunos. Ceccim (2005, p. 5) afirma, ainda, que

a EPS pode corresponder à Educação em serviço quando esta colocar a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar. Pode corresponder à Educação Continuada, quando a esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviços em tempo e lugar específicos.

Até aqui é possível compreender que a Educação Permanente vai além da Educação Continuada, uma vez que é uma metodologia que propõe um aprendizado baseado nas reais necessidades de cada instituição, utilizando-se dos

conhecimentos dos próprios envolvidos para a construção da aprendizagem coletiva e, com isso, tornando o conhecimento produzido útil para o ambiente de trabalho.

O Quadro 5 apresenta um comparativo dos dois termos discutidos até aqui, no qual é possível perceber as principais diferenças entre os dois termos.

Quadro 5 – Comparativo entre Educação Continuada e Educação Permanente.

<b>Referência Analítica</b>	<b>Educação Continuada</b>	<b>Educação Permanente</b>
Pressuposto pedagógico	O conhecimento define as práticas e a aprendizagem é proposta como transmissão de conteúdos, sendo centrada no conhecimento	As práticas são definidas por múltiplos fatores (conhecimentos, valores, relações de poder, organização do trabalho, etc.). A aprendizagem requer que se trabalhe com elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa), assim como que possibilite criar novos sentidos (criar e recriar relações), centrada nas relações
Objetivo principal	Atualização de conhecimentos específicos	Transformação das práticas
Público	Profissionais específicos de acordo com os conhecimentos a trabalhar	Equipes de atenção e/ou de gestão em qualquer esfera do sistema: docentes, estudantes e usuários
Planificação/Programação Educativa	Descendente. A partir de uma leitura geral dos problemas, identificam-se temas e conteúdos para trabalhar com os profissionais, geralmente sob a forma de cursos	Ascendente. A partir de análises coletivas dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, na formação e na educação popular. Possibilita a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade de lugares e pessoas
Atividades didático-pedagógicas	Cursos padronizados: carga horária, conteúdo e dinâmicas definidas centralmente. As atividades educativas são construídas de modo desarticulado em relação à gestão, à organização do sistema e ao controle social. A atividade educativa é pontual, fragmentada e se esgota em si mesma	Muitos problemas são resolvidos/situações enfrentadas. Quando necessárias, as atividades educativas são construídas de modo ascendente, levando em conta as necessidades específicas de profissionais e equipes. As atividades educativas são construídas de modo articulado com medidas para a reorganização do sistema (atenção – gestão – formação – controle social) que implicam acompanhamento e apoio técnico
Repercussões educativas	Acumulação cognitiva, bolsa de estudos e racionalidade instrumental na condução de processo e métodos	Construção de equipes para apoio técnico em temas específicos prioritários; instituição de processo de assessoramento técnico para formulação de políticas específicas; desenvolvimento de capacidades pedagógicas; racionalidade, ética – estética – política na condução de processo e métodos

Fonte: Merhy, Feuerwerker e Ceccim (2006, s/p).

O quadro mostra que a Educação Continuada tem um caráter pontual e fragmentado, ao passo que a Educação Permanente visa integração, compartilhamento de informações, análise de cada cenário e aprendizado organizacional. Diferente das capacitações “empacotadas” – aquelas que são aplicadas em diversas organizações à revelia do seu ramo de atividade, da sua missão e de suas competências necessárias –, na Educação Permanente a ideia é proporcionar aprendizado alinhado com os problemas reais das instituições, atendendo, assim, suas reais necessidades.

Desta maneira, a Educação Permanente em Saúde se propõe a, considerando os problemas levantados nos processos de trabalho e as necessidades de saúde da população, definir as necessidades de formação e o desenvolvimento dos trabalhadores. Ou seja, a formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde precisam estar ligados à política de saúde definida para aquela região, não podendo agir de forma isolada, correndo o risco de não serem efetivos.

Cabe ressaltar, ainda, que tanto a Educação Continuada como a Educação Permanente têm a sua aplicabilidade e importância, não cabendo o discurso de que uma anula a outra. O que se pretende com a comparação é proporcionar meios de avaliar qual das duas metodologias deve ser usada e em qual contexto poderá ser usada, bem como que as duas podem atuar como complementares, pois todas as formas de aprendizado têm seu valor.

Portanto, levando em conta todo esse contexto e também visando ampliar as oportunidades de formação e de desenvolvimento que deveriam atender o crescimento pelo qual vinha passando o sistema de saúde nos últimos anos, principalmente a partir de sua criação em 1988, o Ministério da Saúde, em 2003, acionado especialmente pelos debates ocorridos em eventos de discussão, tais como as Conferências Nacionais de Saúde e as Conferências de Recursos Humanos, conforme explanado anteriormente, percebe a necessidade de desenvolver a discussão da Educação Permanente e tratá-la como uma Política Nacional.

### **3 METODOLOGIA**

Neste capítulo estão detalhados os passos da pesquisa, sua abordagem, os tipos de pesquisa, os métodos e os instrumentos que foram utilizados na coleta de dados, bem como o detalhamento de como os dados foram analisados e como os resultados foram apresentados.

A abordagem escolhida para conduzir este trabalho foi a qualitativa que, consoante Richardson (2010), visa compreender detalhadamente os significados e as situações dos fenômenos, tendo como características: objetivação do fenômeno e hierarquização das ações de descrever, compreender e explicar, assim como precisão das relações entre o global e o local em determinado fenômeno. É uma pesquisa que, geralmente, oferece descrições bem ricas e bem fundamentadas, além de explicações sobre processos em contextos locais identificáveis.

Quanto aos objetivos definidos, é uma pesquisa descritiva na medida em que buscou apresentar, de forma completa, como ocorreu a implantação e como tem se desenvolvido a execução da PNEPS no Estado de Roraima. Prestes (2012) afirma, ainda, que a pesquisa descritiva ocorre quando se observam, analisam, registram e interpretam os fatos, sem que o pesquisador lhes faça qualquer interferência.

#### **3.1 Local da Pesquisa**

A pesquisa de campo foi realizada no Estado de Roraima, junto a Secretaria Estadual de Saúde de Roraima (SESAU) que, pela Portaria nº 1.996, de 2007 (BRASIL, 2007), é a responsável por disponibilizar ao Ministério da Saúde todas as informações relativas a execução das atividades de implementação da PEPS, sendo assim protagonista nesta atividade. A SESAU exerce a função gestora e reguladora do sistema de saúde no âmbito do Estado, isto é, abrangendo todos os 15 municípios, quais sejam: Alto Alegre, Amajari, Bonfim, Cantá, Caracaraí, Caroebe, Iracema, Mucajaí, Normandia, Pacaraima, Rorainópolis, São João da Baliza, São Luiz do Anauá, Uiramutã e a capital Boa Vista, além de várias comunidades indígenas.

### 3.2 Participantes

Os participantes da pesquisa foram no total de sete atores envolvidos no processo de implementação da PEPS no Estado de Roraima, conforme o Quadro 6 abaixo.

Quadro 6 – Participantes da pesquisa e instrumento utilizado.

INSTÂNCIA	PARTICIPANTES	TÉCNICA
CIR Sul – Rio Branco	2 representantes	Entrevista
CIR Centro Norte – Monte Roraima	2 representantes	
CIB	1 representante	
Secretaria Estadual de Saúde	1 gestor de educação permanente	
CIES Estadual	1 representante	

Fonte: A autora (2018).

Tinha-se a pretensão de ouvir os representantes das CIES das regiões de saúde do Estado de Roraima e da CIES Estadual, ligada a CIB. No entanto, só foi possível ouvir um representante da CIES Estadual, pois as CIES das regiões não foram constituídas até o momento desta pesquisa.

Os participantes da pesquisa foram definidos inicialmente pela análise da consecução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, entendendo quais as instâncias responsáveis pela implementação da política no âmbito estadual. Neste caso, a inclusão de um participante deu-se por convite a membros destas instâncias, devendo, para tanto, o membro apenas aceitar de maneira voluntária participar da pesquisa. Assim, havia um interesse, para enriquecimento da pesquisa, que pelo menos um participante de cada região de saúde do Estado pudesse participar, incluindo, neste caso, um representante do município de Boa Vista, a capital, devido a sua importância para o Estado e por ser o maior município.

A exclusão de participantes ocorreu pela não manifestação de interesse ou pela recusa em participar, quando convidado pela pesquisadora.

### 3.3 Coleta de Dados

Para a pesquisa bibliográfica, foram utilizados livros e materiais (dissertações, teses e artigos em geral) publicados, preferencialmente, no período de 2000 a 2017, que abordaram os temas apresentados, assim como publicações do Ministério da Saúde sobre Educação Permanente. Inicialmente, foi feita a análise das produções científicas sobre: Políticas Públicas (conceitos, ciclo e tipos de

estudos), implementação (conceito e análises), Formação e Desenvolvimento de Profissionais na Saúde, Educação Permanente (concepções) e PNEPS (histórico).

Fez-se, também, uma pesquisa documental na medida em que se utilizou de documentos como portarias e leis para a descrição da constituição, das atribuições e do funcionamento das instâncias responsáveis pela condução da PNEPS no Estado.

Ainda, foi realizada uma pesquisa de campo para coletar dados com os atores envolvidos no processo de implementação, através de entrevista com roteiro previamente definido (Apêndices A, B, C e D).

### **3.4 Análise dos Dados**

A análise dos dados foi desenvolvida em quatro momentos/fases. A primeira foi a análise bibliográfica e documental, para construção, revisão e ampliação do referencial bibliográfico concernente aos assuntos abordados, buscando apresentar os principais conceitos e concepções referentes às Políticas Públicas e Educação Permanente. Nesta fase, foram analisados, ainda, dados relativos a regulamentação, instituição e atribuições de cada instância de condução da PEPS no Estado.

A segunda etapa consistiu na organização dos dados coletados na fase anterior e na pesquisa de campo (entrevistas), observando os seguintes eixos:

- a) Organização da PNEPS no Estado de Roraima;
- b) Constituição das CIES e CIR;
- c) Funcionamento e atuação das CIES e CIR;
- d) Planos Estaduais de Educação Permanente – elaboração e execução;
- e) Recursos Financeiros;
- f) Relacionamentos entre as instâncias de condução da PEPS;
- g) Principais projetos já realizados;
- h) Dificuldades;
- i) Estratégias para superação das dificuldades levantadas;
- j) Monitoramento e avaliação da PEPS; e,
- k) Desafios.

Para análise do processo de implementação foram utilizados, de maneira complementar, as duas perspectivas de análise de implementação: *top-down* e *bottom-up*.

A terceira etapa foi realizada com a utilização da perspectiva *top-down*, na qual foi apresentado um histórico da política no âmbito nacional, desde as primeiras discussões até a implantação, bem como um histórico da política no Estado, os atores responsáveis pela condução da política e suas responsabilidades, os programas e projetos definidos, os mecanismos de monitoramento e os principais projetos já realizados no Estado.

A quarta etapa foi realizada com a utilização da perspectiva *bottom-up*, na qual foi apresentado o funcionamento das instâncias de execução e o relacionamento entre elas, e, ainda, foram identificadas as principais dificuldades e desafios encontrados no processo de execução e as estratégias para superá-los, sob a visão dos atores envolvidos no processo de implementação da política.

Quadro 7 – O que será analisado na perspectiva de cada modelo.

PERSPECTIVA/MODELO	O QUE SERÁ ANALISADO
<i>Top-down</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organização da EPS no Estado de Roraima;</li> <li>• Constituição das CIES e CIR;</li> <li>• Funcionamento e atuação da CIES e CIR;</li> <li>• Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde – Elaboração;</li> <li>• Recursos Financeiros; e,</li> <li>• Monitoramento e avaliação das ações realizadas.</li> </ul>
<i>Bottom-up</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relacionamento entre as instâncias de condução da PEPS;</li> <li>• Principais projetos já realizados;</li> <li>• Dificuldades encontradas pelos atores;</li> <li>• Estratégias para superação das dificuldades levantadas; e,</li> <li>• Desafios.</li> </ul>

Fonte: A autora (2018).

Para a realização deste estudo, os dois modelos foram utilizados de maneira complementar buscando uma visão mais ampla do processo de implementação, identificando seus elementos formais, a dinâmica de funcionamento da política no Estado de Roraima, as falhas na implementação, suas possíveis causas e as estratégias utilizadas, com uma proposta mais descritiva do que prescritiva.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Este capítulo apresenta a análise dos dados coletados e faz referência ao previsto na PNEPS, e o que vem sendo realizado em Roraima em termos de implementação desta política. Para facilitar a compreensão, os resultados e as discussões foram dispostos em duas partes, utilizando-se os modelos de análises (*top-down* e *bottom-up*), conforme os encaminhamentos metodológicos.

### **4.1 PNEPS à Luz do Modelo *Top-down***

Na análise da implementação a partir do modelo *top-down*, o estudo se concentra, inicialmente, em conhecer e descrever os documentos que formalizam a política, buscando identificar os objetivos, os elementos punitivos ou de recompensa, a descrição dos destinatários, entre outros (SECCHI, 2017).

Assim, neste momento, serão apresentados os documentos que formalizam a política no âmbito estadual atendendo a legislação federal, bem como a organização da política em Roraima, as instâncias existentes e seu funcionamento, os Planos de Educação Permanentes em Saúde elaborados, os recursos financeiros disponibilizados e as atividades de monitoramento das atividades.

#### **4.1.1 Organização da EPS no Estado de Roraima**

A EPS no Estado, segundo a Portaria nº 1.996/2007 GM/MS, deve ser acompanhada pela Secretaria de Estado da Saúde (SESAU), mais especificamente pela Coordenadoria Geral de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, através do Departamento de Gestão da Educação em Saúde (DGES).

Vale ressaltar que, em análise documental, identificou-se que as atividades de Educação Permanente no Estado não foram iniciadas a partir da data de publicação da Portaria nº 198/2004 – GM/MS (que instituiu a PNEPS). Encontraram-se, entretanto, portarias publicadas no Diário Oficial do Estado de Roraima que datavam de anos anteriores e que apresentavam informações sobre atividades realizadas no Polo de Educação Permanente de Roraima (instância existente na época), informação obtida no Diário Oficial do Estado (DOE) do dia 14 de setembro de 2001 (RORAIMA, 2001). Nesta edição do DOE, uma servidora é nomeada para

substituir o coordenador titular na Coordenação de Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o pessoal em Saúde da Família.

Estes polos faziam parte de uma das estratégias desenvolvidas para mudar o modo de ensinar e aprender, adaptando-se ao novo modelo de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva a partir da criação do SUS. Os polos em todo o Brasil foram instituídos em 1996 e buscavam o desenvolvimento de competências e habilidades dos profissionais das equipes de saúde da família (CONASS, 2011 a).

Desta forma, percebe-se que as atividades de Educação Permanente no Estado já eram realizadas desde aquela época. Com a Portaria nº 198/2004 – GM/MS, havia a expectativa de que a Política Nacional trouxesse à Educação Permanente de todo o país mais força na medida que exigia maior compromisso de todos os envolvidos no processo, além da possibilidade de destinação de recursos específicos para este propósito.

Em Roraima, no ano de 2005, conforme o DOE do dia 17 de fevereiro, foi publicada a Portaria nº 064/2005, da SESA/DEPLAF/DP, na qual foram nomeados os profissionais que iriam compor a Secretaria Executiva do Polo de Educação Permanente de Roraima que, a partir daquele momento, passava a funcionar conforme os moldes da Portaria 198/2004 – GM/MS.

Os profissionais elencados nesta portaria eram representantes das mais diversas instituições, entre elas: Universidade, Escola Técnica do SUS, representantes das gestões municipal, estadual e federal, representantes dos conselhos de Controle Social das três esferas de governo e, ainda, da atenção básica e hospitalar, seguindo o que determina a portaria quando, no art. 4, versa sobre quem pode compor os Polos de Educação Permanentes em Saúde para o SUS.

Nos anos subsequentes, após a instituição dos polos em todo o Brasil, o CONASS (2011 a) publica os avanços e as dificuldades sobre a Educação Permanente. Para este órgão, novos atores puderam participar destas discussões, como as instituições de ensino superior, os trabalhadores de saúde e o controle social. No entanto, as dificuldades também surgiram como: falta de comunicação entre os envolvidos, mudanças de regras durante o processo, ausência de medidas de monitoramento, entre outras.

Em se tratando de Roraima, não foi possível analisar documentos, relatórios ou relatos sobre esse período específico. Conseguiu-se, todavia, algumas entrevistas, porém os participantes da pesquisa não tinham como mencionar sobre os períodos já que não estavam na comissão e nem fizeram parte do processo.

Identificou-se que, em 2007, quando a Portaria nº 1.996/2007 – GM/MS foi lançada, os polos foram substituídos e entraram em cena o Colegiado de Gestão Regional (CGR) e a Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) como importantes instâncias de condução da política, e, mais tarde, a Comissão Intergestora Regional. Vejam-se, a seguir, como estas instâncias estão constituídas no Estado.

#### **4.1.2 Constituição das CIES e CIR**

##### **a) Da CIES**

A CIES estadual foi instituída pela Resolução nº 46/09 da CIB e publicada no DOE do dia 25 de agosto de 2009, atendendo as exigências da Portaria nº 1.996/2007 – GM/MS que apresenta como esta deveria ser composta. Assim, a composição da CIES/RR está retratada no Quadro 8.

Quadro 8 – Anexo 1 da Resolução CIB/RR nº 46/2009.

<b>Composição da CIES/RR</b>		
<b>SETOR</b>	<b>Nº DE REPRESENTANTES</b>	<b>INSTITUIÇÃO</b>
I – REPRESENTANTES DA GESTÃO DE SAÚDE MUNICIPAL	2	Secretaria de Saúde do Município de Boa Vista
		Secretaria de Saúde do Município de Caracarái
II – REPRESENTANTES DA GESTÃO DE SAÚDE ESTADUAL	2	Secretaria Estadual de Saúde de Roraima
		Direção do Núcleo Estadual de Educação em Saúde
III – REPRESENTANTES DA GESTÃO MUNICIPAL	2	Secretaria de Educação do Município de Pacaraima
		Secretaria de Educação do Município de Mucajaí
IV – REPRESENTANTES DA GESTÃO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO, CULTURA E DESPORTO	2	Secretaria Estadual de Educação, Cultura e Desporto do Estado Roraima
		Universidade Virtual de Roraima – UNIVIR
V – REPRESENTANTES DE ENSINO COM CURSOS NA ÁREA DE SAÚDE	2	Universidade Federal de Roraima
		Universidade Estadual de Roraima

VI – REPRESENTANTES DOS TRABALHADORES DO SUS E/OU SUAS ENTIDADES REPRESENTATIVAS	2	Conselho Regional de Medicina – CRM
		Conselho Regional de Enfermagem
VII – MOVIMENTOS SOCIAIS LIGADOS À GESTÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E DO CONTROLE SOCIAL NO SUS	2	Liga Roraimense de Combate ao Câncer – LRCC
		Associação de Portadores de Deficiência Física
<b>TOTALIZANDO</b>		<b>14 MEMBROS</b>

Fonte: Roraima (2009).

Esta resolução ainda prevê que a CIES Estadual deveria abranger os 15 municípios que integram a CIB e que seu regulamento deveria ser elaborado pela própria CIES, e analisado e aprovado pela CIB. A indicação dos representantes de cada setor deveria ser feita por manifestação oficial à CIB.

A partir do previsto na Resolução nº 46/2009 – CIB/RR, entende-se que o Estado organizou de forma diferente a estrutura de condução da EPS, uma vez que, pela Portaria nº 1.996/2007, deveria haver, no mínimo, duas CIES: uma teria a função de auxiliar e assessorar a CIB nos assuntos relacionados a EPS, e a outra, ou as outras dependendo das regiões de saúde existentes no Estado, teria o mesmo papel, mas assessorando as CIR's ou a CGR (nomenclatura ainda prevista na PNEPS). No entanto, o Estado institui uma única CIES Estadual vinculada a CIB nos seus atos.

Esta CIES Estadual teve seu Regimento Interno aprovado e publicado no DOE de 06 de julho de 2011. No art. 1º do seu regimento consta que a CIES “é um espaço de planejamento, monitoramento e avaliação da Educação Permanente em Saúde no Estado” (RORAIMA, 2011, p. 15).

Art. 2º A CIES é responsável pelo apoio técnico e metodológico à estratégia de condução e operacionalização da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde de Roraima, em conformidade com a PNEPS, participando da formulação, condução e desenvolvimento desta Política, contribuindo com a racionalização dos gastos e otimização dos recursos, possibilitando ganhos nas ações e serviços realizados (RORAIMA, 2011, p. 15).

Neste artigo é possível observar a importância que a CIES tem para a condução da Educação Permanente, assim como para os serviços de saúde como um todo. Neste sentido, o regimento prevê, ainda, a organização da CIES devendo ter a seguinte estrutura:

Art. 4º A CIES tem a seguinte estrutura:

I – Coordenação;

II – Vice-Coordenação;

III – Secretaria Executiva;

IV – Plenário – composto pelos membros nomeados da CIES;

V – Câmaras Técnicas;

VI – Fóruns Permanentes de Debates (RORAIMA, 2011, p. 16).

Essa deve ser a estrutura da CIES apta a planejar, monitorar e avaliar a Educação Permanente em Saúde no Estado de Roraima. Esta CIES tem, também, como atribuições as mesmas definidas na Portaria nº 1.996/2007 – GM/MS em seu art. 2º. Neste momento, identificamos a outra instância de condução da política: os Colegiados de Gestão Regionais (CGR), atualmente Comissões Intergestoras Regionais (CIR's).

#### **b) Da CIR**

Durante a pesquisa, não foram encontrados registros oficiais sobre a instituição e regulamentação dos CGR's, conforme indica a Portaria nº 1.996/2007 – GM/MS, e, desta forma, entende-se que estas instâncias não foram instituídas. Sendo assim, durante a entrevista com o Representante da SESAU, o mesmo informou que:

*“Os CGR's não foram estruturados porque dependiam de regulamentação e pleno funcionamento da gestão da saúde com base na regionalização, processo esse que, na época, não aconteceu de fato, apesar das regiões de saúde do Estado já terem sido instituídas e regulamentadas”.*

Em 2011, o Decreto nº 7.508, de junho, substituiu os CGR's pelas CIR's, cabendo a esta instância o debate de todos os assuntos relacionados a gestão da saúde nas regiões de saúde específicas, inclusive o debate sobre Educação Permanente, conforme exposto no Capítulo 3.

No Estado de Roraima, as regiões de saúde foram instituídas e regulamentadas pela Resolução nº 16/2012 – CIB/RR, que constituiu duas regiões de saúde no Estado, denominadas Região Sul (composta pelos municípios de Iracema, Caracaraí, São Luiz, São João da Baliza, Caroebe e Rorainópolis) e Região Centro-Norte (composta pelos municípios de Alto Alegre, Amajari, Pacaraima, Uiramutã, Normandia, Bonfim, Cantá, Mucajaí e Boa Vista). Ainda, nesta mesma resolução foram aprovados os regimentos de cada região de saúde.

Estes dois regimentos aprovados em abril de 2012 foram revisados e publicados no DOE/RR novamente no mesmo ano, agora como Resolução nº 28, de dezembro de 2012, que alterou a denominação das duas regiões de saúde do Estado da seguinte forma: a Comissão Intergestora Regional Sul passa a ser denominada CIR Rio Branco, e a Comissão Intergestora Regional Centro-Norte passa a ser denominada CIR Monte Roraima.

Cada CIR é composta pelos secretários municipais de saúde daquela região de saúde, assim como por técnicos representantes do Estado (RORAIMA, 2012). Essas duas instâncias, as duas regiões de saúde, passaram a exercer o papel dos CGR's relacionado à Educação Permanente e seu funcionamento será apresentado a seguir.

#### **4.1.3 Funcionamento e atuação da CIES e CIR**

##### **a) Da CIES**

Conforme foi citado no tópico anterior, o Estado de Roraima possui apenas uma CIES instituída pela Resolução nº 46/09 da CIB/RR, que está vinculada a CIB Estadual. Sendo assim, na entrevista realizada com o representante da CIB Estadual, quando perguntado sobre o funcionamento dessa instância, o mesmo informou que:

*“A CIES, por um processo administrativo, ela não está vinculada a secretaria da CIB. Ela está vinculada ao Departamento de Educação Permanente da SESAU. Ela vincula a CIB apenas as deliberações dela. Tudo que ela discute ela tem que submeter a plenária da CIB, pra avaliar e aprovar. Na nossa organização SESAU, não está atribuída pra secretaria da CIB o apoio operacional pra CIES, que quem faz isso é o Departamento de Educação Permanente, que convoca, que documenta, que relata, que elabora as atas, que faz a guarda das discussões, é a DGES”.*

Após este relato, observa-se, novamente, uma mudança na forma de organização das instâncias condutoras da PNEPS no Estado. Esta CIES, pela PNEPS, deve estar vinculada a CIB, assessorando-a nas questões relacionadas à Educação Permanente, conforme descrita no art. 9 da Portaria nº 1.996/2007 – GM/MS. Desta forma, em entrevista com o Representante da SESAU sobre a atuação e funcionamento da CIES, o mesmo relatou que: *“embora esteja constituída, não está em ação conforme prevê a política”.*

Em pesquisa realizada nos arquivos do DOE encontra-se a menção da CIES em documentos normativos de diferentes setores, como por exemplo: Resolução ad Referendum nº 058, de 17 de dezembro de 2018, da Universidade Estadual de Roraima (UERR), que regulamenta o funcionamento acadêmico dos Hospitais de Ensino da UERR, onde, por meio da CIES, a Comissão de Pesquisa e Ensino do referido hospital deverá promover articulação com as Políticas Nacionais de Educação e da Saúde, e com a PNEPS (RORAIMA, 2018). Ou, ainda, em publicações de fases de processos seletivos para ingresso em cursos de especializações, por exemplo: EDITAL/SESAU/DGES/RR Nº 004/2013 – DOE de 15 de julho de 2013 (RORAIMA, 2013).

Em entrevista com um representante da CIES Estadual, o mesmo afirmou que, desde o momento de sua integração a CIES, não foram realizadas reuniões com toda a Comissão. Apenas alguns membros, como ele próprio, chegaram a participar de atividades, como a realização de oficinas, reuniões do COSEMS, reunião com a DGES, participação em Câmaras Técnicas, entre outras atividades similares. Não foram encontrados durante a pesquisa, entretanto, registros de reuniões da CIES, apenas atuações nas ocasiões citadas no parágrafo anterior.

Ainda sobre a atuação da CIES junto as CIR's, os representantes das regiões de saúde responderam de forma semelhante. No Quadro 9 seguem alguns trechos das respostas obtidas para a pergunta.

Quadro 9 – Sobre a atuação da CIES junto as CIR's.

<b>RELATO</b>	<b>ENTREVISTADO</b>
<i>“A CIR não possui uma CIES para auxiliar no processo de Educação Permanente”</i>	1º Representante da CIR Região Centro-Norte
<i>“Desconheço a CIES. Conheço só a CIR. Deve ser uma consequência porque até a CIR tá começando a ser implantada agora”</i>	2º Representante da CIR Centro-Norte
<i>“Que eu saiba, a Região Sul não conta com o apoio de uma CIES”</i>	1º Representante da CIR Sul
<i>“A CIR Sul não conta com uma CIES”</i>	2º Representante da CIR Sul

Fonte: Relato das entrevistas realizadas.

Todos os entrevistados das Regiões de Saúde responderam que não existe uma CIES para auxiliar a CIR nos assuntos relacionados à EPS e, também, não mencionaram nenhum tipo de relacionamento, contato ou conhecimento da existência da CIES Estadual. A partir destes relatos, conclui-se que a CIES Estadual, vinculada a CIB, não é conhecida por estas instâncias com as quais, pela Portaria nº 1.996/2007 – GM/MS, deveria estar em constante contato.

Esta situação encontrada de inexistência da CIES de suporte as CIR's e de desconhecimento da CIES Estadual pode ser devido a própria atuação da CIR, que será discutida em seguida.

### b) Da CIR

Quando perguntado aos entrevistados das regiões de saúde sobre o papel da CIR em relação à EPS, as respostas foram as constantes no Quadro 10.

Quadro 10 – Papel da CIR em relação à EPS.

RELATO	ENTREVISTADO
<i>“Tem o papel de integração dos municípios para que possam se ajudar quanto à capacitação de seus profissionais”</i>	1º Representante da CIR Região Centro-Norte
<i>“Possibilitar que seja feito uma análise micro da situação dentro da região de saúde; aqui no Estado são duas regiões de saúde: norte e sul. Então, as particularidades de cada uma são muitas. Então, definidas as regiões, a região que eu pertencço, no caso a Região Norte-Centro, neste contexto, ela é responsável por fazer um levantamento das necessidades reais e, através da comissão, fazer com que estas necessidades sejam levantadas e deliberadas junto com a Comissão para um processo de construção ascendente”</i>	2º Representante da CIR Centro-Norte
<i>“Ajudar a capacitar nossa própria equipe e isso não tem acontecido ainda, tanto porque a CIR não estava ativa. A CIR voltou a funcionar este ano que nós tivemos, foi depois da metade do ano, que a gente reativou a CIR, então, provavelmente, seja uma coisa que a gente coloque ainda pra funcionar as educações continuada”</i>	1º Representante da CIR Sul
<i>“Propor capacitações para os servidores da área da saúde em si”</i>	2º Representante da CIR Sul

Fonte: Relato das entrevistas realizadas.

Pelos relatos acima, é possível observar que os representantes das Regiões de Saúde do Estado acreditam que a CIR tem papel importante no processo de Educação Permanente, porém reconhecem que esta instância não atua como deveria em virtude de que ainda é uma instância em desenvolvimento, que está se estruturando, iniciando as reuniões necessárias às discussões.

Desta forma, sobre a atuação da CIR junto a PEPS, conclui-se que é ainda incipiente, uma vez que é uma instância em construção e, de acordo com os relatos obtidos, suas atividades foram retomadas em 2018 visando atender o que prevê a legislação vigente.

#### **4.1.4 Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde – elaboração**

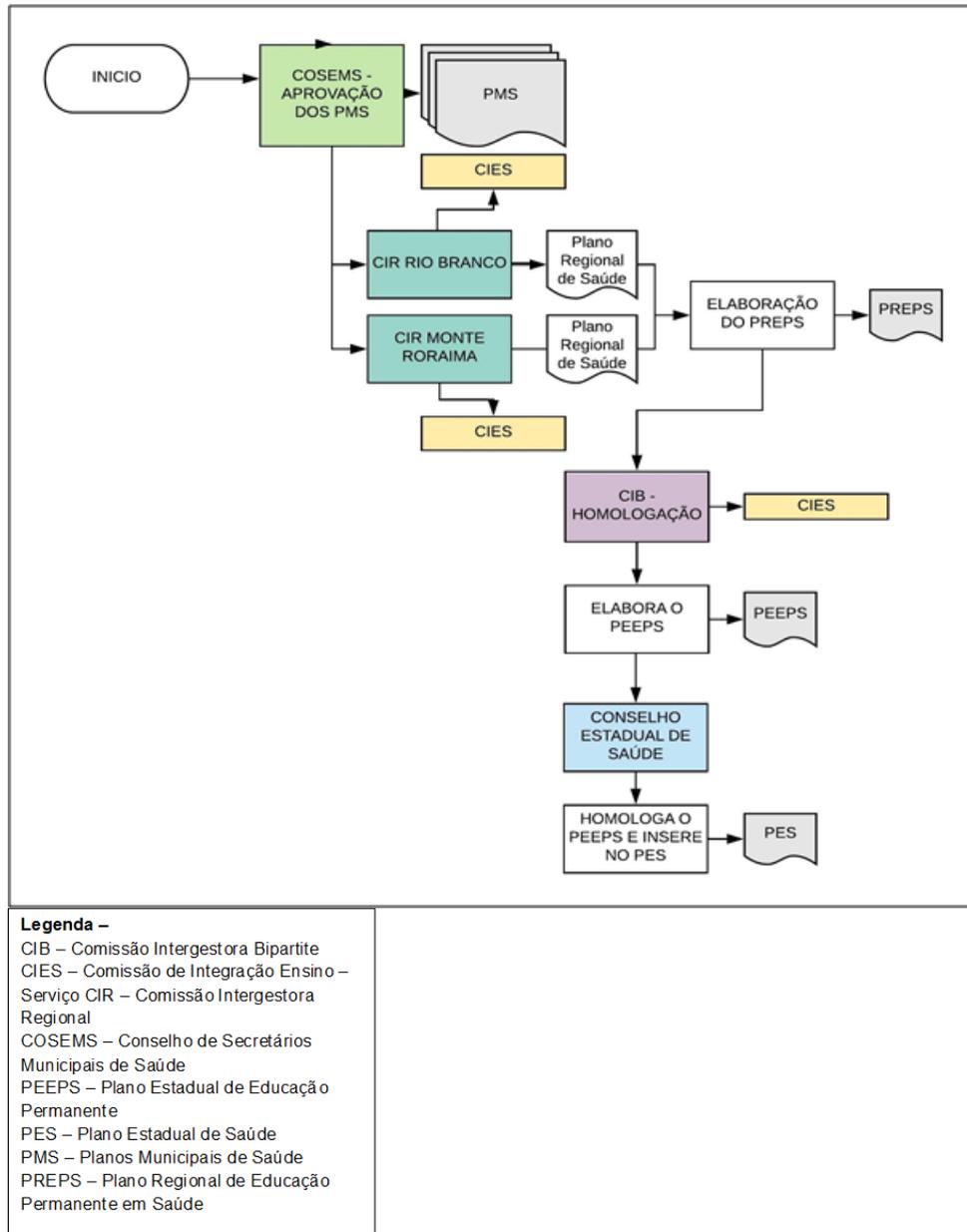
O Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) é o documento orientador das atividades de formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde de todo o Estado. Ele é construído a partir de alguns documentos anteriores a ele, tais como: o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde (PREPS), os Planos Regionais de Saúde e, também, os Planos Municipais de Saúde de cada município do Estado.

O Quadro 11 mostra o fluxograma do processo de elaboração do PEEPS, conforme orienta a Portaria nº 1.996/2007 – GM/MS (BRASIL, 2007). Nele é possível observar como seria o processo de elaboração observando o que diz a portaria e, na sequência, são apresentados os PEEPS's e relatado como estes foram construídos.

No Estado de Roraima, a partir dos dados levantados, até dezembro de 2018 havia apenas um PEEPS aprovado. Contudo, no final do ano de 2018 foi finalizado o segundo PEEPS, porém este ainda não foi aprovado pela CIB, segundo informado pelo Representante da CIES Estadual. Entretanto, faz-se importante destacar que está previsto para janeiro de 2019 reunião para aprovação do plano e posterior envio ao Ministério Saúde.

O primeiro PEEPS foi aprovado na 10ª reunião da CIB, de 14 de dezembro de 2009, e foi homologado pela Resolução CIB/RR nº 03, de 18 de fevereiro de 2010 (RORAIMA, 2010). Este plano foi elaborado por uma única pessoa e revisado e atualizado por membros da DGES da época, bem como por membros da CIES Estadual. Nele constam: as características gerais de Roraima; a análise da situação da saúde no Estado; o Programa Nacional de Imunização; o processo de formação e qualificação de profissionais de saúde de Roraima; e, o financiamento.

Quadro 11 – Fluxograma de elaboração do PEEPS, segundo a PNEPS.



Fonte: Conforme Brasil (2009).

Este plano possui, ainda, um quadro com as ações previstas para os anos de 2012 e 2013, assim como a Distribuição do Financiamento Federal da PNEPS no Estado referente à Educação Profissional. Observa-se, neste sentido, que a construção do plano foi realizada por apenas uma pessoa, não partindo de um coletivo, conforme prevê a política.

No DOE de 20 de março de 2015 consta o Acórdão nº 005/2015 – TCERR – Pleno, que recomenda, no seu tópico 8.1.16, o seguinte aos municípios de Roraima:

promova a articulação entre a SESAU e as Secretarias Municipais, por meio dos atores envolvidos no processo, tais como: CIES, CIR, CIB, para discutir e elaborar o plano de educação permanente em saúde, que contemple as especificidades regionais (RORAIMA, 2015, p. 17).

No mesmo documento, observa-se, várias vezes, a recomendação da criação e atualização do Plano de Educação Permanente.

O segundo PEEPS foi elaborado por um Grupo Técnico Estadual (GTE), composto por representantes de diversas instituições, tais como: SESAU, DGES, COSEMS e CIES Estadual com base nas diretrizes do PRO EPS – SUS.

Sendo assim, neste momento, faz-se necessário tratar sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de EPS no SUS (PRO EPS – SUS), instituído pela Portaria nº 3194 – GM/MS, de 28 de novembro de 2017. Este programa apresenta como objetivo geral o que está previsto no seu art. 2º:

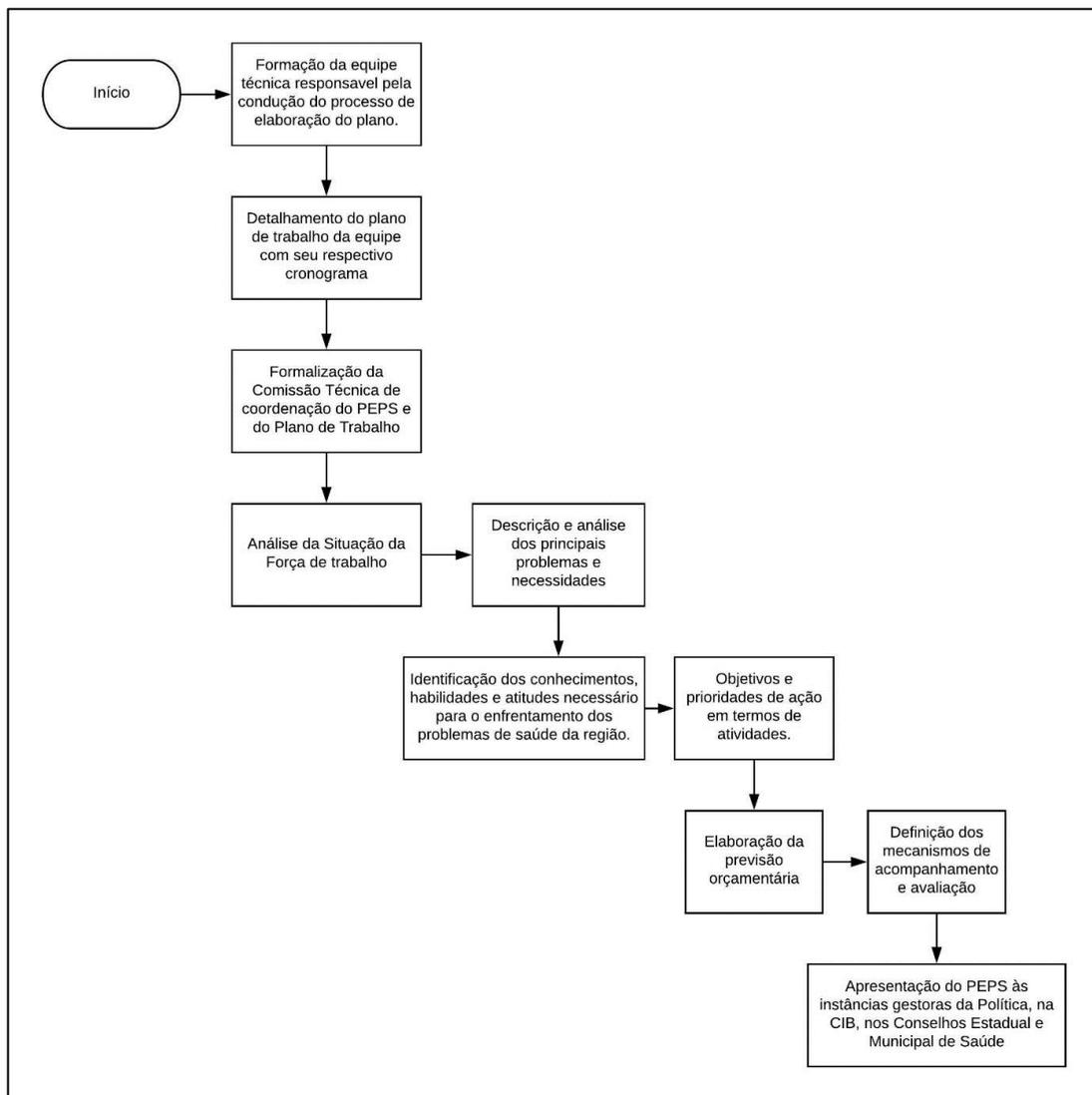
estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho (BRASIL, 2017, p. 1).

Este programa foi uma estratégia do Ministério da Saúde para superar as dificuldades encontradas na operacionalização da política em função de vários fatores, e, com isso, a intenção foi apoiar o processo de planejamento das atividades de EPS e seu monitoramento. Assim, para o processo de planejamento foi lançada a publicação “Planejamento das Ações de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde: orientações”, como um manual com informações que pudessem subsidiar a elaboração dos PEPS nas três esferas de gestão e que, conseqüentemente, servisse como um instrumento de gestão da Política de Educação Permanente nos âmbitos estadual, municipal e distrital (BRASIL, 2018). Nesta publicação, o fluxo de criação do PEPS é bem diferente do previsto na Portaria nº 1.996/2017 – GM/MS, o que pode ser vislumbrado no Quadro 12.

A partir desta publicação, o processo se inicia com a criação de uma equipe técnica que não necessariamente precisa ser da CIES, podendo fazer parte desta comissão profissionais de diversas instituições envolvidas com educação e saúde (BRASIL, 2018). Desta forma, observando esta orientação, a SESAU instituiu o Grupo Técnico Estadual (GTE) que elaborou o PEEPS em 2018. Para a elaboração deste plano, segundo o Representante da CIES que participou do Grupo Técnico,

foram realizadas oficinas, encontros e solicitados aos setores suas demandas de formação e desenvolvimento de pessoal para que fossem analisados pelo grupo. Após este levantamento de dados e a análise da situação de saúde do Estado, o PEEPS foi enviado a CIB para aprovação por aquela instância, com posterior envio ao Ministério da Saúde.

Quadro 12 – Fluxograma de elaboração do PEPS, segundo o Planejamento das Ações de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde – Orientações.



Fonte: Conforme Brasil (2018).

Neste sentido, observa-se que o primeiro fluxo sugerido pela Portaria nº 1.996/2007 – GM/MS era extremamente lento e exigia uma interdependência grande entre as instâncias, com algumas delas até mesmo sem atuação no Estado. Já o

segundo fluxo é mais rápido e mais claro quanto a participação dos atores, o que pode agilizar a elaboração do PEPS.

#### **4.1.5 Recursos financeiros**

O financiamento das ações de EPS é assunto importante a ser considerado, pois se trata do motor que impulsiona as atividades. A educação, na grande maioria das vezes, é investimento a médio e longo prazos, ou seja, não produz resultados tão imediatos ou “nítidos” como a construção de uma ponte, a compra de determinado material ou equipamento, entre outros. Isso pode gerar, para alguns, uma percepção de atividade sem retorno, o que leva, muitas vezes, a gestão a negligenciar o financiamento de ações educativas e direcionar seus esforços em outras frentes de atuação.

Assim, a partir da implantação da EPS pela Portaria nº 198/2004 – GM/MS, o Ministério da Saúde previu a destinação de recursos financeiros para a implementação da política em todos os estados. As ações eram financiadas “com orçamento do Ministério da Saúde, por meio de Projetos de EPS aprovados pelos Pólos, CIB e CIES e enviado para análise/acreditação do MS” (FRANÇA, 2016, p. 121). Desta maneira, com a Portaria nº 1.996/2007 a forma de repasse foi alterada devido as mudanças pós Pacto pela Saúde:

pelos critérios estabelecidos pela Portaria 1996/2007, os gestores dispõem de financiamento federal, regular e automático para a Educação em Saúde, com repasse Fundo a Fundo, por meio do Bloco de Financiamento da Gestão do SUS, com vistas ao planejamento e execução no curto, médio e longo prazos de ações educativas de formação e desenvolvimento que respondam às necessidades do sistema e estejam de acordo com a realidade regional/local (FRANÇA, 2016, p. 121).

O Ministério da Saúde fez repasses aos estados nos anos de 2007 a 2011, tendo cessado devido ao baixo percentual de execução dos recursos por parte dos estados. Isso porque, as ações prioritárias eram definidas na portaria que destinava os recursos, e os estados, para acessá-los, deveriam desenvolver ações dentro das prioridades definidas, observando, claro, sua realidade local. Em alguns anos, as diretrizes eram bem específicas e, em outros, havia uma flexibilidade maior quanto as atividades (FRANÇA, 2016).

No Estado de Roraima, a SESAU recebeu recursos no ano de 2007, oriundos da Portaria nº 1.996/2007 – GM/MS, conforme é possível observar na

Resolução CIB nº 32/2007, publicada no DOE do dia 22 de outubro de 2007 (RORAIMA, 2007). Em 2009, recebeu recursos provenientes da Portaria nº 2.953/2009 – GM/MS, e, em 2011, recursos originários da Portaria nº 2.200/2011 – GM/MS; por último, em 2017, pela Portaria nº 3.194/2017 – GM/MS, recebeu recurso específico para a construção do Plano de Educação Permanente em Saúde. Nos anos não mencionados os recursos utilizados nas atividades de EPS foram os saldos remanescentes destas portarias.

No DOE do dia 12 de abril de 2017 foi publicada a Resolução Ad Referendum do Conselho Estadual de Saúde nº 147, de 15 de março de 2017, onde é aprovado o Plano de Ação dos saldos remanescentes da Portaria nº 2.953/2009 – GM/MS e da Portaria nº 2.200/2011 – GM/MS, comprovando o exposto acima.

Durante a entrevista com o Representante da DGES, o mesmo confirmou esta informação dizendo: *“eu tenho recurso remanescente da 2.953 e da 2.200. Esse saldo remanescente eu reprogramo ele, então eu fiz a programação para 2017. Eu não gastei esse recurso todo, então eu já programo para 2018”*; é perceptível, neste sentido, a dificuldade de execução financeira dos recursos recebidos. Quanto a isso, o mesmo entrevistado afirmou: *“essa é uma reclamação geral com relação a burocracia na execução do recurso, por exemplo, o processo licitatório”*. Ou seja, todos os estados também têm essas mesmas dificuldades relacionadas à burocracia excessiva dos processos licitatórios necessários à contratação de alguns serviços.

Ao encontro do anteriormente exposto, França (2016, p. 210) relata, a partir dos resultados de sua pesquisa, 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”.

Após esta análise, pode-se afirmar, então, que a questão financeira tem sido um dos pontos limitantes na implementação da PNEPS no Estado, uma vez que as dificuldades de execução do recurso levam a paralização das atividades.

Na sequência, tratar-se-á do monitoramento e da avaliação da política.

#### **4.1.6 Monitoramento e avaliação das ações realizadas**

Durante a execução das atividades de qualquer projeto, o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação são partes importantes, pois permitem redirecionar as atividades, alinhá-las novamente ao percurso original, substituir ou mesmo abandonar algumas delas. Já foi citado anteriormente que a implementação gera

informações sobre as atividades desenvolvidas e o problema que deverá ser resolvido, bem como acaba orientando novas políticas, funcionando, também, como um processo de aprendizagem se houver registro dos ocorridos e compartilhamento de informações (SILVA; MELO, 2000).

Para tanto, faz-se necessário que, no momento do planejamento das ações, já sejam definidas as ferramentas utilizadas para acompanhar e avaliar o desempenho das ações. Brasil (2018), no seu tópico 3.5, trata sobre a definição dos mecanismos de acompanhamento e avaliação, onde é indicada a necessidade do estabelecimento de indicadores que serão utilizados para a avaliação das atividades.

Desta forma, durante a entrevista com os representantes das instâncias, foi realizada a seguinte pergunta: como é feito o monitoramento das atividades de EPS? As respostas a essa pergunta constam no Quadro 13.

Quadro 13 – Como é realizado o monitoramento das atividades de EPS.

<b>AÇÃO</b>	<b>QUEM CITOU</b>
<i>“É feito através dos departamentos de EPS dos hospitais e tem o foco quantitativo. Exemplo: número de profissionais formados”</i>	DGES
<i>“É realizado pelo Departamento de Recursos Humanos posterior a realização das atividades, para verificar se o desempenho melhorou”</i>	1º Representante da CIR Centro-Norte
<i>“É realizado um monitoramento, por exemplo, voltado à problemática que gerou a necessidade daquela qualificação dos servidores. Uma vez que é feito um acompanhamento, você consegue observar se tem ou não um resultado significativo”</i>	2º Representante da CIR Centro-Norte
<i>“São feitas avaliações das atividades de capacitação voltadas para resolução de problemas específicos. Neste caso, é feita avaliação posterior, com o apoio de outros setores e a partir dos relatórios quadrimestrais. Exemplo: diminuição dos casos de determinada doença, etc.”</i>	1º Representante da CIR Sul
<i>“Observação da melhoria do desempenho do servidor”</i>	2º Representante da CIR Sul

Fonte: Relato das entrevistas realizadas.

Durante a entrevista com o representante da DGES foi ainda mencionado sobre o monitoramento:

*“Efetivamente nós ainda não temos, por exemplo, indicadores pra balizar se todo esse trabalho tem tido, efetivamente, um resultado, até porque eu nem tenho equipe pra isso. A gente termina vendo em cima, nós temos projetos. (...) Não tenho equipe pra monitorar e ver se: tá funcionando? Como estava antes? Como está depois?”*

Analisando as respostas dos entrevistados é possível observar que as atividades de monitoramento e avaliação das ações de EPS têm cunho quantitativo, quando se preocupa em mensurar o número de profissionais capacitados e a redução de índices após a capacitação; uma avaliação de cunho qualitativo não foi identificada nos relatos colhidos.

Na perspectiva *top-down* foi possível observar que o Estado optou, em alguns momentos, por operacionalizar a política no âmbito estadual de forma diferente do que prevê na PNEPS, conforme já exposto acima. Um exemplo dessa situação é a ausência de atuação de todas as instâncias condutoras da política, o que pode gerar, por conseguinte, dificuldades nos processos de elaboração e de acompanhamento do Plano de Educação Permanente em Saúde do Estado.

Quanto aos destinatários da política, o próprio texto da Portaria nº 1.996/2007 prevê que a política, em suas ações, visa a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, assim como auxilia no processo de formação de novos profissionais pelas instituições de ensino, de forma que estas possam manter seus currículos de acordo com a real necessidade do setor saúde (BRASIL, 2007).

Entretanto, não encontramos nos documentos e nem nas falas dos entrevistados elementos punitivos ou de recompensa.

#### **4.2 PNEPS à Luz do Modelo *Bottom-up***

O eixo central da análise pelo modelo *bottom-up* são os problemas percebidos pelos atores na fase de implementação, bem como as estratégias para superá-los. A ênfase, então, é o processo político, as negociações e a compreensão da interação dos atores encarregados em executar a política, pois estes possuem participação ativa e não somente passiva (MATIAS-PEREIRA, 2012 b).

Assim, nesta perspectiva serão apresentados os resultados obtidos sobre o relacionamento entre as instâncias, os principais projetos realizados, as dificuldades enfrentadas, as estratégias de enfrentamento destas dificuldades e os desafios a serem superados.

#### **4.2.1 Relacionamentos entre as instâncias de condução da PEPS**

A Portaria nº 1.996/2007 prevê algumas instâncias de condução da política, quais sejam: CIR (antigo CGR), CIES, CIB, Secretarias de Saúde, Conselho Estadual de Saúde e o próprio Ministério da Saúde. Com a Portaria nº 3.194/2017 – GM/MS surge, ainda, a equipe técnica, responsável pela condução do processo de elaboração do PEPS.

Como em toda a área da saúde, a necessidade do trabalho em equipe, o compartilhamento de informações e a interdependência entre os setores são primordiais para que as ações possam ser realizadas com a eficiência, eficácia e efetividade que se espera. Sendo assim, a própria metodologia da Educação Permanente tem o viés do compartilhamento de conhecimento para o crescimento de toda a equipe de trabalho.

No Estado de Roraima, o relacionamento entre estas instâncias se mostrou difícil, visto a falta de atuação de algumas delas e a recente estruturação de outras (instâncias ainda em construção). A própria Escola Técnica do SUS/RR não está ligada ao setor de Educação Permanente da SESAU, mas diretamente vinculada ao Gabinete daquela Secretaria, o que, segundo o Representante da DGES, em entrevista, causa fragmentação nas ações de EPS, inclusive dificultando o monitoramento das atividades.

Os representantes das CIR's entrevistados relataram que falta uma atuação mais ativa por parte do Estado na iniciativa de promover a política e suas atividades. No entanto, esta iniciativa cabe as CIES's e as própria CIR's, devendo o Estado atuar como mediador junto ao MS para o alcance dos recursos e suporte nas atividades.

Estes mesmos entrevistados citaram, ainda, casos de parcerias realizadas entre os municípios para a capacitação de seus servidores, demonstrando que os municípios têm mantido a prática de ajuda mútua neste quesito devido as limitações orçamentárias e até estruturais de alguns deles em proporcionar capacitação aos seus servidores. O objeto desta política, portanto, é a Educação Permanente e, em se tratando de desenvolvimento de profissionais, as ações tendem a ser complexas, necessitando de compartilhamento de informações, recursos e compromissos de cada um no exercício de seu papel para que toda a rede de execução da política funcione.

Do contrário, se houver a falta de integração entre as instâncias, pouca atuação e desconhecimento dos atores envolvidos no processo de implementação podem ocorrer situações de abandono ou negligência quanto a política.

#### **4.2.2 Principais projetos já realizados**

Durante a realização da pesquisa não foi possível acessar os Relatórios de Gestão da DGES, impossibilitando o levantamento dos projetos já realizados por aquele Departamento concernentes à EPS, nos anos anteriores a 2015. De 2015 até 2018, segundo documento emitido pelo próprio DGES e disponibilizado durante a coleta de dados, o Departamento realizou as seguintes ações que constam no Quadro 14.

Quadro 14 – Ações do DGES no período de 2015 a 2018.

<b>AÇÃO</b>	<b>RESULTADO</b>
Especialização em Direito Administrativo	Formação de 30 especialistas
Especialização em Nutrição Enteral Parental	Formação de 30 especialistas
Especialização em Dependência Química	Formação de 30 especialistas
Especialização em Direito Sanitário – Parceria com o MS/CONASS/FIOCRUZ	Formação de 06 especialistas
Especialização em Gestão da Clínica nas Redes de Atenção – Parceria com o Hospital Sírio Libanês	Formação de 20 especialistas
Especialização em Gestão de Risco no Cuidado ao Paciente – Parceria com o Hospital Sírio Libanês	Formação de 28 especialistas
Especialização em Regulação do SUS – Parceria com o Hospital Sírio Libanês	Formação de 20 especialistas
Especialização em Gestão de Vigilância Sanitária	Não foi informado o quantitativo de profissionais formados
Especialização em Vigilância em Saúde	Não foi informado o quantitativo de profissionais formados
Especialização em Gestão de Emergência em Saúde Pública	Não foi informado o quantitativo de profissionais formados
Especialização em Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente	Não foi informado o quantitativo de profissionais formados

Fonte: Documento disponibilizado pela DGES para a pesquisa.

Entre outras atividades informadas no documento disponibilizado pelo DGES, encontra-se a informação de que foram celebrados Termos de Cooperação Técnica entre a SESAU e as instituições de ensino do Estado de Roraima para recebimento de estagiários de instituições de ensino superior e técnico. Assim, as atividades listadas pelo setor que foram realizadas entre 2015 e 2018 estão voltadas para uma perspectiva de Educação Continuada, com características próximas as elencadas por Davini (2009), citadas anteriormente, em que se observa o objetivo de

dar continuidade à formação dos profissionais, atendendo a uma necessidade específica e com a parceria de instituições de ensino.

Durante a pesquisa não foram encontrados registros de atividades que utilizassem a metodologia da Educação Permanente de forma completa, ou seja, que fossem fruto do levantamento e indicação pelos próprios servidores a partir do seu cotidiano, e da mesma forma sanada pelos envolvidos nas ações, contribuindo para o aprendizado do serviço de saúde, conforme prevê o Anexo II da Portaria nº 1.996/2007.

Desta maneira, durante a realização das atividades acima listadas, assim como daquelas que não puderam ser concluídas, algumas dificuldades foram relatadas pelos entrevistados, o que será apresentado na sequência.

#### **4.2.3 Dificuldades encontradas pelos atores**

Todo planejamento está sujeito a situações não visualizadas na análise dos cenários, sendo que isso, inclusive, é o que motiva a análise da fase de implementação: a percepção de que a execução do que foi planejado não é automática após o planejamento, e nem uma simples consequência de um planejamento bem feito.

Em citação anterior, Heidemann e Salm (2009) concluem justamente isso quando chamam atenção para o processo de implementação por entenderem que este processo não é automático e precisa de análise, controle e, principalmente, de cooperação entre os envolvidos – mesmo assim, as dificuldades podem surgir. A falta de recursos, a mudança nos cenários locais, regionais ou mesmo nacional, a mudança de gestão e a mudança de governo podem gerar dificuldades durante a execução das atividades anteriormente planejadas.

Segundo Matias-Pereira (2012 a), o eixo central das análises do *bottom-up* são os problemas percebidos pelos autores e as estratégias para superá-los. Neste momento, tratar-se-á sobre as dificuldades e, na sequência, sobre as estratégias de superação.

Assim, durante as entrevistas realizadas com os representantes das instâncias condutoras da política, foram elencadas as seguintes situações constantes do Quadro 15.

Quadro 15 – Principais dificuldades na implementação da PNEPS no Estado.

DIFICULDADE	QUEM CITOU
<i>“Alta rotatividade de profissionais na equipe”</i>	DGES
<i>“Equipe pequena para condução das atividades do setor”</i>	
<i>“Não execução financeira do recurso por falta de equipe”</i>	
<i>“Falta de visão dos gestores quanto a importância da EPS como um pilar para modificar o sistema atual”</i>	CIB
<i>“Ausência na participação do Estado como agente facilitador do processo de EPS”</i>	2º Representante da CIR Centro-Norte
<i>“Falta de equipe qualificada para atuar na condução da EPS no município”</i>	1º Representante da CIR Sul
<i>“Falta de apoio financeiro e logístico para a realização das atividades”</i>	2º Representante da CIR Sul
<i>“Falta de conscientização e sensibilização da gestão quanto a importância da EPS”</i>	Representante da CIES

Fonte: Relato das entrevistas realizadas.

As dificuldades apontadas pelos entrevistados podem ser resumidas na falta de sensibilização dos gestores (detentores do poder de decisão) em compreender que a educação pode ser uma ferramenta poderosa capaz de mudar o cenário atual da saúde. A educação, na maioria das vezes, é um investimento de longo prazo, ou seja, que produzirá resultados com um pouco mais de tempo, ou menos visíveis do que a construção de um bloco, a compra de um equipamento ou a recuperação de uma estrada. Mesmo que todas essas ações sejam importantes, o próprio termo utilizado no início deste parágrafo para se referir à educação deveria sensibilizar a todos os tomadores de decisão: educação, portanto, é investimento, requerendo recursos, tempo e esforço, mas, neste caso, tende a gerar bons frutos no futuro.

Foi citada na própria fala dos entrevistados a falta de equipe para condução das atividades inerentes a esta área. Esta dificuldade pode gerar inúmeras outras, pois sem profissionais, como as atividades poderão ser realizadas ou ter continuidade? Pela falta de equipe, muitas instâncias têm se limitado a realizar as atividades imediatas e de curto prazo. Desta maneira, tão importante como citar as dificuldades enfrentadas no processo de implementação é identificar as estratégias utilizadas pelos atores para superá-las.

#### **4.2.4 Estratégias para superação das dificuldades levantadas**

Juntamente com as dificuldades levantadas, foi perguntado aos representantes das instâncias quais estratégias estão sendo utilizadas para superá-las, sendo importante destacar que alguns representantes não citaram estratégias. As respostas, então, estão apresentadas no Quadro 16.

Quadro 16 – Principais estratégias para superar as dificuldades na implementação da PNEPS no Estado.

<b>ESTRATÉGIA</b>	<b>QUEM CITOU</b>
<i>“Buscar junto ao RH profissionais para compor a equipe da DGES”</i>	DGES
<i>“Fazer com que, de fato, as Comissões Regionais de Saúde estejam atuantes ocupando seu espaço, ocupando e exercendo seu papel de fato e direito”</i>	2º Representante da CIR Centro-Norte
<i>“Criação do Núcleo de Educação Permanente no município para condução das atividades”</i>	1º Representante da CIR Sul
<i>“Desenvolvimento de parcerias com instituições de ensino que possam atender demandas do município”</i>	2º Representante da CIR Sul

Fonte: Relato das entrevistas realizadas.

As estratégias elencadas giram em torno da estruturação de instâncias condutoras e da organização de equipes responsáveis pela condução da EPS em cada região/município/departamento. No caso do DGES, o entrevistado informou que o setor tem solicitado constantemente mais servidores para compor a equipe devido as diversas responsabilidades a serem executadas. Contudo, ainda não foi atendido devido a limitações nos recursos humanos da Secretaria, o que inviabiliza a realização de diversas atividades referentes ao acompanhamento e ao suporte às atividades de Educação Permanente realizadas pelas demais instâncias implementadoras.

A estratégia adotada pelo 1º Representante da CIR Sul diz respeito à criação de um Núcleo de Educação Permanente, o que seria uma tentativa de suprir a necessidade de Recursos Humanos qualificados para atuarem na implementação da política naquele local, além de acreditar que, com o núcleo criado, será mais fácil conseguir profissionais.

Ainda, outra estratégia adotada e citada pelos entrevistados se refere a parcerias com outros municípios ou outras instituições, o que têm ajudado na realização de atividades quando os recursos são insuficientes ou mesmo inexistentes. Aqui, pode-se lembrar de Rua e Romanini (2013) quando afirmam que a implementação é um conjunto de estratégias criadas pelos implementadores para sanar as dificuldades encontradas ao longo do caminho, e, para isso, as parcerias e o trabalho em rede são de grande valia.

No tópico seguinte, serão apresentados os principais desafios na implementação da PNEPS elencados pelos entrevistados.

#### 4.2.5 Desafios

Nas entrevistas com os representantes das instâncias foram citados alguns desafios que precisam ser superados para que a PNEPS seja, de fato, implementada e que seus resultados gerem impacto para a sociedade como um todo, os quais estão dispostos no Quadro 17.

Quadro 17 – Desafios a serem superados para implementação da PNEPS no Estado de Roraima.

DESAFIOS	QUEM CITOU
<i>“Diminuir a rotatividade na equipe, de forma que os projetos tenham continuidade, acompanhamento e êxito”</i>	DGES
<i>“O desafio é pensar na educação permanente como o ‘fio da meada’ pra modificar a sociedade e o Estado”</i>	CIB
<i>“Organizar a força de trabalho de forma a proporcionar tempo para que os profissionais se capacitem”</i>	1º Representante da CIR Centro-Norte
<i>“Desenvolver a CIR para que ela possa exercer seu papel referente à EPS”</i>	2º Representante da CIR Centro-Norte
<i>“Estruturar uma equipe a nível de Estado e região, e formar uma comissão para que seja possível desenvolver a EPS em todos os municípios”</i>	1º Representante da CIR Sul
<i>“Fazer as atividades de EPS acontecerem mesmo sem o apoio do Estado”</i>	2º Representante da CIR Sul

Fonte: Relato das entrevistas realizadas.

Os desafios elencados pelos entrevistados demonstram a necessidade de estruturação da EPS no Estado e nos municípios no que se refere à equipe para atuar especificamente na área e a atuação de todas as instâncias conforme o previsto na política, bem como a conscientização e sensibilização da gestão quanto à necessidade de priorizar a EPS e proporcionar meios organizacionais para que os profissionais se capacitem.

Conforme foi citado anteriormente, o sucesso ou o fracasso das políticas vai depender do “compromisso e das competências dos atores diretamente envolvidos na implementação” (LIPSKY, 1980 *apud* MOTA, 2010, p. 31). Para a superação dos desafios, então, o esforço precisa envolver a todos, uma vez que, em sua maioria, os desafios citados por uma instância excedem o seu poder de atuação, recaindo sobre outra instância que tem responsabilidade e possibilidade de atuar e superar a situação posta.

Sendo assim, de acordo com o eixo de análise da perspectiva *bottom-up*, foram explanados sobre como tem funcionado o relacionamento entre as instâncias implementadoras da política e os principais projetos realizados, bem como a

metodologia utilizada por eles, as dificuldades enfrentadas, as estratégias para superá-las e os desafios encontrados.

## 5 CONCLUSÃO

A PNEPS é entendida como uma estratégia de formação e desenvolvimento de profissionais de saúde com o objetivo de melhorar a prestação de serviço aos usuários. Desta forma, com a força de uma Política Nacional, a PNEPS ganhou a possibilidade de ser desenvolvida em todo o país.

Sendo assim, em 2004, a política foi lançada, em 2007, foi reformulada e, em 2018, sofreu alterações em alguns aspectos, após estudos parecidos com este apresentarem em seus resultados a situação de implementação da PNEPS nos mais diversos estados, bem como as principais dificuldades e desafios a serem superados.

Em Roraima, a partir da perspectiva *top-down*, buscou-se descrever a constituição e o funcionamento das instâncias responsáveis pela implementação da política no âmbito estadual, ficando evidenciado, em alguns momentos, o desconhecimento do real papel de cada instância. Já outras vezes, a baixa atuação e até a inexistência de algumas instâncias têm levado a paralisia de atividades, a falta de comunicação e dificuldades no trabalho em rede exigido pela política.

Este Estado, atualmente, não conta com um Plano de Educação Permanente em Saúde aprovado e em execução. Entretanto, conforme relatos durante as entrevistas, nos setores de EPS dos hospitais, assim como nos municípios, são realizadas atividades, sendo que o que falta é que essas ações façam parte de um projeto único, estruturado e organizado nos moldes do PEPS, conforme prevê as orientações do PRO EPS – SUS.

As atividades realizadas em EPS são elaboradas de forma reacionária, ou seja, surgem a partir de solicitações dos diversos setores que compõem a SESAU, e nos municípios ocorre a mesma sistemática. Assim, quando nos relatórios de gestão e/ou epidemiológicos surgem fatores preocupantes, por exemplo, incidência maior de determinada doença, ou ainda de reclamações de usuários, ou mesmo solicitações de setores ou gestores de Unidades de Saúde ou de hospitais, as capacitações são estruturadas e realizadas (quando possível) pela própria equipe da secretaria ou através de parcerias com outras instituições. Neste caso, o fluxo previsto no Quadro 12, com o viés proativo, não tem sido seguido, mantendo, então, um caráter de educação continuada que visa atender uma demanda específica e

esporádica; este mesmo fluxo prevê, ainda, o monitoramento e a avaliação das atividades.

Na análise dos resultados ficou evidente, portanto, a ausência de ferramentas de monitoramento e de avaliação por parte da SESAU em relação as atividades realizadas, sendo, para isso, utilizados apenas relatos dos gestores, muitas vezes sem registros formais para consultas posteriores e número de egressos nas capacitações e cursos realizados.

Na ausência de ferramentas para o acompanhamento e avaliação de atividades, o gestor não consegue saber qual o desempenho de determinado projeto ao longo do caminho, bem como a necessidade de ajustes na rota, gerando possíveis resultados inesperados. Quando não se realizam acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações ao longo do caminho – ficando o foco de avaliação apenas após o ocorrido –, os resultados podem ser: desperdício de recursos, ações inúteis para o problema apresentado, entre outros.

A avaliação qualitativa das ações de EPS também é necessária para tentar dimensionar os demais impactos das ações, porém isto ainda é um desafio a nível nacional, inclusive percebido pelo MS quando, no manual que apresenta as orientações para o Planejamento das Ações de Educação Permanente no SUS, refere que esse tipo de avaliação será objeto de estudo da DEGES para que sejam desenvolvidas propostas de monitoramento e avaliação com um viés mais qualitativo (BRASIL, 2018). Neste sentido, observou-se um empenho do MS tanto em ampliar o conhecimento acerca do tema EPS, como em proporcionar recursos financeiros para tal sua disseminação e implementação.

Na perspectiva *bottom-up* foi possível observar que o relacionamento entre as instâncias não tem funcionado como prevê a política, que exige dos atores envolvidos no processo um trabalho em rede, porém com a clara definição e conhecimento do papel e das responsabilidades de cada um na implementação da política. Assim, foram elencados desafios, dificuldades e estratégias durante o processo de implementação, mas, com o intuito de sanar as dificuldades, garantir a efetividade das estratégias e superar os desafios, o esforço precisa ser de cada um e de todos, isto é, cada um no cumprimento do seu respectivo papel e todos no papel de membros de uma rede que tenta sanar um dos problemas mais complexos e importantes de toda e qualquer instituição: o desenvolvimento de seus servidores.

As dificuldades elencadas vão desde a falta de sensibilização dos gestores quanto à importância da EPS até a falta de equipe. As estratégias adotadas pelas instâncias para superar as dificuldades são, em sua maioria, tentativas de estruturação de equipes responsáveis pela área. Nos desafios elencados, observou-se, novamente, a citação da necessidade não só de sensibilização, mas também de conscientização de priorizar a Educação Permanente como força condutora dos processos de mudança que o sistema necessita.

Por fim, a pesquisa mostrou que as ações realizadas pelo Estado de Roraima no que se refere a Educação Permanente apresentam, em grande parte, características de Educação Continuada visando a melhoria e a ampliação da formação dos profissionais de saúde.

Neste sentido, faz-se relevante salientar que a pesquisa possui algumas limitações referentes ao número de participantes entrevistados, o qual poderia ter sido maior e envolver outras instâncias para ampliar as percepções sobre o objeto de estudo. Outra limitação diz respeito a quantidade de informações relativas as atividades realizadas, uma vez que só foi possível obter informações referentes ao período 2015-2018, sendo, portanto, importante obter informações dos períodos anteriores.

Como sugestão para outros trabalhos fica a indicação de realização de avaliação da PNEPS buscando identificar sua efetividade para sanar as necessidades de formação e de desenvolvimento de pessoal no Estado de Roraima.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Danilo. **Conheça o Ciclo de Políticas Públicas**. 2018. Disponível em: <http://www.politize.com.br/ciclo-politicas-publicas/>. Acesso em: 4 set. 2018.

ARAÚJO, Luísa; RODRIGUES, Maria de Lurdes. Modelos de análise das políticas públicas. **Sociologia, Problemas e Práticas**, [s.l.], n. 83, p. 11-35, dez. 2016. Disponível em: <http://spp.revues.org/2662>. Acesso em: 11 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Relatório do Grupo Interministerial de Recursos Humanos para a saúde**. Goiás: MEC, 1981.

\_\_\_\_\_. **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. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acesso em: 10 jun. 2017.

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

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

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH – SUS)**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais**: pactos pela vida em defesa do SUS e de gestão. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996\\_20\\_08\\_2007.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html). Acesso em: 23 maio 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília. Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº 2.953, de 25 de novembro de 2009**. Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e dá outras providências. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2953\\_25\\_11\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2953_25_11_2009.html)  
Acesso em: 18 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. **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. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm).  
Acesso em: 10 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº 2.200, de 14 de setembro de 2011**. Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2200\\_14\\_09\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2200_14_09_2011.html)  
Acesso em: 18 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017**. Dispõe sobre o Programa de Fortalecimento das Práticas de EPS no SUS (PRO EPS – SUS). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3194\\_30\\_11\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3194_30_11_2017.html).  
Acesso em: 20 out. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Planejamento das Ações de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde: orientações**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CAMÕES, Marizaura Reis de Souza. **Análise do Processo de Implementação da Política Nacional de Desenvolvimento de Pessoal**. Brasília: 2013. 200 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Mestrado em Administração, Universidade de Brasília, 2013.

CAMÕES, Marizaura Reis de Souza; MENESES, Pedro Paulo Murce. **Gestão de pessoas no governo federal: análise da implementação da Política Nacional de Desenvolvimento de Pessoal**. Brasília: ENAP, 2016. Disponível em: <http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/2560>. Acesso em: 2 fev. 2018.

CARDOSO, Priscila de Figueiredo Aquino. **Análise de Experiências de Educação Permanente na Gestão Federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: 2016. 138 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, 2016.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 161-177, set. 2004/fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>. Acesso em: 5 set. 2018.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. **Educação Permanente em Saúde**. 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>. Acesso em: 02 fev. 2018.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Brasília: CONASS, 2011a.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão Administrativa e Financeira no SUS**. Brasília: CONASS, 2011b.

DAVINI, María Cristina. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 39-58.

DAYRELL, Ludmylla Souza de Oliveira Silva. Gestão compartilhada do SUS: a importância da pactuação para efetividade do Direito Constitucional da Saúde. In: CONASS. **Direito a saúde**. Brasília: CONASS, 2015. p. 3-8.

DELGADO, Ana Luiza de Menezes *et al.* **Gestão de políticas públicas de direitos humanos**. Brasília: ENAP, 2016.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa**. 8. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

FRANÇA, T. **Análise da Política de Educação Permanente do SUS (PEPS) implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES)**. Relatório Final. 2. v. Rio de Janeiro: UERJ, 2016. Disponível em: [http://www.obsnetims.org.br/uploaded/3\\_2\\_2016\\_\\_0\\_Vol%20II\\_Relatorio\\_EPSUS\\_Cnpq\\_2015.pdf](http://www.obsnetims.org.br/uploaded/3_2_2016__0_Vol%20II_Relatorio_EPSUS_Cnpq_2015.pdf). Acesso em: 4 jul. 2017.

FREY, Klaus. Políticas Públicas: Um Debate Conceitual e Reflexões Referentes à Prática da Análise de Políticas Públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 21, p. 211-259, jun. 2000.

HEIDEMANN, Francisco G.; SALM, José Francisco (orgs.). **Políticas Públicas e Desenvolvimento**: bases epistemológicas e modelos de análises. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2009.

HILL, M. **The Public Policy Process**. 5. ed. Longman: Harlow, 2009.

KANAANE, Roberto et al (org.). **Gestão Pública**: Planejamento, Processos, Sistemas de Informação e Pessoas. São Paulo: Atlas, 2010.

MATIAS-PEREIRA, José. **Manual de gestão pública contemporânea**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

\_\_\_\_\_. **Manual de gestão pública contemporânea**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2012a.

\_\_\_\_\_. **Curso de Administração Pública**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2012b.

MEDICI, André Cezar. Emprego em saúde na conjuntura recente: lições para a reforma sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 409-422, dez. 1986. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1986000400002&Ing=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1986000400002&Ing=en&nrm=iso). Acesso em: 6 abr. 2018.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; CECCIM, Ricardo Burg. Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. **Salud Colectiva**, Lanús, v. 2, n. 2, p. 147-160, ago. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652006000200004&Ing=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652006000200004&Ing=es&nrm=iso). Acesso em: 9 maio 2018.

MOTA, Luís Filipe de Oliveira. **Implementação de Políticas Públicas em Quadros de Public Governance – Colaboração Inter-Organizacional como Factor-Chave**: o caso dos centros novas oportunidades do distrito de Lisboa. Lisboa: 2010. 133 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Mestrado em Sociologia das Organizações e do Trabalho, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade Técnica de Lisboa, 2010. Disponível em: [https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/3016/2/dissertacao\\_Luis\\_Mota.pdf](https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/3016/2/dissertacao_Luis_Mota.pdf). Acesso em: 10 mar. 2019.

MOYSES, Neuza Maria Nogueira; MACHADO, Maria Helena. Políticas de Gestão do Trabalho no SUS: o desafio sempre presente. **Saúde Para Debate**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 45, p. 33-41, maio 2010.

PACHECO, Luiza. **Capacitação e Desenvolvimento de Pessoas**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

PEREIRA, L. C. B.; SPINK, P. (orgs.). **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2001.

PIRES-ALVES, Fernando A.; PAIVA, Carlos Henrique Assunção. **Recursos Críticos: História da Cooperação Técnica Opas – Brasil e Recursos Humanos para a Saúde (1975 - 1988)**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

PRESTES, Maria Luci de Mesquita. **A pesquisa e a construção do conhecimento científico: do planejamento aos textos, da escola à academia**. 4. ed. São Paulo: Rêspel, 2012.

RIBEIRO, Antonio de Lima. **Teorias da Administração**. São Paulo: Saraiva, 2003.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social, métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 2010.

RORAIMA. **Diário Oficial do Estado de Roraima**. Boa Vista, RR, 14 de setembro de 2001.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 32/07 da CIB**. Diário Oficial do Estado de Roraima. Boa Vista, RR, 22 de outubro de 2007.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 46/09 da CIB**. Composição da CIES/RR. Diário Oficial do Estado de Roraima. Boa Vista, RR, 25 de agosto de 2009.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 03/10 da CIB**. Homologação do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde de Roraima. Diário Oficial do Estado de Roraima. Boa Vista, RR, 19 de fevereiro de 2010.

\_\_\_\_\_. **Regimento Interno da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) vinculada à CIB Estadual de Roraima**. Diário Oficial do Estado de Roraima. Boa Vista, RR, 06 de julho de 2011.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 16/2012 – CIB/RR**. Constituição de Duas Regiões de Saúde no Estado de Roraima e Regimento Interno. Diário Oficial do Estado de Roraima. Boa Vista, RR, 13 de abril de 2012a.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 28/2012 – CIB/RR**. Aprovação da Revisão dos Regimentos Internos das Regiões de Saúde do Estado de Roraima. Diário Oficial do Estado de Roraima. Boa Vista, RR, 20 de setembro de 2012b.

\_\_\_\_\_. **Diário Oficial do Estado de Roraima**. Boa Vista, RR, 15 de julho de 2013.

\_\_\_\_\_. **Acórdão nº 005/2015 – TCERR – Pleno**. Auditoria Operacional. Diário Oficial do Estado de Roraima. Boa Vista, RR, 20 de março de 2015.

\_\_\_\_\_. **Resolução ad Referendum nº 147/2017 – CES**. Aprova o Plano de Ação dos Saldos Remanescentes das Port. 2.953/2009 – GM/MS e a Port. 2.200/2011 – GM/MS. Diário Oficial do Estado de Roraima. Boa Vista, RR, 15 de março de 2017.

\_\_\_\_\_. **Resolução ad Referendum nº 58/2018 – UERR**. Regulamenta o Funcionamento Acadêmico dos Hospitais de Ensino da UERR. Diário Oficial do Estado de Roraima. Boa Vista, RR, 18 de dezembro de 2018.

RUA, Maria das Graças; ROMANINI, Roberta. **Para Aprender Políticas Públicas**. Brasília: IGEPP, 2013. Disponível em: [http://igepp.com.br/uploads/ebook/ebook-para\\_aprender\\_politicas\\_publicas-2013.pdf](http://igepp.com.br/uploads/ebook/ebook-para_aprender_politicas_publicas-2013.pdf). Acesso em: 5 set. 2018.

SARRETA, Fernanda de Oliveira. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

SAYD, Jane Dutra; VIEIRA, Luiz; VELANDIA, Israel Cruz. Recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992). **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 8, n. 2, p. 165-195, dez. 1998.

SCHLICKMANN, Raphael. **Administração Pública no Brasil: o patrimonialismo**. Disponível em: <http://www.politize.com.br/patrimonialismo-administracao-publica-brasil/>. Acesso em: 4 set. 2018.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: Conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2017.

SILVA, P. L. B.; MELO, M. A. B. O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos. **Caderno NEPP/UNICAMP**, Campinas, n. 48, p. 1-16, 2000. Disponível em: <https://www.nepp.unicamp.br/biblioteca/periodicos/issue/view/143/CadPesqNepp48>. Acesso em: 10 set. 2017.

SILVA, Cesar Cavalcanti da; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da; BRAGA, João Euclides Fernandes. Revisitando a Formação de Recursos Humanos de Saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, Paraíba, v. 13, n. 3, p. 23-30, fev. 2009.

SILVA, Maurício Corrêa da; SILVA, Romildo de Araújo da; SILVA, José Dionísio Gomes da. Análise e Avaliação de Políticas Públicas: aspectos conceituais. **Boletim Governet de Administração Pública e Gestão Municipal**, v. único, n. 61, p. 1434-

1444, out. 2016. Disponível em:  
<https://www.researchgate.net/publication/308969219>. Acesso em: 22 set. 2018.